



HAL
open science

Quelles sont les situations propices à l'utilisation de la téléconsultation en médecine générale? Points de vue médecins et patients

Melissa Conte, Mélanie Robert

► To cite this version:

Melissa Conte, Mélanie Robert. Quelles sont les situations propices à l'utilisation de la téléconsultation en médecine générale? Points de vue médecins et patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03889696

HAL Id: dumas-03889696

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03889696v1>

Submitted on 8 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Quelles sont les situations propices à l'utilisation de la téléconsultation en
médecine générale ? Points de vue médecins et patients**

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 24 Novembre 2022

Par Madame Melissa CONTE

Née le 1er mars 1995 à Hyeres (83)

Et

Par Madame Mélanie ROBERT

Née le 23 novembre 1995 à Saintes (17)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le Docteur FORTE Jenny

Co-Directeur

Monsieur le Docteur LUTAUD Romain

Co-Directeur

Monsieur le Docteur CASANOVA Ludovic

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Danièle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COSTELLO Régis	HABIB Gilbert
ALIMI Yves	COURBIERE Blandine	HARDWIGSEN Jean
AMABILE Philippe	CRAVELLO Ludovic	HOUVENAEGHEL Gilles
<i>AMBROSI Pierre Surnombre</i>	CUISSET Thomas	HRAIECH Sami
ANDRE Nicolas	DA FONSECA David	JACQUIER Alexis
ARGENSON Jean-Noël	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JOURDE-CHICHE Noémie
ASTOUL Philippe	DANIEL Laurent	JOUVE Jean-Luc
ATTARIAN Shahram	DARMON Patrice	KAPLANSKI Gilles
AUDOUIN Bertrand	DAUMAS Aurélie	KARSENTY Gilles
AUQUIER Pascal	DAVID Thierry	<i>KERBAUL François détachement</i>
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	KRAHN Martin
AZULAY Jean-Philippe	D'JOURNO Xavier	LAFFORGUE Pierre
<i>BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022</i>	DEHARO Jean-Claude	LAGIER Jean-Christophe
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAMBAUDIE Eric
BARLOGIS Vincent	<i>DENIS Danièle Surnombre</i>	LANCON Christophe
BARTHET Marc	DEVILLIER Raynier	LA SCOLA Bernard
BARTOLI Christophe	DISDIER Patrick	LAUNAY Franck
BARTOLI Jean-Michel	DODDOLI Christophe	LAVIELLE Jean-Pierre
BARTOLI Michel	DRANCOURT Michel	LE CORROLLER Thomas
BARTOLOMEI Fabrice	DUBUS Jean-Christophe	LECHEVALLIER Eric
BASTIDE Cyrille	DUFFAUD Florence	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUFOUR Henry	LEONE Marc
BENSOUSSAN Laurent	DUSSOL Bertrand	LEONETTI Georges
BERBIS Philippe	EBBO Mikaël	LEPIDI Hubert
BERBIS Julie	EUSEBIO Alexandre	<i>LEVY Nicolas disponibilité</i>
BERDAH Stéphane	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BEROUD Christophe	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BERTRAND Baptiste	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BERTUCCI François	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BEYER-BERJOT Laura	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLAISE Didier	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BLIN Olivier	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BLONDEL Benjamin	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOISSIER Romain	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BONELLO Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BONNET Jean-Louis	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
<i>BOUFI Mourad</i>	GAINNIER Marc	<i>MICHELET Pierre disponibilité</i>
BOYER Laurent	<i>GARCIA Stéphane disponibilité</i>	MILH Mathieu
BREGEON Fabienne	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRETELLE Florence	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BROUQUI Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUDER Nicolas	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
BRUE Thierry	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
BRUNET Philippe	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
BURTEY Stéphane	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CASANOVA Dominique	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CASTINETTI Frédéric	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CECCALDI Mathieu	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CERMOLACCE Michel	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHAGNAUD Christophe	GONZALEZ Jean- Michel	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMBOST Hervé	GRAILLON Thomas	PADOVANI Laetitia
CHAMPSAUR Pierre	GRANEL/REY Brigitte	PAGANELLI Franck
CHANEZ Pascal	GRANDVAL Philippe	PAPAZIAN Laurent
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GREILLIER Laurent	PAROLA Philippe
CHARREL Rémi	<i>GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022</i>	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHAUMOITRE Kathia	GUEDJ Eric	PELLETIER Jean
CHIARONI Jacques	GUIEU Régis	PERRIN Jeanne
CHINOT Olivier	GUIS Sandrine	PESENTI Sébastien
CHOSSEGROS Cyrille	GUYE Maxime	PETIT Philippe
COLLART Frédéric	GUYOT Laurent	PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

- **De la part de Mélissa CONTE :**

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Gaëtan GENTILE, merci d'avoir accepté de présider notre thèse et de votre bienveillance envers les internes de Marseille.

A Madame le Docteur Jenny FORTE, merci de m'avoir suivi dans ce projet dès le début et de l'avoir fait évoluer pour arriver à ce travail final. Merci également pour ton investissement en tant que tutrice.

A Monsieur le Docteur Romain LUTAUD, merci d'avoir agrandi ce projet et de l'aide apportée tout au long de ces longs mois.

A Monsieur le Docteur Ludovic CASANOVA, merci de l'intérêt porté à notre thèse et d'avoir accepté de prendre part à notre jury. Merci également pour votre investissement dans notre formation d'interne.

Je souhaiterai également remercier :

Mon binôme, Mélanie, par où commencer... D'abord merci d'avoir accepté d'être mon binôme. Ça n'a pas été facile tous les jours mais ça y est nous sommes au bout. La vie s'ouvre à nous. Ensuite, j'ai vraiment apprécié tous ces moments passés avec toi et j'espère qu'il y en aura encore pleins d'autres ! A toutes nos soirées passées à travailler et à manger. Tu as été un véritable soutien, je n'aurais pas pu faire tout ça sans toi. Enfin, à notre amitié, qu'elle dure longtemps !

Nos deux co-internes investies dans ce projet, Amandine et Séléna. On l'a fait !! Merci pour l'aide et le soutien apportés tout au long de ces mois. A notre quadrinôme, à nous ! Maintenant c'est à vous de conclure ce travail, vous êtes géniales !

Enfin je souhaiterais remercier ma famille et mes amis :

A mes parents et mon frère tout d'abord, merci pour l'investissement et les sacrifices que vous avez fait afin de me permettre de réussir dans cette voie. Merci pour votre soutien tout au long de ces années et d'avoir eu foi en moi jusqu'au bout.

A mes grands-parents, merci pour votre soutien infaillible, merci pour tous les petits plats préparés avec amour tout au long de ma première année qui m'ont apporté du réconfort lors de cette période difficile.

A mon riri, Marvin, merci de m'avoir épaulé tout au long de ces années depuis notre rencontre. Merci d'avoir supporté tous mes changements d'humeur ! Merci d'avoir toujours été là à mes côtés même lorsque la distance se compte en centaines de kilomètres. Tout simplement, merci pour tout. Je t'aime.

A notre fille, June, merci d'être un bébé aussi adorable, plein de joie et de sourires. Tu es mon rayon de soleil, le centre de mon monde. Je t'aime plus que tu ne peux l'imaginer.

A mes amis, sans qui ma vie n'aurait pas été aussi joyeuse. De nos années de maternelle à cette dernière année d'internat, merci pour votre présence sans faille, merci pour toutes ses parties de rigolades, ses soirées endiablées et merci tout simplement d'avoir été là et de l'être encore aujourd'hui.

A ma nouvelle vie, après 24 ans d'études j'ai hâte de voir ce que tu me réserves...

REMERCIEMENTS

- **De la part de Mélanie ROBERT :**

En premier lieu, je souhaite remercier tous ceux qui ont concouru à ce travail:

Je remercie nos directeurs de thèse Jenny Forte et Romain Lutaud, dont les conseils nous ont été précieux.

Je remercie l'ensemble des membres du Jury, directeur et 4^e membre : Professeur Gentile, d'avoir accepté de présider cette thèse, Dr Casanova d'avoir consacré du temps pour nous.

Je remercie Mélissa, mon binôme, ma co interne rencontrée sur le CHITS. Une consœur que j'admire, d'une force et d'une rigueur à toute épreuve. Merci Mélissa de m'avoir invitée à travailler avec toi sur ce sujet fort enrichissant et d'actualité. De nous avoir stimulées et de nous avoir permis de réaliser ce beau travail. Les entretiens avec les médecins et patients ont été la partie la plus enrichissante selon moi. Je suis heureuse pour toi et pour nous de pouvoir clore ce travail avec un sentiment de satisfaction et de légitimité. J'espère que maintenant on pourra se reposer, et profiter de moments chaleureux ensemble sans avoir à rédiger des pavés, hein ? hihi

Je souhaite remercier également Amandine et Séléna, nos deux co internes qui ont poursuivi notre travail sur un versant statistique, qui ont été d'une bonne humeur incroyable et une part motrice évidente dans ce travail commun. Je vous souhaite le meilleur.

Ensuite, je souhaite remercier de manière plus personnelle mon entourage...

« L'ascension de médecine, c'est comme une rando, j'ai mis tous mes proches dans le sac ».

A l'aboutissement de ces 9 années d'études, s'il y a bien 2 personnes, 2 piliers sans qui je ne serais pas là aujourd'hui et grâce à qui j'ai une chance inouïe dans cette vie... c'est bien mes parents. Alors mes chers parents, maman, papa je vous remercie, du fond du cœur. De votre soutien sans faille, de votre présence à tout moment, de votre écoute inlassable, de votre confiance en moi à toute épreuve même quand je me sentais au plus bas. Et surtout, merci de m'avoir laissée voir dans vos yeux toutes ces années une lueur de fierté croissante et qui n'a jamais ternie. Merci d'avoir partagé avec moi et de continuer à partager des moments de bonheur intenses, car il y en a eu, lors de ce long voyage. Je vous aime.

Merci à ma sœur Emmanuelle ou nanelle, avec qui j'ai eu une enfance formidable, une complicité précieuse, et une connexion inexplicable. Merci ma sœur, de m'avoir écoutée, de m'avoir accompagnée, de m'avoir donné donné donné sans jamais t'épuiser. Je t'aime tellement.

Merci à mon beau-frère Romain. S'il y a une phrase qui pourrait t'illustrer ? Les amis sont la famille que l'on choisie ? Merci pour tous ces moments de rigolade intense passés ensemble, de rendre ma sœur heureuse et de l'avoir aidée à mettre au monde notre petite merveille à tous : ma nièce Livy.

Merci à tous les membres de ma famille qui se déplaceront pour me voir soutenir ce travail. Merci à tous les autres qui me soutiennent à distance, ne pouvant pas se déplacer. Je vous aime.

Merci à mes amies du lycée, Emeline, ma grande prêtresse des soirées, ma meumeuh avec qui j'ai fait les 400 coups (oui j'assume cette phrase vintage). Merci à ma copine Lisette, pour ces fous rires, tu me manques énormément. Merci à mon ami Sébastien, mon fraté ! Hâte de te revoir pour trinquer à cette nouvelle vie !

Merci un peu plus délicat à certains de mes amis d'externat avec qui j'ai passé de très bons moments mais qui ont emprunté un chemin différent et loin de moi aujourd'hui. Mention spéciale à "Zachouille ma fripouille" pour ta gentillesse, ta douceur et ta patience. Tu auras toujours une place spéciale dans mon cœur. Merci à mon ami Willy, oléronais pur souche, mais en cours de devenir mi corse mi tahitien? Tantôt grand prêtre de sagesse, tantôt chibranosor, si vous ne le connaissez pas mesdames, vous ne savez pas ce que vous loupez.

Merci à mes ami(es) du Sud, mes consoeurs et confrères que j'ai pu rencontrer lors de cet internat de folie. Internat libérateur et internat de travail forcené. A travers vagues de covid et écume de bières, j'embrasse très fort mes 2 colocataires Leila et Laurie, mes petites puces que j'admire et sur qui je prends exemple. Je serre dans mes bras de toutes mes forces ma copine Manon, princesse de Carqueiranne, une amie que je souhaite à tout le monde de rencontrer, et que je remercie encore de m'avoir soutenue lors de cet hiver 2022 très éprouvant pour moi. J'envoie des tonnes de bisous à ma copine Chloé, une consoeur d'une douceur et intelligence laissant pantois, mais qui cache un petit secret... elle est folle aux chats comme moi ! Merci à Grace, délicate, dont la sensibilité et les belles (et surtout justes) paroles qu'elle énonce méritent d'être écoutées. Enfin, merci à Bérangère et Delphine pour ces souvenirs à Hyères gravés dans ma mémoire ! Merci au boy's band avec qui j'aurais bien rigolé, je nomme Clément et Wifakos, bisous les loulous.

Merci à mes séniors du stage des urgences de Hyères (Kamel et Nicolas !!!!) et tous les autres, avec qui les virées en SMUR resteront gravées. Merci à mes seniors de médecine polyvalente à La Seyne (coucou Claire, Simona et Nicolas) et enfin Fabienne de la PMI, et Julien du Pradet, les plus gentils et valorisants de mes encadrants.

Merci aux amis de mon chéri, aka les EURE et EURETTES, mais aussi les PLH de Hyères avec qui j'ai passé de très bons moments, et grâce à qui j'ai pu me sentir vivante et me vider la tête lors de ces 2 dernières années .

Mais du coup... et surtout... car on garde le meilleur pour la fin, non ?... je souhaite remercier le meilleur, mon tendre, mon fougueux, mon trésor : Franck. L'amour de ma vie qui a fait irruption un printemps 2020 : alors que la planète s'échauffait, moi c'est mon cœur qui s'est progressivement embrasé. Je suis tellement reconnaissante que la vie nous ait permis de nous rencontrer. Te laisser entrer dans ma vie, t'aimer... je suis enfin apaisée. Je suis enfin à ma place, juste avec toi. Je n'ai plus peur. J'ai des projets avec toi que je ne sais même pas si une seule vie suffira à réaliser. Et si « la vie n'est pas un long fleuve tranquille » et bien moi je m'en fous car mon mec est PLH ! Toz !

Pour terminer...

Enfin, un merci à moi-même, d'avoir eu le courage et l'audace de faire ces études. Quelques lignes, que peut-être un jour je relirai, par nostalgie ou dans des moments d'incertitude. Cette voie m'a permis de beaucoup apprendre sur moi et surtout sur les autres, sur la vie en général sans pour autant expliquer tous les mystères que nous croisons et croiserons. Un apprentissage de la vie d'un point de vue réservé, que finalement peu de personnes sur Terre auront la chance (ou le poids) de découvrir. Des études qui ont été longues, entravant la maturité sociale comparativement à un cursus non médical, mais paradoxalement nous propulsant dans une maturité avancée face à la vie et à la mort que seuls nous, médecins, pouvons comprendre. C'est avec nostalgie que je me retourne et regarde la Mélanie d'il y a 9 ans, ayant décidé de faire Médecine un peu par hasard, un peu perdue, mais déterminée à réussir sinon rien, tremblante... et à qui je saisis les mains et, en lui pressant de toutes mes forces, je lui dis que oui, réussir, c'est peut-être bien mais c'est trouver sa place qui compte... et Mélanie c'est bien là qu'est sa place, oui, c'est bien là qu'elle est attendue.

Table des matières

I. INTRODUCTION	2
1. Définition	2
2. Législation	2
3. Contexte	4
4. Justification de l'étude	5
5. Objectifs de l'étude	6
II. MATERIEL ET METHODE	6
1. Type d'étude	6
2. Population	7
3. Recueil des données	7
4. Analyse des données	8
5. Protection des données	8
III. RÉSULTATS	9
1. Caractéristiques de l'échantillon	9
2. Analyse des résultats	9
IV. DISCUSSION	50
1. Forces et faiblesses de l'étude	50
2. Perspectives	52
V. CONCLUSION	61
VI. BIBLIOGRAPHIE	62
VII. ANNEXES	66
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE	82

I. INTRODUCTION

1. Définition

La télémédecine est définie par le code de la santé publique comme étant « *la fourniture de services de soins de santé, lorsque l'éloignement est un facteur déterminant, par tout professionnel de santé faisant appel aux technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.* »

Elle compte cinq entités définies à l'article R. 6316-1 du code de santé publique (1) :

- La téléconsultation (TCS) : consultation réalisée à distance entre un médecin et son patient, ce dernier pouvant être accompagné d'une tierce personne, qu'il s'agisse d'un professionnel de santé ou non.
- La télé-expertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La télésurveillance permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.
- La téléassistance qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L.6311-2 et au troisième alinéa de l'article L.6314-1.

Ce sujet de thèse traitera uniquement de la sous-classe de la TCS.

2. Législation

En 2004 la loi relative à l'assurance maladie, déclare l'acte de télémédecine autorisé et met fin à l'interdiction de l'exercice médical à distance (2). Puis c'est en 2009, avec la loi dite HPST, que sa définition est précisée en 5 actes tels que détaillés précédemment (3).

L'État a mis en place successivement plusieurs stratégies nationales de déploiement de la télémédecine de 2010 à 2017, mais ce n'est qu'en 2016 que la convention médicale de l'Assurance maladie a permis la mise en place d'un premier remboursement de la TCS pour les patients en EHPAD (4).

Conjointement avec la loi 2017-1836 de financement de la Sécurité sociale, un accord est conclu avec l'Assurance Maladie : l'avenant numéro 6 de la convention médicale en 2018 permet d'officialiser l'entrée des actes de télémédecine dans la tarification conventionnelle (remboursement, droit commun). C'est aussi la fin d'une obligation de contrat avec l'ARS pour la réalisation d'actes de télémédecine. Ce changement majeur a permis d'enlever un premier frein à l'utilisation de la télémédecine, jusque-là mal financée pour les médecins (5). Le remboursement de la TCS a été effectif en septembre 2018.

Face à la crise sanitaire de la COVID-19, le décret du 9 mars 2020 permet un remboursement de toutes les TCS pour suspicion ou cas de COVID-19, même hors parcours de soin, ce qui n'était pas le cas initialement (condition : avoir vu physiquement le patient dans les 12 derniers mois). Une actualisation de ce décret permet ensuite un remboursement de toutes les TCS, y compris hors parcours, avec cotation variable (à domicile ou non, en zone de TCS dédiée ou non, consultation complexe ou non) (6).

Le décret d'avril 2020 permet d'autoriser l'usage de la télémédecine sur n'importe quel moyen technologique choisi par le médecin (et non plus obligatoirement sur une plateforme spécialisée). Il est permis aussi temporairement pendant la crise COVID de réaliser et rembourser les consultations téléphoniques à l'instar d'une TCS, mais seulement pour certaines catégories de patients (plus de 70 ans, en ALD, zone blanche, patients Covid, femmes enceintes) (7).

Initialement ces dérogations étaient prévues jusqu'au 30 avril 2020 puis ont été prolongées jusqu'à la fin de l'état d'urgence en juillet 2020 pour les TCS par téléphone et le non-respect du parcours de soin, et en octobre 2022 pour le remboursement à 100% de toutes les TCS réalisées en respect du parcours de soins ou en lien avec le COVID.

L'assurance maladie considère que la TCS doit répondre aux mêmes exigences que l'exercice médical en présentiel, et ainsi toutes les situations médicales sont a priori réalisables en TCS, ainsi que tous les patients (connus ou non). C'est au médecin de s'assurer de la qualité technologique, de la pertinence du motif et de l'information et du recueil du consentement de son patient. La prise en charge de la TCS s'articule autour du respect du parcours de soins coordonné (orientation initiale par le médecin traitant sauf exception) ; l'alternance de consultations et de TCS ; la territorialité (le médecin doit se situer à proximité du domicile du patient).

La DGOS affirme que ce n'est autre que la responsabilité civile professionnelle, qui est engagée et ne considère pas envisageable de créer un nouveau régime de responsabilité spécifique à la télémédecine (8).

3. Contexte

En décembre 2019, la ville de Wuhan en Chine est touchée par une épidémie due à l'émergence d'un nouveau coronavirus : le Sars-Cov 2 (ou Covid-19), reconnu officiellement en janvier 2020 par l'OMS.

La Covid-19 se répand rapidement hors de Chine, touchant l'ensemble des pays, y compris la France.

Des mesures exceptionnelles ont été prises par le gouvernement français pour faire face à cette épidémie, notamment des confinements successifs.

Dans ce contexte, la population française ne se déplace plus dans les centres hospitaliers ou les cabinets libéraux pour accéder aux soins. La TCS a donc connu un essor considérable (progression d'un facteur 30 entre février et mars 2020 et encore une progression d'un facteur 4 entre mars et avril 2020 selon les chiffres de l'Assurance Maladie) en permettant le maintien de la prise en charge des patients tout en limitant le risque de transmission virale (9).

Après le premier confinement, le nombre moyen de TCS par semaine diminue mais reste environ 10 fois plus élevé que ce qu'il était avant la crise (10).

La TCS a donc été prisée par les patients et les médecins pendant la crise sanitaire et semble s'inscrire de façon pérenne dans l'exercice médical.

4. Justification de l'étude

Face à l'intensification d'usage de la télémédecine, il semble important d'étudier les situations propices à l'usage de la TCS en médecine générale.

De nombreuses thèses portaient déjà sur l'utilisation et sur le ressenti des professionnels de santé vis-à-vis de la télémédecine en médecine générale avant la pandémie mais jusque-là ils étaient peu nombreux à avoir utilisé cet outil. Depuis la pandémie COVID-19, divers travaux (thèses, articles) émergent à nouveau sur ce même sujet permettant cette fois non plus de recueillir des représentations mais de faire le bilan d'une expérience réelle.

Les médecins ont un ressenti globalement positif concernant la télémédecine. En effet, il pourrait s'agir d'une réponse partielle au phénomène de désertification médicale. Depuis plusieurs années, la démographie médicale décroît en France avec l'apparition de déserts médicaux. Des observations similaires ont été faites aux États-Unis et au Québec notamment concernant le fait que la télémédecine a un réel intérêt en zone sous-dotée et pourrait être un facteur d'attractivité pour les jeunes médecins (11). Enfin, elle pourrait permettre une réduction des coûts de santé en limitant notamment les déplacements des patients (12).

Concernant les aspects négatifs, les médecins s'accordent sur le fait que l'absence d'examen clinique physique est une limite majeure car potentiellement source d'erreur diagnostique. Ils regrettent également la perte de la relation humaine lors de ces consultations par écran interposé et la bascule dans une « médecine de consommation ».

A propos des motifs de consultation pour lesquels les médecins ont recours à la TCS, il s'agit principalement des prises en charge dermatologiques, du renouvellement d'ordonnance, de la gestion de question administrative ou bien l'interprétation de résultat d'examen complémentaire. Selon certaines études, les médecins utilisent majoritairement la TCS pour le diagnostic et la mise en place ou l'adaptation de traitement ainsi que pour l'adressage vers un spécialiste (13).

En revanche, peu d'études portent sur l'expérience des patients concernant la télémédecine, et la majorité ont eu lieu avant la pandémie. Globalement les patients interrogés ont un avis mitigé à ce sujet. En effet, cela pourrait faciliter l'accès aux médecins, notamment aux spécialistes. Cependant, ils se montrent réticents vis-à-vis des nouvelles technologies en se questionnant sur ce nouveau mode de communication et ce que cela implique comme changement dans la relation médecin-patient, et préfèrent donc favoriser la consultation traditionnelle.

Il est donc intéressant de comparer le point de vue des patients et des médecins au sujet de la TCS.

5. Objectifs de l'étude

A. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est d'explorer les motifs de consultations jugés pertinents à traiter en TCS du point de vue des patients et du point de vue de leurs médecins traitants.

B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- L'exploration de leurs vécus et ressentis respectifs dans ce type de consultation.
- L'exploration des voies d'amélioration possibles.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, inspirée de la phénoménologie, réalisée auprès des médecins généralistes et de leurs patients dans la ville de Marseille et le département du Vaucluse, durant la période de juin 2021 à avril 2022.

Ce travail a été réalisé dans le respect des critères de qualité de la grille COREQ (annexe n°2).

2. Population

Notre population cible était constituée des médecins généralistes thésés, installés et pratiquant régulièrement la TCS situés dans la ville de Marseille et le département du Vaucluse (zone urbaine et semi-urbaine/rurale) ; ainsi que des patients suivis par ces médecins et ayant également eu l'expérience de la TCS.

Concernant le recrutement des médecins généralistes, nous avons contacté un à un les praticiens via l'application Doctolib et via les mailing list du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM).

A l'issue de l'entretien, les médecins généralistes nous ont chacun transmis une liste d'environ 5 de leurs patients après leur accord, avec qui ils avaient déjà réalisé une TCS. Ensuite nous avons contacté les patients listés qui donnaient ou non leur accord pour être inclus dans l'étude.

Les critères d'inclusion étaient :

- Concernant les médecins : avoir une pratique régulière de la TCS (au moins une TCS par jour travaillé), être thésés et installés dans la ville de Marseille ou dans le Vaucluse.
- Concernant les patients : avoir bénéficié d'au moins une TCS.

Concernant les médecins, étaient exclus les praticiens connus des auteurs.

Concernant les patients, étaient exclus les patients mineurs, majeurs sous mesure de protection juridique, non francophones, n'étant pas en mesure de donner un consentement éclairé ainsi que ceux présentant une incapacité de lecture et/ou d'écriture, présentant des troubles psychiatriques invalidants.

Étaient également exclus les patients et médecins issus de cabinets dans lesquels nous avons effectué un stage ou un remplacement.

3. Recueil des données

Au cours de l'étude, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés de juin 2021 à avril 2022. Les participants pouvaient choisir un entretien en présentiel sur le lieu de leur choix, ou un entretien par visioconférence. L'ensemble des participants a opté pour la seconde option.

Après avoir informé les participants sur le thème de l'étude de façon orale et via une notice d'information (annexe n°3), un consentement (annexe n°4) écrit leur a été transmis puis signé en deux exemplaires. Un exemplaire a été conservé par l'investigateur et un exemplaire a été conservé par le participant. Ils ont également été informés de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment sans préjudice.

Un guide d'entretien a été créé au début de l'étude basé sur plusieurs données de la littérature. Notre guide a ensuite été modifié et adapté au fil des entretiens. Il comprenait d'abord une question « brise-glace », puis des questions ouvertes (annexe n°5).

Les entretiens étaient enregistrés via l'application « Dictaphone » de l'ordinateur ou du téléphone portable. Ils étaient ensuite retranscrits le plus fidèlement possible et rendus anonymes.

Les entretiens ont été stoppés à la saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'il n'apparaissait plus de données nouvelles au cours de 2 entretiens consécutifs.

4. Analyse des données

Les entretiens ont été analysés de façon thématique au fur et à mesure du recueil des données afin de pouvoir ajuster le guide d'entretien.

L'interprétation des données était réalisée en double codage : un premier codage était réalisé par les deux auteurs sans concertation, un second codage était ensuite réalisé en concertation. Les codages étaient ensuite classés en catégories, puis ces catégories étaient regroupées en thèmes.

5. Protection des données

Les entretiens ont été rendus anonymes.

Au regard des enjeux éthiques du sujet, le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille a été sollicité. Il n'a pas retenu d'obstacle éthique à sa réalisation. (annexe n°6)

III. RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Au total, vingt-deux entretiens ont été menés (10 entretiens patients et 12 entretiens médecins).

La saturation des données a été obtenue au 10^{ème} entretien pour les médecins et au 8^{ème} entretien pour les patients.

Les entretiens allaient de 11 minutes à 1h15, la durée moyenne était de 36 minutes.

Les caractéristiques de la population étudiée sont présentées dans le tableau des caractéristiques (annexe n°7).

Concernant les médecins, notre échantillon était constitué de médecins exerçant en cabinet libéral et en cabinet de groupe. Sur les douze médecins interrogés, 8 sont des femmes et 4 sont des hommes. Ils ont entre 30 et 74 ans, avec une moyenne à 43 ans. Les modes d'exercice sont majoritairement en zone urbaine (8 médecins contre 4 en zone rurale/semi-rurale) selon les dires des médecins. Ils ont tous une pratique régulière de la TCS (environ une par jour travaillé au minimum).

Concernant les patients, notre échantillon était constitué de patients issus de milieux sociaux variés. Sur les dix patients interrogés, 7 sont des femmes et 3 sont des hommes. Ils ont entre 19 et 65 ans, avec une moyenne à 49 ans. Selon les dires des patients, 6 vivent en zone urbaine et 4 en zone rurale ou semi-rurale.

2. Analyse des résultats

L'analyse des données a permis l'émergence de cinq grandes catégories.

CATÉGORIE 1 : MOTIFS DE TÉLÉCONSULTATION

A. Les motifs jugés pertinents

a. Les pathologies chroniques stables

Les médecins et les patients s'accordent sur le fait que la TCS leur semble adaptée pour la gestion des pathologies chroniques lorsqu'elles sont stables, notamment pour assurer leur suivi, le renouvellement et l'adaptation de leur traitement. Ont été cités les lombalgies, l'épilepsie et les migraines, les pathologies anxio dépressives, l'asthme, les allergies, l'hypertension artérielle, le diabète et les dysthyroïdies.

M9 : "Alors la TCS moi j'aime bien quand c'est un renouvellement de traitement à partir du moment où le patient il est stable et que je l'ai suffisamment vu au cabinet."

P8 : "Alors y a un côté très pratique hein, pour les renouvellements d'ordonnances, dans la mesure où je vais bien, où j'ai pas de problématique autre, c'est bien."

b. Réévaluation d'une pathologie déjà examinée au cabinet

La TCS permet la réévaluation, si besoin, de situations pour lesquelles le médecin a déjà pu examiner le patient à son cabinet. Elle permet la prescription et l'interprétation d'examens complémentaires (imagerie ou biologie), la prescription de traitements médicamenteux tels que des antibiotiques ou des antalgiques, ainsi que le renouvellement de prises en charges paramédicales (rééducation, matériel médical). Parmi les situations citées, on retrouve les pathologies rhumatologiques (scapulalgie, lombalgie) et certains motifs gynécologiques (suivi de grossesse, suivi IVG médicamenteux, métrorragie de la femme jeune, contraception).

M4 : "Ben la pour le coup, je trouve que ça s'y prêtait bien euh... enfin j'étais assez à l'aise avec l'idée de pas voir la personne, parce que le problème en fait avait déjà été checké si je puis dire en présentiel la première fois."

P4 : "Et puis ben si l'antibiotique ne fait pas effet, je continue à avoir mal, euh et ben je retourne en consultation, en TCS, je lui donne le résultat de la biologie, et je lui dis que l'antibiotique ne fonctionne pas. Et donc là, on avance."

c. Les pathologies récidivantes

Les patients et les médecins s'accordent sur le fait que la TCS permet une gestion des symptômes aiguës mais récidivants via la TCS, telle que les lombalgies, la constipation, et les céphalées.

M8 : "J'ai donc fait des modèles d'ordonnances. Et c'est vrai que quand c'est pas le premier épisode, que c'est quelqu'un autour de 30 ans qui me décrit une série de lumbago, etc. Je lui envoie de quoi faire un bilan."

P3 : “moi je dirai que quand c’est un symptôme usuel, connu euh si j’étais sujette aux maux de tête, je les identifierai bien euh...”

d. Les pathologies aiguës reconnaissables, ne nécessitant pas d’examen clinique

Pour certaines pathologies, les médecins reconnaissent que l’examen clinique n’est pas indispensable au-delà de l’observation et qu’ils peuvent donc en faire le diagnostic en TCS en s’appuyant sur l’anamnèse. Médecins et patients s’accordent ainsi sur plusieurs pathologies. Les médecins ont d’ailleurs cité plus de motifs entrant dans ce cadre-là, il s’agit notamment de pathologies reconnaissables visuellement ou bien avec une symptomatologie typique telles que la conjonctivite, la gastro-entérite, la grippe et la COVID.

M8 : “Et alors, il y en a une très sympa qui prouve comment on peut se servir de cet outil, c’était une jeune femme asiatique, elle se baladait dans Marseille, et elle me dit « Écoutez, docteur, je suis contente de vous avoir, ça fait 1h, j’en peux plus, j’ai des douleurs ». Et elle avait une conjonctivite aiguë. Donc j’ai fait l’ordonnance. Elle l’a reçue sur son téléphone. Donc là c’était vraiment pratique.”

P8 : “Je veux dire des gripes j’en ai fait, des gastros j’en ai fait, je sais très bien reconnaître ce que c’est, et là le docteur il m’a conforté dans mon diagnostic en TCS.”

e. Conseil, réassurance, information

Enfin, la TCS semble être un moyen adapté pour répondre aux questions des patients en termes de prévention et de dépistage (IST, cancer, vaccin). Elle permet aussi aux parents de jeunes enfants d’être rassurés rapidement sur l’état de santé de ce dernier.

M2 : “Alors les enfants, les petits c’est surtout pour des conseils simples. Les moins de 2 ans, souvent ils nous demandent juste des conseils simples, « mon dieu mon petit de 3 mois, ça fait 2 jours qu’il ne fait pas de selles, c’est pas grave ? » bon ça ça va c’est gérable...”

P5 : “Les gens ont besoin d’être rassurés en permanence. Et le médecin est quelqu’un qui va les rassurer, donc le fait d’avoir ce type d’équipement, c’est plutôt intéressant

pour ces gens-là. D'être rassuré, ça fait déjà gagner au moins 20% de points de guérison."

B. Les motifs jugés inadaptés

a. Les pathologies nécessitant un examen clinique

Les patients et les médecins s'accordent sur le fait que certaines pathologies nécessitent un examen physique pour pouvoir en faire le diagnostic et ne sont donc pas adaptées à une TCS. On peut citer, à l'unanimité, la pédiatrie de manière globale. On peut également citer des symptômes de la sphère ORL (otalgie, odynophagie-angine), rhumatologique (premier épisode de douleur lombaire).

M2 : "Tous les gens qui appellent pour des problèmes de, euh, de traumato, de rhumato, c'est difficile de faire un examen d'épaule en TCS par exemple, ou de genou, de cheville."

P2 : "Une angine, mal de gorge, bon.... Mais enfin il faut aussi voir la gorge du patient quand même... enfin je suis pas médecin. Voilà je sais pas euh..."

b. Les pathologies potentiellement graves ou urgentes

De même, les médecins s'accordent à dire que pour certains symptômes, la TCS n'est pas adaptée puisqu'il pourrait potentiellement s'agir de pathologies avec un caractère d'urgence dans la prise en charge.

Pour les patients, bien qu'ils l'aient relevé également, cette notion est tout de même moins prédominante.

On peut ici citer la douleur abdominale, d'autant plus avec fièvre ou syndrome occlusif, la traumatologie, des signes généraux prolongés ou inexpliqués (AEG, fièvre isolée), les signes neurologiques, respiratoires (dyspnée ou exacerbation de pathologie respiratoire chronique), cardiaques (syncope, douleur thoracique).

M1 : "Euh, souvent, des euh, douleurs thoraciques, abdominales aiguës, tout ce qui est aigu... fièvre, AEG, euh... voilà bon fièvre depuis plus 2 jours hein (rires). Douleurs aiguës..."

M9 : “Euh j’ai vu un patient qui avait des troubles oculaires et compagnie, je lui ai demandé un bilan neuro, un bilan sanguin, euh j’ai demandé pas mal de choses, et donc ça par contre je l’ai vu en présentiel.”

P8 : “Ben je sais pas euh , pfff, demain j’aurais des malaises des choses qui pourraient faire suspecter un problème cardiaque ou quoi, je préférerais mieux voir mon docteur sur place. Quelque chose de grave que je connaîtrais pas du tout.”

c. Prise en charge / éducation thérapeutique

Les médecins ont cité l’éducation thérapeutique comme inadaptée à la TCS notamment lorsqu’il s’agit d’expliquer la manipulation de matériel (inhalateur).

Les patients quant à eux, ont cité certaines prises en charge comme étant inadaptées à la TCS telle que l’EMDR.

M8 : “J’ai eu aussi beaucoup d’asthme. Ça, j’en fais souvent avec les virus hivernaux. Et donc pour eux, ben je leur montre comment on fait avec le traitement, je leur montre la chambre d’inhalation etc. Mais du coup, c’est des consultations qui sont un peu longues et épuisantes.”

P1 : “Euh, après, évidemment le suivi psychothérapeutique, je pense à ma fille, qui est nécessaire pour certaines techniques, par exemple l’EMDR. Ça peut pas se pratiquer par vidéo.”

d. Annonce de maladie grave / échec de traitement

Les médecins confirment que l’annonce de maladie grave ou bien en échec de traitement n’était pas adaptée à la TCS.

M12 : “Alors ça peut être limitant je pense pour des annonces de diagnostic. Comme je fais beaucoup de gynéco, j’ai des patientes qui avaient des résultats de frottis pathologiques, ou des IVG qui n’avaient pas marché.”

C. Les motifs discutés

a. Quelques motifs administratifs

Pour les deux parties, la TCS s'adapte parfaitement à la gestion de la plupart des motifs administratifs, notamment pour les arrêts de travail (initial et prolongation) ou les certificats médicaux, à condition que le patient soit connu du médecin. Il en va de même pour la rédaction d'un courrier d'adressage vers un spécialiste pour lequel la TCS apparaît comme suffisante.

M3 : "Du coup les motifs habituels proposés c'est euh... dépannage de documents, certificats médicaux pour des activités sportives, si j'ai vu le patient dans les 6 derniers mois et qu'il y a pas de problème, je les faits,...des papiers style un bon de transport."

M12 : "Je ne fais aucun certificat, arrêts de travail pour des patients que je ne connais pas en ligne. Donc toutes ces demandes-là sont rejetées."

P2 : « C'est pour un besoin de papiers c'est surtout ça...oui, c'était pour les arrêts de travail à chaque fois... sinon je vais la voir aussi pour mes certificats pour faire de la plongée, c'est vrai. »

Cependant, quelques nuances ont été relevées. Les médecins n'estiment pas la TCS adaptée pour faire une déclaration « médecin traitant » par exemple.

M4 : "Bon en tout cas, c'est vrai que pour une première prise de contact, je vais pas la faire en distanciel. Par exemple, quelqu'un qui veut changer de médecin et venir au cabinet, ben c'est rendez-vous sur place."

En revanche, cela ne semble pas déranger les patients.

P10 : "Donc je suis tombée sur cette médecin, qui m'a super bien prise en charge, qui m'a remis mon traitement, qui m'a comprise, qui a été d'une extrême douceur et gentillesse, qui m'a bien redirigée vers ce qu'il fallait, qui m'a mis en médecin traitant et on a pu faire les papiers à distance."

Pour les patients, la rédaction de certificat de sport notamment chez les enfants ne doit pas se faire en TCS.

P3 : "Par exemple pour mon dernier fils j'avais demandé un certificat médical pour non contre-indication à la pratique d'un sport et elle aurait pu, c'était très simple, mais elle a voulu voir l'enfant, elle a pris la peine de le voir et moi aussi. Donc voilà."

b. Les motifs urologiques

Pour les médecins, les avis divergent concernant l'IU. Certains ne voient pas de problème à prendre en charge l'IU à condition qu'elle soit typique d'une cystite simple (hors fièvre ou douleurs lombaires), tandis que d'autres précisent qu'ils acceptent la TCS s'il s'agit d'une cystite chez une femme connue ou en dehors d'un premier épisode. Ils préfèrent a contrario le cabinet dans le cas contraire. De leur côté, les patients semblent enclins à utiliser la TCS pour une cystite.

M5 : « si tu connais la patiente et tu sais qu'elle a pas d'allergie aux différents antibio, qu'elle fait souvent des infections urinaires et que c'est toujours les mêmes germes, ben tu lui files son ECBU par Internet. Par contre, si c'est la même cystite chez une femme que tu ne connais pas, où c'est la première fois, etc., je pense qu'il vaut mieux la voir en vrai. Ça peut être sur une colique néphrétique, ça peut être une pyélo, sur une malformation. »

P4 : « La cystite, ben je suis plus obligée, je connais parfaitement, »

P7 : « Moi ça m'est arrivée, le jour de Noël, d'avoir une cystite, ah oui là j'étais bien peinée et j'ai trouvé une application qui s'appelle QARE et où y a des médecins 7 jours / 7 »

c. Les motifs dermatologiques

Les médecins partagent des avis mitigés au sujet de la dermatologie en TCS. Il semblerait globalement que le suivi dermatologique soit plus adapté que le diagnostic initial en TCS.

M9 : "non non, le problème de la dermato c'est que même si on est bien équipés, on y voit rien quoi."

M10 : "Une fois une éruption cutanée aussi, c'est de la Dermato donc." "euh, j'ai eu scarlatine je m'en rappelle"

M11 : "quand c'est du diagnostic c'est compliqué. Après quand c'est un suivi dermato, un eczéma qui revient, une allergie qui revient, ben ok... Après si c'est pour un petit ça peut arriver, on me montre des boutons, que je vois bien, ça ressemble à la varicelle, ben ça peut arriver ou ça peut être facile de faire un diagnostic en

vidéo...Aussi quand ils ont des plaies ou des boutons qui sont pas beaux, on les voit à la caméra donc on peut toujours temporiser et prescrire”

Certains patients ont déjà utilisé la TCS pour un suivi, ou des motifs dermatologiques tels que pustule, plaie, brûlure afin d'obtenir un premier avis rapide avant une consultation au cabinet. Cependant, ils pensent eux aussi que la TCS n'est pas vraiment adaptée pour poser un diagnostic initial (lésion suspecte, contrôle des naevus).

P1 : “On a dû montrer un bouton qui s'infectait en fait.” “une dermato, j'en ai consulté une, c'est évident que c'est en présentiel.”

P2 : “j'avais un énorme bouton dans le dos, en TCS, ça aurait pas marché ça !”

P3 : “on va pas forcément chez le médecin pour une plaie mais malgré tout avec le médecin avec la caméra on a regardé la plaie”

P8 : “dermatologie, oui, mais ça veut dire que moi faut que je fasse balader une caméra à la place du médecin. Parce que la dermato c'est ça quoi. Alors (rire) est ce que c'est fiable ?”

*P10 : “j'ai repris rdv pour montrer aussi que l'eczéma le traitement n'avait pas marché”
“ il a un une espèce de cancer de la peau là, à cause du soleil, un carcinome voilà. Et ben du coup maintenant on a un suivi, on envoie des photos, il a une prescription de crème, il a un suivi dermatologique et avec le médecin traitant aussi.”*

D. “En cas d'urgence »

Les avis ne sont pas aussi tranchés. Les médecins et les patients reconnaissent pouvoir utiliser la TCS en cas d'urgence pour un premier avis médical suivi d'une visite au cabinet. Cela concerne notamment la pédiatrie, la prise en charge d'une douleur ou d'une plaie.

M11 : “Aussi quand ils ont des plaies ou des boutons qui sont pas beaux, on les voit à la caméra donc on peut toujours temporiser et prescrire un antiseptique ou de la fucidine si il faut et pareil, revenir au cabinet si ça évolue pas bien.”

P4 : “Oui, ponctuel. Où on est un peu dans l’urgence parce qu’il y a une douleur. Euh, la douleur, on doit pas rester avec la douleur. Euh et qui permet d’attendre dans le temps. Oui, moi je suis pour.”

Au total, parmi les situations gérables en TCS, patients et médecins se sont facilement accordés sur des situations telles que des pathologies chroniques stabilisées et leur suivi, les pathologies connues déjà examinées ou récidivantes, ou aiguës bénignes et typiques. Le conseil médical, le dépistage et la prévention sont également compatibles. L’infection urinaire et les symptômes dermatologiques sont discutés. Hors motif somatique, il est globalement possible d’utiliser la TCS pour de l’administratif même s’il existe quelques nuances. Concernant les situations difficilement réalisables en TCS, patients et médecins sont unanimes sur les situations potentiellement graves et/ou urgentes et nécessitant un examen clinique.

De fait, si ce listing autour des situations gérables ou non en TCS a pu émaner des deux parties, c’est sans doute parce qu’il existe entre les deux modes de consultation certaines variations mais aussi certains points communs dans leur déroulé, en dehors de l’absence d’examen clinique.

CATÉGORIE 2 : COMPARAISON DU DÉROULE ENTRE UNE TÉLÉCONSULTATION ET UNE CONSULTATION EN PRÉSENTIEL

A. Les similitudes

a. Impression de déroulé identique

Patients et médecins ont déclaré qu’une TCS se déroulerait de façon quasi-identique à une consultation au cabinet. En dehors de l’absence d’examen clinique, seul l’interrogatoire varie légèrement avec parfois quelques questions supplémentaires.

M6 : “Bon c’est vrai que je le fais aussi en consultation mais bon là en TCS comme y a que l’interrogatoire on s’y attarde plus.”

Pour les deux parties, lors d’une TCS, la prise en charge finale serait donc globalement identique à celle du cabinet.

M4 : “Bon c’est vrai que euh... en fait on se rend compte que y a... (blanc) relativement peu de situations où l’examen clinique amène réellement quelque chose ou vient vraiment infléchir la démarche, qu’on avait déjà en tête à la fin de l’interrogatoire. Souvent on trouve des trucs mais qui viennent dans le sens de ce qu’on avait déjà en tête, et sinon c’est rare qu’à la fin d’avoir interrogé les gens on dit « bon on va faire ça faire ça faire ça » et que du fait de l’examen clinique qu’on parte finalement sur complètement autre chose. Bon euh ça arrive hein, mais euh c’est relativement peu fréquent.”

P10 : “non je vois pas. Pour moi ça diffère pas vraiment d’un rendez-vous du cabinet. Le même suivi. Euh on a les mêmes directions vers les spécialistes. On a les mêmes prises en charge.”

b. Même importance la plupart du temps

Les patients nous dévoilent qu’ils ressentent de la part du médecin une même importance accordée lors d’une TCS que lors d’une consultation au cabinet. La TCS n’est pas abordée superficiellement. Eux aussi la considèrent sérieusement.

P1 : “Oui, je pense que oui, oui ça se fait aussi bien. C’est très fluide chez les médecins. Enfin, c’est ce que je perçois. C’est qu’ils accordent autant d’importance sur les vidéos que sur les personnes physiques. Moi, j’ai jamais senti de décalage, vraiment. J’ai un praticien que j’ai pas vu depuis 2 ans parce que je suis pas remontée avec le Covid et tout, et demain si je le revois, c’est comme si de rien n’était en fait.”

P3 : ” j’ai pas le sentiment que le médecin soit différent. Mon médecin traitant est très rigoureuse, elle s’investit beaucoup” “Elle est toujours vigilante, ça change pas” “pour moi le praticien a la même posture.”

P4 : “c’est un rendez-vous comme si j’étais chez elle. Ça reste la même chose.”

P8 : ”Non il reste pro, il me demande ce qui se passe, comment je vais, comme il ferait au cabinet.”

De leur côté, les médecins pensent globalement la même chose de leurs patients en TCS.

M5 : “Non je pense que c’est pareil, je pense qu’ils entendent de la même façon les conseils.”

M9 : “qui se mettent en condition comme s’ils allaient au cabinet,”

Parfois, la TCS serait même ressentie comme plus efficace et les patients seraient plus attentifs, réactifs et respectueux du temps imparti selon les médecins

M1 “peut-être qu’ils sont plus attentifs. J’ai moins l’impression de répéter les choses”

M3 : “ils sont peut-être plus à l’écoute...ce qui est étonnant, c’est que les gens nous trouvent plus à l’écoute en TCS...Comme y a pas euh de coupure temps «j’arrive / j’explique - j’examine - je reviens et fait les ordonnances» et bien les patients ont l’impression qu’on passe plus de temps avec eux, qu’on les écoute plus et que... on a une qualité d’écoute plus importante” “et donc finalement eux aussi ont une qualité d’écoute meilleure car ils ont que ça à faire.”

M12 : “oui, parce qu’ils savent qu’ils ont un temps limité. Donc ça me permet d’avoir un cadre.” “moi je trouve que les patients sont, enfin je sais pas, je trouve que ça se passe mieux, en tout cas pour moi.”

Mais parfois, ils se plaignent d’une ambiance moins formelle avec des lieux de consultation ou des comportements inadaptés des patients (attitudes ou tenues vestimentaires moins respectueuses), qu’ils n’auraient pas au cabinet. Certains nous évoquent même une certaine inattention et une écoute variable de la part des patients.

M6 : “je trouve que parfois les patients sont un peu moins respectueux dans le euh, enfin certains peuvent, pas tous, être moins respectueux dans le euh, ben pareil dans les conditions où ils font la TCS.”

M12 : “C’était un lieu inapproprié de rendez-vous voilà, dans un restaurant ou une tenue qui n’était pas correcte pour un rendez-vous médical.”

c. Plusieurs motifs, plusieurs patients

Tout comme au cabinet, les médecins nous affirment qu'en TCS les patients se présentent avec plusieurs motifs et/ou parfois demandent aussi un avis médical pour leurs proches lors d'un même rendez-vous.

M3 : "Parfois j'ai aussi droit « y a mon mari aussi qui veut vous parler de quelque chose... » alors que c'est pas une consultation pour lui..."

M9 : "Ah mais souvent ils ont plusieurs motifs ! En consultation comme en TCS ! Ah non mais le patient qui a qu'un seul motif c'est bien hein... mais ça existe que dans la théorie, l'idéal (rire) !"

En revanche, médecins comme patients s'accordent pour dire qu'il semblerait plus adapté de ne traiter qu'un seul motif en TCS, et qu'en cas de plusieurs motifs il vaut mieux aller au cabinet.

M4 "Bon euh voilà, faut dire aussi que c'était présenté comme ça un contact entre guillemets rapide, donc bon, c'est sûr que s'il m'avait posé euh, s'il m'avait dit "bon docteur on en profite pour vous soumettre euh...j'ai quatre autres problèmes différents" euh bon là ça aurait été différent."

P4 : "Par contre, là je sais que je vais la revoir et je ne vais pas faire de TCS parce que j'estime que j'ai plusieurs choses à voir avec elle. La consultation directe aujourd'hui avec le médecin, c'est quand y a beaucoup de choses à voir avec elle, et que j'ai besoin de temps avec elle..."

d. L'environnement du patient, un allié

Les médecins nous ont rapporté s'appuyer sur l'entourage familial du patient s'il est présent pour mener à bien la TCS comme lors d'une consultation au cabinet.

M3 : "Sachant qu'à partir de 70 ans souvent ils sont accompagnés de leurs enfants. C'est les enfants qui font les manips et récupèrent les ordonnances."

Les patients ont également rapporté être présents en TCS comme lors d'une consultation au cabinet pour accompagner un membre de leur entourage si besoin.

P7 : "Après bon c'est vrai qu'il y a toujours les enfants, la famille qui est autour, on peut faire des TCS pour ses proches."

B. Différences

a. Une consultation plus rapide

Patients et médecins s'accordent à dire qu'une TCS a une durée équivalente ou généralement plus courte qu'une consultation au cabinet, mais jamais plus longue.

*M3 : "Alors que la TCS dure beaucoup moins de temps qu'une consultation au cabinet."
"*

P2 : "Les TCS c'est très rapide, je crois que c'est plus rapide ..."

P8 : "Euh là c'est une visite normale donc elle doit durer 10 minutes, 15 minutes maximum."

b. La présence du personnel paramédical en consultation

Les médecins nous expliquent pouvoir envisager réaliser une TCS lorsque le personnel paramédical du patient (notamment l'infirmier) serait présent avec lui pour faciliter sa réalisation.

M4 : "mettons faire une télé expertise quand l'infirmier est sur place, hop on se branche on fait le point, euh voilà on fait les constantes on échange avec les 2, on renouvelle les traitements etc, on planifie les examens besoins, et ça évite un déplacement et on gagne du temps car l'information est pré mâchée par l'infirmier, si y a besoin de vérifier un truc il est là sur place pour ça. Voilà je pense que ce mode de fonctionnement la moi j'aimerais le développer."

c. Aspects technologiques et informatiques de la téléconsultation

Les médecins comme les patients déclarent qu'en TCS une différence majeure se perçoit notamment dans les transferts des documents/ordonnances. En effet, ces

échanges se font par voie dématérialisée en TCS, et la mise en relation avec la pharmacie est parfois directe.

M11 : “Maintenant c’est pratique car ils arrivent à me faire passer les courriers que ce soit les radios, les examens, les scanners, les spécialistes, les correspondants...”

P7 : “Et aussi l’avantage, c’est que des fois connaissant la pharmacie, on l’envoie directement à la pharmacie, ils nous le préparent et on peut être livrés et on peut aller récupérer.”

C. Apprentissage d’une nouvelle pratique

a. Pour les médecins

- Gestion des motifs :

Les médecins affirment qu’il faut apprendre à se passer de l’examen clinique en TCS. Ils estiment qu’en TCS il faut suivre son intuition médicale, se fier à son expérience. Il faut ainsi se faire confiance dans le déroulé et la finalité qu’on donne à la TCS. En outre, en TCS, il s’agit essentiellement d’une gestion à la fois, initialement, des motifs et à la fois de la nécessité ou non de la reconvoction du patient au cabinet à l’issue de la TCS.

M1 : “Mais euh, bon, en tout cas, au moindre doute, voilà, je fais revenir les patients, euh si je trouve que c’est pas gérable en TCS, que c’est trop compliqué, je le fais venir au cabinet.”

M10 : “Maintenant que je prends un peu l’habitude des TCS et que je suis moins inquiète, c’est souvent les mêmes motifs qui reviennent donc euh, c’est plus facile pour moi parce que voilà, c’est toujours un peu pareil. Et si ça va toujours pas, je leur demande de venir en présentiel. “

Quant à l’avis des patients, ils attendent effectivement du médecin de savoir les guider s’il faut revenir au cabinet.

P4: "Si la douleur perdure etc., euh si les choses ne vont pas, elle sera à même de détecter. Enfin voilà, elle connaît, elle sait quand telle ou telle douleur, elle va poser les bonnes questions, euh, et on va avancer comme ça."

- Gestion des patients :

Les médecins suggèrent également qu'il ne s'agit pas que d'une analyse médicale pointilleuse en TCS mais aussi de la gestion du patient en face. En effet, il vaut mieux connaître son patient pour savoir si la TCS sera un moyen de soin adapté/fiable pour lui ou s'il est préférable de le voir en cabinet quel que soit le motif.

M5 : "Ouais. Oui oui, bon y a des patients qui sont très cortiqués et y en a d'autres, il faut leur tirer les vers du nez. Donc y en a, il vaut mieux les voir en consultation en vrai parce qu'en fait on s'aperçoit que c'est n'importe quoi. Mais des fois ils nous aiguillent très mal. Je pense que c'est vachement individus dépendants, notamment des patients."

Selon les patients, ils estiment pour certains que le médecin doit effectivement savoir repérer si un patient est apte à suivre une TCS ou non.

P5 : "Voilà, c'est ça dans le protocole ou dans la procédure à mettre en place, il faut quand même que le médecin voit son patient et comprennent quel type de personnage il est, quel type de maladie il peut développer justement en fonction de son type de personnage, et à ce moment-là, en TCS, la personne va dire quelque chose, mais le médecin va le comprendre et le traduire en disant «Bah oui, cette personne-là, elle est dans cette forme-là». Il faut lier les 2."

- Outil de téléconsultation :

Les médecins nous déclarent que le sentiment de satisfaction en TCS dépend beaucoup de la compétence technique informatique de base, mais aussi selon eux du choix d'un outil performant de TCS (matériel et plateforme), ainsi que d'une formation à son usage.

M3 : "Euh... euh... au niveau technique j'ai pas de soucis car tout est implémenté dans le logiciel, euh, pour envoyer les documents, c'est tout implémenté. Euh pff euh..."

avant que je change de logiciel médical c'étaient les manipulations qui étaient un peu pénibles, fallait que je crée les ordonnances, les copier, les remettre dans le logiciel de TCS, faire la signature électronique..."

Les patients pensent aussi que le médecin doit savoir gérer le versant informatique et choisir une plateforme intuitive.

P8 : "Ben déjà il s'est un peu plus familiarisé parce que les premiers temps c'était galère. (Rires). Là maintenant ça va, il arrive à bien tenir les créneaux. Au début il avait du mal."

b. Pour les patients

- Patient acteur :

Les médecins nous témoignent que pour pallier au manque d'examen clinique ils impliquent parfois le patient activement face à la caméra : prise de ses constantes, mime de manœuvres rhumatologiques, auto inspection et partage de photos, auto palpation ganglionnaire ou d'un système... Ainsi, on observe de la part des médecins comme un semblant de "transfert de compétences" minimales au patient.

M5 : "Ben pour le Giordano par exemple, je me mets debout, je me tourne et je mets ma main à plat dans le dos et avec l'autre je me tape dans le dos, en leur montrant où c'est, et je leur demande de faire pareil."

M9 : "si par exemple y a quelqu'un qui a une douleur ou qui me parle d'une grosseur, je vais lui dire de me montrer à la caméra, de palper, de me dire combien ça mesure et tout. A la limite on peut jouer avec le téléphone portable, dire, prenez-moi une photo et envoyez-la moi."

Les patients sont conscients de leur rôle principal dans le déroulé de la TCS et que leur permet d'aider le médecin.

P5 : "elle m'a demandé de marcher sur la pointe des pieds, de marcher sur les talons"

P10 : “à la maison, j’ai un tensiomètre. Euh et j’ai un appareil pour avoir les pulsations cardiaques. Donc j’ai certains équipements à la maison qui font que je peux retransmettre l’information après au médecin.”

- Limites de l’outil : éducation, information, expérience

Les médecins nous indiquent qu’il est primordial que les patients soient éduqués quant aux limites de la TCS (par leurs médecins ou par la plateforme ou encore les autorités de santé publique).

M4 : “Mais le problème c’est que nous on choisit pas les motifs, la recommandation c’est une chose mais c’est pour les professionnels, sauf que c’est les gens qui prennent rdv quoi. Du coup ça relève peut-être plutôt de l’information grand public, au moins tout autant que d’une recommandation professionnelle.”

Les patients reconnaissent que la TCS ne peut pas répondre à tout et qu’ils doivent eux aussi s’auto-informer des limites de l’outil qu’ils utilisent. Certains nous affirment tout de même qu’un certain vécu leur permet d’être guidés dans le choix du mode de consultation.

P1 : “Ça remplace pas tout la TCS, on est d’accord. C’est un moyen et quand on se déplace, on sait pourquoi aussi et on sait ce qu’il manque à la vidéo.”

P3 : “Et selon ce que je ressens, je fais une TCS et j’apprécie quand j’estime que ça nécessite une visite au cabinet je la fais.”

- Outil de téléconsultation :

Les médecins comme les patients estiment que le bon usage de la TCS par les patients se base aussi, en miroir des médecins, sur leur compétence informatique initiale et leur besoin de formation à l’outil. Les patients sont conscients de la nécessité d’un bon équipement informatique minimum, requis pour la TCS.

M4 : “ quand on dit aux gens « vous allez recevoir en amont une notification et il faudra vous créer un compte etc » et que on appelle les gens et qu’ils l’ont pas fait car

ils ont pas compris comment faire... enfin j'ai eu un peu sous estimé le côté euh le côté galère du côté patient."

P4 : "La seule chose par rapport à la TCS effectivement, il faut qu'on ait un ordinateur, il faut qu'il soit capable de recevoir la visio, faut qu'on soit capable effectivement, qu'on ait des connaissances pour pouvoir faire la visio"

La TCS a des spécificités, et le choix du mode de consultation en fonction du motif dépend de cela. Mais il ne faut pas oublier de mentionner que les deux parties interrogées nous ont également cité l'influence du profil des utilisateurs (patients comme médecins) dans le choix du mode de consultation.

CATÉGORIE 3 : PROFIL DES UTILISATEURS

A. Profil des patients

a. Profil adapté

Les médecins et les patients tiennent globalement le même discours : la TCS serait le plus adaptée pour des patients jeunes (adolescents, adultes de moins de 60-70 ans), sans ou avec peu de comorbidités, et de préférence déjà connus (sur le plan médical, mais aussi relationnel).

M1 : "Euh, ce qui a permis d'être à l'aise c'est que c'est un patient que j'ai déjà vu, déjà. C'est pas un premier patient, c'est plus facile, euh. Ce qui a mis à l'aise c'est que le fait est que le patient n'ait pas trop de comorbidités. Qu'il n'en ait pas du tout."

P3 : "Mon aînée a 23 ans et fait des TCS avec notre médecin traitant. Voilà je pense qu'il y a une tranche d'âge pour laquelle la TCS est plus ciblée."

b. Profil possible " en cas d'urgence"

De plus, les médecins ajoutent une exception, pour dire que la TCS peut parfois servir en dépannage ou pour donner un premier avis à des patients ne faisant pas partie de leur patientèle habituelle : des vacanciers, des nouveaux patients.

M8 : “Voilà donc l’été, ici, on a aussi une patientèle un peu particulière avec tous les vacanciers qui sont pas chez eux et qu’il faut diriger vers des structures de soins.”

M12 : “Et là cette semaine, j’ai vu un patient que je connais pas pour un syndrome grippal qui a pris rendez-vous en urgence.”

B. Profil des médecins

a. Profil adapté

Les patients estiment que la TCS est préférable avec un médecin déjà consulté en présentiel auparavant : le médecin traitant (connaissance du dossier, confiance) ou ses remplaçants qui ont également accès au dossier complet. Les spécialistes déjà consultés au cabinet sont cités également (psychiatre, endocrinologue, dermatologue...).

P5 : “Ben pour la raison que je vous ai indiqué, euh, si la personne connaît mon dossier, y a pas de souci ça peut se faire.”

Une seule patiente nous déclare que tout médecin est adapté selon elle pour la gestion de motifs bénins.

P7 : “Oui, moi je pense qu’on peut faire une TCS avec n’importe quel médecin quand c’est euh une problématique pas importante.”

b. Profil possible “en cas d’urgence”

En dépannage, selon le motif (bénin, nécessité de premier avis ou orientation), et en cas de délai allongé de rendez-vous avec son médecin traitant, les patients nous avouent qu’ils peuvent envisager une TCS avec un médecin inconnu.

Un patient nous avoue que, pour lui, il peut envisager de téléconsulter avec le remplaçant de son médecin traitant seulement en dépannage, si ce dernier est indisponible.

P2 : “Bon après si on est vraiment dans la panacée de le faire avec un autre médecin oui.”

P3 : “Un de mes fils avait des symptômes COVID, et pas de créneaux disponibles, donc euh ben voilà, comme on évite de se déplacer niveau contagion, on avait effectivement cherché sur doctolib une TCS avec un médecin inconnu. Mais là c’était une circonstance particulière. Par exemple, on part en vacances on a un souci... Ben oui je pense que oui. Ça dépanne. Je suis pas fermée de faire une TCS avec un médecin que je connais pas.”

Les médecins comme les patients nous font ainsi comprendre que, plus qu’au cabinet, la TCS s’envisage en fonction du profil des usagers, au cas par cas, et pas seulement en fonction du motif. Lors de nos entretiens, il ressort également que la TCS peut présenter des points positifs comme négatifs pour les deux parties.

CATÉGORIE 4 : AVANTAGES ET LIMITES DE LA TÉLÉCONSULTATION

A. Avantages

a. Accès aux soins facilité et continuité des soins

Les deux parties s’accordent sur le fait que la TCS offre une facilité de consultation grâce à une facilité d’accès au médecin et une limitation des déplacements.

M7 : “Ce qui revient aussi c’est des gens en post opératoire qui sont chez eux, et qui ont des petits soucis X ou Y et qui ne peuvent pas se déplacer, donc ça c’est des choses qu’on peut régler comme ça aussi. Euh puis aussi, des gens, des personnes que je connais bien et qui sont en déplacement et qui peuvent pas aller voir un médecin donc là je peux les dépanner aussi.”

P1 : “Euh, voilà, je veux dire si on est hyper fatigué pour aller faire une consultation médicale, ben c’est vrai que c’est très intéressant d’être chez soi. Si c’est un praticien qui est vraiment éloigné, moi je trouve que c’est très intéressant aussi.”

P7 : “Donc moi je suis totalement fan de la TCS. Déjà en plus bon, en travaillant ça me permet de ne pas me déplacer, des fois entre midi et deux, au travail souvent je fais une TCS avec mon médecin généraliste, à midi, midi et demi.”

La TCS permet également un gain de temps dans la prise en charge avec des délais de rendez-vous plus rapides. Elle permet également un meilleur suivi pour certains patients et donc une continuité des soins.

M10 : “Ben... Du coup je me suis dit qu'en effet si jamais y avait pas la TCS, elle aurait pas pu avoir accès à une consultation parce que vraiment c'est plus fort qu'elle par rapport à cette phobie sociale. Euh, donc plutôt positif puisque sinon elle aurait pas eu accès.”

P10 : “Parce qu'avant je n'avais pas du tout de soin avant la TCS. Donc du coup je me dis heureusement que ça existe, sinon moi je serais encore sans soins à l'heure actuelle. Je serais pas prise en charge.”

Les patients et les médecins ont également rapporté que la TCS pourrait s'envisager comme une solution pour désengorger les urgences.

M12 : “Ça peut être une solution pour pas engorger les urgences par exemple.”

P4 : “Et ben pourquoi pas, parce que quelquefois ça peut aider quand on a une rage de dents. Ça peut être quelque chose d'intéressant, euh, d'avoir une plateforme parce que ça permet même si effectivement il y a pas la consultation physique, ça permet quand même qu'on puisse avoir un traitement qui permet de soulager et de pouvoir avancer et d'aller voir après la personne adéquate. Bah oui, parce que les Urgences, ce n'est plus possible aujourd'hui. Il faut les décharger au maximum hein.”

b. Sécurité des soins

Patients et médecins ont cité la limitation du risque de transmission virale comme un avantage dans le contexte actuel.

M12 : “Par exemple, le patient qui avait un syndrome grippal, ben finalement il était chez lui, il y avait pas de critères d'urgence à être examiné, et du coup lui ça lui a évité de venir en consultation de potentiellement contaminer des gens en salle d'attente.”

P7 : "Ça évite aussi d'avoir tous les microbes de tout le monde !"

c. Rapport coût-efficacité favorable

Les patients ont relevé que la TCS présente un avantage financier avec réduction des coûts de transports personnels mais aussi de transport médicalisé pour un même soin.

P1 : "Par exemple, moi, quand je descends sur Marseille, c'est vrai que voilà, il faut faire un aller-retour et tout ça. Bon, c'est économique aussi hein, on va pas se cacher."

d. De meilleures conditions de travail pour les médecins

D'après les patients et les médecins, la TCS permet aux médecins d'optimiser leur temps de travail grâce au gain de temps réalisé via la TCS : consultation plus rapide, moins de visites à domicile et donc moins de déplacements, transformation des appels téléphoniques en consultations notamment.

M9 : "Donc c'est vrai que pour certains patients qui préféraient les visites à domicile, le fait de faire une TCS quand elle est possible, ils bougent pas, on bouge pas, c'est très bien."

P1 : "Euh, c'est presque plus rapide quoi en fait aussi, même pour le médecin."

e. Et une meilleure satisfaction de travail pour les médecins

Les médecins ont relevé que la TCS leur permettaient de revaloriser des actes auparavant gratuits.

M2 : "Et puis ça permet de valoriser aussi le travail que l'on fait et qui était jusqu'à présent normal quoi. Euh ça c'est voilà, moi je pense que c'est bien pour tout le côté, toutes ces consultations que l'on faisait comme ça à l'arrachée." "Euh c'est une vraie consultation, on fait, on rédige des ordonnances, des prescriptions, on les envoie au patient ou les patients les récupèrent, donc ça permet déjà euh de valoriser une vraie consultation et non pas un simple avis téléphonique. Donc ça c'est bien."

M3 : "Un truc qui est pas mal c'est que ça décharge le cabinet de plein de motifs, de plein de patients qui vous appellent pour dépannage d'ordonnance, pour demander

eh, « oh j'ai mal à la cheville, vous pouvez pas me faire une ordonnance pour une radio ? je peux pas passer ! » « Oh vous pouvez pas passer ? et ben on va se voir en consultation vidéo ! » (Rires) donc ça c'est pas mal”

f. Augmentation de la visibilité

Un médecin a relevé l'aspect financier avec une augmentation de la visibilité et donc de sa patientèle grâce à la TCS.

M1 : “C'est vraiment parce que sur la plateforme on m'a encouragée, Doctolib, on m'a encouragée à faire des TCS, et surtout pour un médecin qui vient de s'installer, euh, ça crée une visibilité... Une visibilité plus large.”

B. Limites

a. Risque d'exclusion de certaines populations

Les patients et les médecins ont tous relevé le fait que la TCS risquait d'exclure certaines populations de patients, notamment les patients âgés, malentendants ou les enfants, ceux étant considérés comme peu fiables sur l'interrogatoire ou encore ceux ayant des compétences informatiques limitées.

M2 : “Après le problème voilà, c'est que on peut pas dire que la TCS s'adresse à toute notre patientèle. Voilà. C'est vraiment une tranche de gens euh qui sait manipuler aussi bien son téléphone que son ordinateur, qui sait récupérer des documents, qui sait les transmettre. Ça s'adresse pas à tout le monde.”

P7 : “Voilà pour les personnes âgées ou d'autres qui n'ont pas les capacités, c'est ennuyeux. Pareil si on a un problème auditif ou autre, c'est problématique, on ne peut pas accéder à cet outil. Donc voilà.”

b. Équipements médicaux limités au domicile du patient

Les patients ont également relevé que la plupart d'entre eux manquaient d'équipement médical à leur domicile, mais pour autant cela relevait plutôt du rôle du médecin car potentiellement source d'inquiétude et ayant un coût car non remboursé.

P3 : “Moi je pense que voilà, le tensiomètre je l’ai récupéré de ma mère, mais je n’ai aucun autre outil. En fait, chacun son travail. En fait c’est comme quand on regarde sur internet et qu’on trouve toutes les pathologies du monde, ben c’est pareil d’être seul chez soi avec son tensiomètre.”

P8 : “Bon après pour les éléments de tests euh pfff c’est compliqué. En ce moment on parle beaucoup du pouvoir d’achat, si vous demandez aux gens d’investir et de quelque part de se substituer à ce que fait le médecin on va vous demander qu’est-ce qui justifie que la TCS garde le même niveau de prix ?”

c. Un risque d’erreur diagnostique

La principale limite relevée par les médecins et les patients est l’absence d’examen clinique et le manque de formation à l’outil, cela ayant pour conséquence la peur de l’erreur diagnostique.

M9 : “Parfois y a des TCS qui m’embêtent un peu, parce que c’est pratique pour les patients mais nous on peut pas les examiner et ça serait bien si y avait un examen quand même.”

P9 : “Alors qu’en TCS ça va vite être compliqué ... enfin moi chez moi j’ai qu’un thermomètre ... donc il manque l’examen clinique quoi.”

d. Une perte de temps pour les médecins dans certains cas

Les médecins ont aussi relevé le fait que la TCS peut finalement s’avérer être une perte de temps notamment s’il faut reconvoquer le patient à l’issue (double consultation) et donc faire augmenter la charge de travail.

M3 : “Oui et puis après on punit pas les patients en leur disant, voilà je veux vous examiner, venez au cabinet. Ça nous punit un peu nous car voilà, on avait déjà une consultation avec un horaire prévu et finalement on rajoute une après, mais bon pas grave c’est le jeu.”

e. Une couverture internet insuffisante

Les médecins et les patients s'accordent sur le fait que la TCS est dépendante de la couverture internet du territoire impactant la qualité vidéo et audio de la consultation.

M10 : "Et en fait même ce qui est limitant franchement je me disais aussi la qualité vidéo. Après ben c'est sûr, des fois on peut avoir, on entend mal, ça capte mal et ça des fois c'est un peu agaçant."

P1 : "Euh, qu'est ce qui pourrait être gênant ? Euh... non après, effectivement, les connexions au début étaient pas toujours évidentes d'un point de vue technique. Euh, moi, je me souviens qu'avec le docteur, au début, on s'entendait pas toujours."

f. Des modalités administratives longues et des difficultés de remboursement

Les médecins et les patients ont noté que les modalités administratives au cours d'une TCS sont plutôt conséquentes notamment concernant le remplissage du dossier, la transmission des documents pour les médecins et l'impression puis l'envoi de la feuille de soins avec régulièrement des difficultés de remboursement pour les patients.

M7 : "Même si 15 minutes c'est déjà pas mal du tout. Mais bon après dans ce temps y a aussi tout le volet avec les papiers à faire et télétransmettre."

P2 : "Donc j'ai pas de mauvais avis... j'ai juste eu un petit problème de remboursement, oui voilà, ils m'avaient envoyé une feuille de soin à envoyer à la sécu et la sécu n'a pas lu sa signature donc la sécu ne m'a jamais remboursée ! je l'ai renvoyée et renvoyée et elle me l'avait même refaite mais la sécu n'a pas voulu. C'est une manipulation de papiers, c'est vrai que quand on va voir en cabinet, ben on sort la carte vitale et ça passe. La non, faut payer, sortir la carte bleue et payer. Et ensuite on est remboursés. Donc c'est aussi un inconvénient ça."

Si après franc usage, les utilisateurs peuvent trouver des avantages et des limites à la TCS, ils nous précisent également comment ils ont ancré cette nouvelle pratique dans leurs habitudes et en quoi la TCS apporte un net tournant dans la pratique médicale.

CATÉGORIE 5 : MODERNISATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE

A. Organisation des soins

a. Habitude d'utilisation de la téléconsultation par les médecins et les patients

Les patients et les médecins considèrent qu'une utilisation régulière de la TCS permet d'avoir confiance en cet outil.

M10 : "Maintenant que je prends un peu l'habitude des téléconsultations et que je suis moins inquiète, c'est souvent les mêmes motifs qui reviennent donc euh, c'est plus facile pour moi parce que voilà, c'est toujours un peu pareil. "

Cependant, les médecins préfèrent faire de la TCS au cas par cas en fonction du patient mais également du motif de consultation.

M4 : "Je considère que, souvent c'est suite à un message, que la secrétaire ou le patient me laisse, et je considère que y a pas trop de trucs pour que je le fasse comme ça, et du coup c'est plutôt moi qui déclenche le contact en TCS. C'est souvent à mon initiative"

Les patients comme les médecins ne veulent pas d'un suivi par TCS exclusif mais plutôt un suivi mixte alliant TCS et cabinet.

M5 : "y a des gens qui ont pris le pli de la téléconsult et qui ne viennent presque plus, alors eux je leur dis de temps en temps c'est bien de venir une fois qu'on prenne la tension, qu'on voit les trucs et qu'on fasse un petit examen clinique"

M7 : "Donc euh je vais dire n'importe quoi mais par exemple 2 renouvellements en TCS pour les cardiaques les diabétiques et après faut les voir au cabinet. Par exemple."

P1 : "Mais ça peut être alterné" "Bon par contre, on sait qu'à certains moments la psychothérapeute nous a dit qu'il faut qu'elle vienne en présentiel."

P8 : "non des fois j'y vais, j'essaye de faire une fois sur deux entre TCS et cabinet pour refaire un bilan."

L'ordre du recours à l'un ou à l'autre moyen de consultation est variable selon les patients.

P7 : “Voilà. Moi je pense qu’en priorité la TCS en premier abord pour lui dire le problème que nous rencontrons, et ensuite si vraiment faut se voir on y va.”

P9 : « je préfère d’abord rencontrer le médecin, avant de passer directement en TCS. »

Les médecins et les patients ont développé certaines habitudes en lien avec la TCS. Il en ressort que la tendance est vers l’expansion de ce mode de consultation. L’évolution du soin via la TCS a été abordée lors des entretiens.

b. Un outil de crise sanitaire

Les deux parties s’accordent pour dire que la TCS a eu un rôle crucial lors du confinement en 2020 lors de la crise covid, apportant une aide au maintien du suivi médical.

M5 : “Ça avait été mis en place surtout au début pour, ben pour donner un accès aux soins avec le COVID.”

M8 : “c’est que la TCS a été quand même mise en place massivement autour du COVID” “c’était pendant une période où il y avait quand même une sorte de désertification des médecins.”

P1 : “en période de confinement, je trouve que c’est vraiment sécurisé. C’est un côté vraiment très pratico-pratique quoi”

P8 : “ben là, pendant le confinement j’ai utilisé que ça d’ailleurs.”

c. Evolution des pratiques

Les patients dévoilent leurs a priori sur la TCS avec une réticence initiale ou sinon peu d’intérêt. D’autres n’avaient pas d’a priori et se décrivent comme ouverts et confiants face à l’évolution des soins. Après usage, la majorité des patients conclut à un apport de la TCS vers une prise en charge complète. Elle permet aussi selon eux une bonne intégration dans le planning des médecins. Ils constatent qu’elle leur permet de remplacer les visites à domicile, ce que les médecins confirment. Globalement ils en sont satisfaits et le recommandent à leur entourage. Ils ont été pour certains encouragés par leur médecin à s’y mettre.

P1 : "moi je trouve que c'est un réel progrès" "Je pense qu'on va vers des consultations beaucoup plus complètes comme ça." "euh, j'avais des a priori. Je pensais pas, je pensais qu'avec la vidéo c'était moins direct paradoxalement en fait. "

P9 : "au début j'étais pas réticent mais... un peu réticent mais parce que c'était inconnu donc j'hésitais un peu. Au début je voyais pas pourquoi faire une TCS vidéo. Je voyais pas l'intérêt."

P10 : "Je l'ai même conseillé à ma sœur"

Même si globalement les médecins sont également satisfaits et reconnaissent l'utilité de la TCS, leurs avis restent partagés. En effet, certains sont convaincus de l'impact positif de la TCS dans la qualité des soins et restent ouverts à cet outil qu'ils considèrent partie intégrante du processus de développement professionnel continu.

M1 : "Ben ça a plutôt évolué positivement, car au début j'étais contre la télé consultation"

M3 : "C'est la médecine 2.0" "Oh non ça a pas évolué, euh, moi j'ai testé dès que ça a commencé, j'étais pour, j'ai commencé un bon mois et demi avant le 1^{er} confinement"

M11 : "dans 20 ans, les jeunes d'aujourd'hui seront les vieux de demain, et ils seront sur la TCS." "j'avais pas tellement d'a priori avant. Je connaissais pas." "pour moi c'est quand même globalement une bonne avancée la TCS, qu'autre chose quoi."

Tandis que d'autres sont mitigés et dubitatifs sur l'apport de la TCS.

M4 : "bon toute façon c'est une évolution... c'est comme ça ça existe, comme n'importe quel usage, l'usage est là. Donc ça va exister. La qualité je sais pas."

M5 : "maintenant quand on voit le développement des téléphones portables, des applis et tout, je pense que ça va plutôt dans le sens d'augmenter ce genre de pratique. La logique voudrait que."

M7 : "ben en fait... euh... j'aime ça et en même temps je n'aime pas ça"

D'autres encore sont plus tranchants et persistent même à préférer le cabinet car ils ressentent la TCS comme une consultation bâclée ou dégradée ("mieux que rien").

M6 : "après avoir expérimenté plusieurs TCS et aussi, et aussi que le Covid était moins présent et que les personnes étaient vaccinées et qu'il y avait moins de risques pour eux, euh, j'ai trouvé qu'il y avait plus, fin moi je trouvais plus vraiment d'intérêt à la TCS"

M10 : "c'est vrai que ça sert bien ponctuellement mais je suis pas fan fan fan des TCS." "à chaque fois, je suis un peu frustrée quand même. J'ai l'impression que c'est un peu, moi, j'ai l'impression que c'est un peu bâclé." "J'ai quand même un peu l'impression de pas faire à fond mon travail en TCS. Mais je suis moins négative que l'année dernière ou y a 2 ans par exemple."

d. Evolution de l'outil

Les patients trouvent des évolutions positives concernant les logiciels de TCS qu'ils jugent plus simples d'utilisation et plus intuitifs.

P1 : "je trouve qu'évidemment, au niveau technique, ça s'est amélioré grandement. Euh, la communication est très très bien faite." "c'est encore de mieux en mieux c'est pareil, parce que quand on reçoit les ordonnances maintenant on peut les transmettre directement à la pharmacie de façon très sécurisée." " les gestions de rendez-vous sont beaucoup plus fluides. Vous avez un problème, vous savez que vous pouvez reporter votre rendez-vous très facilement."

P7 : "je sais que j'ai l'application, et j'ai tous mes médecins maintenant qui sont affichés, j'ai plus de recherche à faire pour chercher les numéros de téléphone" "l'avantage, c'est que des fois connaissant la pharmacie, on l'envoie directement à la pharmacie, ils nous le préparent et on peut être livrés et on peut aller récupérer"

Les médecins ont également relevé des évolutions positives, notamment la possibilité de télétransmission des documents et le fait que l'on puisse afficher sur la plateforme les motifs adaptés ou non à la TCS. Pouvoir utiliser sur la plateforme une fonction d'exclusion des nouveaux patients est aussi relevée. Ils ont également noté que les patients étaient mieux équipés qu'au début.

M9 : "sur doctolib y a une fonction que je peux pas voir les nouveaux patients en TCS. En fait, il faut que le patient soit déjà inscrit chez moi en consultation normale, une fois, pour qu'il puisse prendre le rdv en TCS."

P4 : "c'est dommage, euh, que ça puisse, enfin voilà, que l'on soit obligé de repasser par la feuille de maladie, signer, envoyer à la Sécu, euh, on a pas le bénéfice de la carte vitale et de la transmission automatique."

P5 : "l'idée, c'était de développer un appareil qui puisse prendre, voilà, la tension, la fréquence cardiaque, la température et que le médecin ait ces informations qui soient délivrées en même temps que la consultation, quoi. Enfin toutes les variables qui soient faciles à mettre en œuvre. Faut pas que ce soit trop compliqué quoi. Il peut y avoir un appareil qui soit capable de faire ça, connecté à l'ordinateur."

*P10 : "Pour échanger les documents plus facilement, faudrait faire une plateforme."
"ajouter une adresse mail peut-être spécialement que pour les patients de TCS"*

Pour les deux parties, la qualité vidéo et notamment du zoom est une des attentes énoncées. Ils évoquent aussi qu'un accès à un traducteur pourrait être utile (malentendant, étrangers) Le développement des cabines de TCS est un sujet à explorer.

M9 : "tout ce qui est image s'il pouvait y avoir des zoom ou des choses comme ça. Car là c'est vrai qu'on a une image fixe, on se voit en fait mais voilà quoi, on peut pas zoomer."

M10 : "même pour l'avenir ça se trouve... autant les gens ils auront je sais pas un équipement, ou au moins leur tensiomètre. Vous savez, comme aussi, les bornes et tout ça, où c'est instrumentalisé comme dans certaines pharmacies, il y a l'otoscope le stétho. Je me dis, autant ça va un peu plus démocratiser."

P1 : "Après, je pense que les prochaines étapes c'est peut-être d'avoir des relais, des endroits, peut-être où on pourrait faire des TCS un peu plus précises, euh, avec des appareillages plus complets. Par exemple, un tiers-lieu médical où on sait que l'on peut toucher quelqu'un de très, très pointu, euh, à distance, mais avec un entourage médical adapté."

P7 : "ce qui aurait été bien c'est une application pour les malentendants, avoir une personne à côté, avoir une application qui permette d'avoir un traducteur pour ces gens-là, voilà." "Par contre moi j'ai remarqué aussi, car j'ai eu l'expérience, y a des

pharmacies qui font de la TCS. Et ça c'est génial, j'en ai une de pharmacie, quand vous avez besoin en urgence, vous allez à la pharmacie et de suite vous passez votre TCS. Vous appelez et vous êtes déjà à la pharmacie donc vous prenez directement vos médicaments. Donc ça c'est top !"

e. Impact en fonction du territoire
Les médecins restent dubitatifs et se demandent si la TCS peut réellement être une solution pour l'accès aux soins dans les territoires isolés ou face au manque de médecins.

M1 : "Après pour les zones en déficit euh, après je sais pas, dans les petits villages, dans les déserts médicaux, je pense que ça va être une solution palliative, qui sera euh mine de rien, mieux que rien."

M4: "La qualité ça sera ni mieux ni pire mais par contre est ce que ça améliore l'accès aux soins, là oui, je pense que ça peut y contribuer."

Ils trouvent qu'actuellement encore ce moyen s'implante difficilement dans les zones socio-économiques défavorisées.

M5 : "Mais après peut être que ça dépend aussi du niveau intellectuel et socio-économique du patient, et y a des quartiers où ça se mettra très difficilement en place. Moi je suis quand même assez rural, semi-rural, dans une ville moyenne donc y a quand même beaucoup d'agriculteurs et eux ils veulent voir leur docteur, ils ne veulent pas voir leur ordinateur."

Ils ressentent une pression de rendement avec l'impression de devoir travailler plus et plus vite, et nous témoignent que la TCS ne permet pas d'augmenter réellement le nombre de consultations par médecin.

M4 : "Bon voilà après une webcam ça remplace pas un être humain des 2 côtés de l'écran. Ça empêche pas que quand je suis devant une webcam ben je suis pas ailleurs hein... ça va pas permettre de multiplier les actes. Quand je suis en train de consulter devant un écran, je suis pas en train d'examiner un autre patient en même temps, donc ça va pas démultiplier la main d'œuvre"

M6 : “on sent quand même que les autorités on va dire, même doctolib, moi j’ai été appelée plein de fois par doctolib en disant qu’il fallait que je fasse plus de TCS. On a l’impression que vraiment c’est pour répondre à l’appel de soins et euh en faite ben toujours pareil dans l’objectif d’aller plus vite. La TCS c’est un peu le truc qui est la bonne porte ouverte pour économiser un nombre de médecin”

Pour les patients, le discours est net et unanime : même si elle permet d’aider parfois, la TCS est insuffisante et a peu d’effet sur le manque de médecin dans les déserts médicaux. Elle n’améliore pas vraiment le délai de rendez-vous.

P1 : “Et aujourd’hui, ben la présence physique en cabinet, je la trouve pas ici dans mon environnement immédiat. Euh, voilà.”

P3 : “j’ai plein d’amis qui sont comme ça , et ben ils ont tenté et du coup ils sont revenus habiter en ville. Ben oui les déserts médicaux c’est pas un leurre. Moi je connais une infirmière qui habite à Gréoux et elle consulte à Aix...On peut pas vouloir une qualité de vie, c’est-à-dire s’éloigner du tumulte de la ville et avoir les services de la ville, c’est pas possible... culturellement parlant et sanitaire parlant.”

P8 : “Vous voyez, c’est à la fois pratique, et en même temps j’ai pas pu voir mon médecin quand j’en avais besoin tout de suite.”

Au sujet des cabines de TCS, celles-ci ne sont pas d’un grand intérêt en ville pour les deux parties, en revanche, tous pensent qu’elles peuvent avoir un intérêt dans les zones très isolées et reculées ou même les EHPAD.

M4 : “Après les cabines je pense que c’est bien quand c’est le désert, quand les gens sont géographiquement éloignés d’un médecin, donc là ça peut être intéressant, plutôt que de faire 40 km pour une otoscopie... euh oui. La cabine là elle a un intérêt. Mais là, sur le territoire où moi je travaille, je vois pas trop.”

M6 : “oui ça peut être utile pour des personnes qui n’auraient pas du tout accès au médecin, ou qui ne pourraient pas y aller. Si c’est pour un accès au soin oui, ça améliore.”

P3 : “alors les cabines Mmmh ben autant aller au cabinet alors.”

P5 : "oui, pourquoi pas. Voilà dans les endroits comme les maisons de retraite"

Cependant, un patient nous évoque un doute sur le mésusage possible des cabines selon lui.

P9 : "du coup je trouve que ça ressemble à de l'auto-diagnostic... ça peut être bien mais faut pas non plus que ça se substitue... enfin faut pas hésiter à vraiment consulter en cas de doute." (au sujet des cabines de TCS)

B. Nouvelle relation médecin-patient

Les interrogés des deux côtés mettent l'accent sur l'importance d'une relation préexistante, d'un lien de confiance pour être à l'aise en TCS. Les médecins ne sont pas interchangeables selon les patients.

M3 : "Après à l'aise, pour le coup c'était une consultation vidéo qui était prévue, en fait la dernière fois on s'était vus au cabinet et on avait convenu qu'on se reverrait en consultation vidéo"

P3 : "C'est une relation de confiance"

P5 : "Je préférerais attendre que mon médecin puisse me recevoir. Pour moi, les médecins ne sont pas interchangeables. Quand on choisit une personne, c'est parce qu'il y a eu une relation, un peu d'affinité, pour le soin en tout cas, c'est important."

a. Aucun impact

Selon le ressenti des patients, il n'y a pas vraiment d'impact de part l'habitude d'utilisation des écrans, la relation est globalement inchangée.

P1 : "ce qui est bien, c'est que ça ne perturbe pas l'échange." "les écrans interposés, moi ça me pose pas de souci. Je trouve qu'avec les époques qu'on vit, bah on est quand même beaucoup plus habitué avec l'échange écran" "ça m'est arrivé de pleurer en vidéo parce que voilà, c'était compliqué d'expliquer. Mais comme dans une consultation quoi"

P7 : "la docteur comme je la connais, non. Ça fait des années qu'elle me suit donc le lien est déjà fait."

P10 : “Je ne vois pas de différence, parce qu’on a le même dialogue”

La plupart du temps, pour les médecins également, le comportement des patients est inchangé ainsi que le lien de confiance préétabli avec lui.

M2 : “Après quand on les connaît, ça va je veux dire, on discute de la même façon “

M4 : “ça change pas grand-chose l’écran je trouve. Enfin j’ai pas l’impression que les gens se comportent différemment parce qu’y a l’écran. Non j’ai pas l’impression.”

b. Impact positif

Pour d’autres, la TCS aurait un impact positif sur la relation avec amélioration du lien de confiance et du lien social, ainsi qu’une relation plus zen.

M1 : “Clairement beaucoup, beaucoup plus à l’aise.”

M8 : “Elle était désocialisée à ce moment-là.”

M9 : “y en a qui sont plus zen je dirai”

M11 : “ben ça permettait de garder le contact”

Le cadre de consultation moins formel rend aussi l’échange plus fluide. Les patients évoquent des aprioris négatifs avec une peur du changement et d’une distance avec leur médecins, infirmés après expérience.

P1 : “Je trouve qu’il y a un rapport dans la TCS aussi qui casse les codes. Je trouve qu’on est très, ben c’est un peu quand vous contactez quelqu’un sur la vidéo, c’est très direct, voilà, euh, y a pas le masque non plus, y a pas toute la distance qu’il peut y avoir dans un cabinet.” “c’est beaucoup plus fluide, c’est beaucoup plus efficace”

Les médecins estiment mieux percevoir l’intimité et l’environnement du patient.

M5 : “Et quand ils sont chez eux en général ils sont hyper décontractés, en plus on voit une partie de chez eux donc ça crée une espèce d’intimité un peu comme quand on fait une visite quoi. Euh, on rentre plus dans l’intimité des gens et chez des gens chez qui on serait pas allé en visite à domicile. Des jeunes ou des choses comme ça.”

M10 : “ça c’est un truc positif à la TCS où ben on les voit dans leur cadre à eux pour le coup. Et ça c’est vrai, je pense que ça peut être aussi utile à capter certaines infos aussi.”

Les deux parties sont satisfaites et se trouvent très à l’écoute mutuellement.

M3 : “ils sont peut-être plus à l’écoute...ce qui est étonnant, c’est que les gens nous trouvent plus à l’écoute en TCS...“et donc finalement eux aussi ont une qualité d’écoute meilleure car ils ont que ça à faire.”

c. Impact négatif parfois

Selon les médecins comme les patients, il peut quand même y avoir dans quelques cas un ressenti négatif : effet barrière de l’écran avec perte du contact humain, une relation perçue plus distante. Les médecins précisent que le patient est parfois moins à l’aise et l’échange serait moins naturel.

M6 : “Moi je pense qu’il y a des choses qui passent quand même quand on rencontre une personne, plutôt que, voilà” “moi je pense que ça ne pourra jamais remplacer de toute façon une vraie consultation”

M10 : “des choses que en TCS on n’arrive pas à percevoir. Franchement, c’est beaucoup plus distant.” “au-delà du verbal, y a moins d’échange aussi ben de sourire, de truc, ben voilà qu’en consultation on est plus proche des gens.”

M12 : “Je pense que ça peut être un peu froid pour effectivement faire certaines choses.”

P3 : “Parfois le médecin c’est un confident.voilà, la distance parfois...”

P5 : “Je préfère la proximité que la distance” “Voilà, c’est plutôt très factuel comme échange. Et pour moi, ce qui est très important, c’est que, dans l’échange patient thérapeute, il y a cette relation humaine très importante qu’à travers la visio on a pas.”

Certains nous évoquent des patients qui seraient davantage exigeants.

M6: “peut-être les patients ont plus, euh insistent peut-être plus facilement, euh voilà plus exigeants parce qu’ils sont à distance donc bon, mais c’est pas systématique.”

Les patients disent même ne pas réussir à créer de lien si le médecin est inconnu.

P7 : "quand je prends un autre médecin quand c'est en urgence quand elle est pas disponible, y a quand même une distanciation, une distance, on se retient un peu plus, on est moins en confiance"

P9 : "le fait de voir directement une personne ça crée un lien de confiance, alors que directement passer par visio ça le zappe. Ça va un peu vite. "

Selon les motifs, quelques médecins nous disent moins bien percevoir le non-verbal et avoir parfois une anamnèse moins riche, ce qui gêne pour une vision globale du patient. Cela serait confirmé par les patients.

M10 : "je suis sûre qu'il y a plein de trucs qu'on loupe même à l'interrogatoire en TCS, parce que déjà, je pense que les patients, ils se livrent moins." "même pour capter certains petits détails, on arrive pas en TCS. Je trouve qu'on a une vision moins globale du patient."

P2 : "c'est qu'on se voit sans se voir, je veux dire elle voit pas si je suis fatiguée, par caméra c'est moins évident"

P5 : "ça ne peut pas remplacer, euh, le toucher, l'écoute. Tout ce qui permet de rentrer dans un diagnostic dans la connaissance de la personne."

La durée de TCS est parfois qualifiée d'express et n'arrangerait pas toujours le lien selon les deux parties. En effet, quelques patients et un médecin emploient même le terme de "consultation bâclée" avec un échange plus formel où ils doivent aller à l'essentiel.

M10 : "moi, j'ai l'impression que c'est un peu bâclé." "C'est un peu rapide."

P10 : "ça m'a un peu gênée parce que ben là c'était pas trop de la prise en charge ou quoi, fallait aller vite, c'était expéditif. C'était moins bien"

Enfin, les médecins évoquent aussi la perte du rôle social de la salle d'attente et du cabinet, propices au contact humain et inhérents à la culture du soin en libéral. C'est le cas notamment en zone semi ou rurale ou pour les personnes âgées. La TCS serait aussi un souvenir douloureux du confinement lié au covid.

M5 : "Après peut être qu'aussi, de faire de la TCS ça ramène à cette époque de confinement où il n'y avait plus de liberté, où on ne pouvait plus sortir etc., et que peut-être y en a qui font inconsciemment le parallèle entre la téléconsult et le fait d'avoir vécu une période très difficile, donc peut être que ça peut être aussi un frein"

M5 : "on voit qu'ils ont quand même plaisir à revenir au côté traditionnel de la salle d'attente physique et pas virtuelle." "Oui parce que y a quand même aussi un contact social et humain, y a des gens qui sont seuls et ça fait partie de leur sortie avec le coiffeur. Euh, voilà y a des gens qui nouent une relation affective avec la secrétaire ou moi comme c'est un petit village" "Ils arrivent dans la salle d'attente y a 3-4 personnes, ben y en a souvent 1 ou 2 qui se connaissent et ça fait un moment qu'il ne se sont pas vus. Donc y a un lien social quand même du fait de venir. "

M11 : "oui y en a, y a les irréductibles, les personnes âgées qui veulent venir au cabinet."

Les patients de leur côté évoquent un sentiment de stress plus pesant en salle d'attente virtuelle.

P8 : "je trouve que c'est plus pénible d'attendre devant un ordinateur."

P9 : "c'est vrai qu'il y a un peu le stress au début quand on attend le médecin... c'est bête hein, mais ça me fait ça chez moi quand j'attends le médecin, ben en TCS, sur la page d'attente, ben y a un stress qui se fait. Alors qu'en salle d'attente y en a pas."

C. Aspects médico légaux

a. Notion de responsabilité

Les médecins ont évoqué leur responsabilité et notamment le fait de garder le contrôle de leur pratique et la qualité du soin en TCS. La connaissance du dossier du patient leur semble indispensable ainsi que de conserver un minimum de suivi en présentiel des patients.

M2 : "Ça peut transformer la qualité des soins si on n'est pas vigilants de notre côté. Euh à pas faire n'importe quoi."

M4 : "Parce que moi mes patients je les connais, j'ai leur dossier" "Y a la sécurité de la TCS qu'il faut pouvoir assurer."

M7 : *“Tout est histoire de mesures en fait c’est pas évident.” “faut que ce soit justifié, toujours quoi.”*

M9 : *“avec des gens que je ne connais pas. Je ne trouve pas ça bien.” “c’est au médecin généraliste de dire à un moment donné, ça je peux le faire en TCS et ça je peux pas le faire.”*

b. Evolution de la loi
Du point de vue des médecins, ceux-ci sont mitigés quant à l’encadrement à poser autour de la TCS. Certains estiment que cela relève de la responsabilité du médecin et qu’une recommandation sur les motifs adaptés ou non serait trop contraignante et entraverait leur liberté.

M3 : *“c’est impossible car un médecin généraliste a le droit de prescrire ce qu’il a envie” “Donc ça veut dire que les patients seraient obligés à cocher la bonne case pour pouvoir bénéficier d’une consultation vidéo... et certains ils vont cocher les cases mais ils vont me parler d’autres choses hein... c’est sûr.”*

M5 : *“après de dire ça oui ou ça non, je dirais bof. On laisse à l’appréciation du médecin...parce que c’est bien les guides de bonnes pratiques et tout ça, mais je pense que c’est trop vaste.”*

M6 : *“non je suis pas très optimiste là-dessus parce que la plupart du temps les patients ne lisent pas bien les recommandations”*

M9 : *“On a fait médecine, on sait ce qu’on fait, faut nous faire confiance, et c’est au médecin généraliste de dire à un moment donné, ça je peux le faire en TCS et ça je peux pas le faire.” “Y a des recos partout. Trop de recos tuent les recos” “Le problème c’est qu’on essaye trop de cadrer les choses que ça en devient ingérable”*

D’autres estiment qu’une recommandation pourrait être utile, et parfois même devrait exister pour apporter un encadrement plus strict de la pratique.

M4 : *“ben comment dire... je pense que ça sécuriserait surtout les professionnels par rapport aux risques médico légaux... enfin y a des gens qui ont avancé ça aussi, que la TCS ne soit pas en soi un retard à un diagnostic ou une prise en charge simplement*

parce qu'on a retardé à voir les gens. Bon, c'est vrai que si ça permet un peu de sécuriser ça." "moi j'aimerais plutôt l'inverse, des situations où la TCS n'est pas envisageable."

M7 : "oh ben c'est sûr ! c'est sûr que s'il y a un cadre euh très précis c'est toujours plus aidant car ça évite des dérives hein en fait ." "c'est pour ça qu'il faut un cadre aussi. Pour euh pour vraiment qu'il y ait des balises et éviter les dérives"

M12 : "il faudrait même des fiches d'information patients pour qu'ils comprennent aussi quand prendre rendez-vous. Mais oui, oui, dans les 2 sens. Qu'il y ait une recommandation, une légalisation de certaines choses pour être sûrs qu'on soit dans les cadres. Euh, peut être aussi déjà une aide à la TCS, c'est-à-dire les questions à poser indispensables, des motifs où la TCS n'est pas indiquée, voire contre-indiquée. Euh, ouais"

Ils sont unanimes sur la nécessité de voir le patient en présentiel au moins une fois par an tel que l'assurance maladie l'exige.

M11 : "je crois que maintenant c'est une fois par an minimum en présentiel au cabinet. Je crois que c'est ça la loi."

Un des médecins nous dit être favorable au futur plafonnement de l'activité de téléconsultation à 20% de l'activité totale du médecin.

M11 : "Y a la sécu qui est passée en début de semaine, qui m'a dit que ça y est ça allait se démocratiser et qu'ils allaient limiter à 20% la TCS de la pratique par médecin."

Les patients de leur côté commencent à prendre conscience de l'encadrement légal autour de la TCS et notamment du fait qu'ils doivent se rendre au moins une fois par an en cabinet avec leur médecin pour pouvoir continuer à bénéficier du remboursement de la TCS.

P6 : "jusqu'au mois de juillet, j'étais remboursée et là, la semaine dernière je suis allée regarder sur le site de la CPAM, mais c'est qu'en fait apparemment faudrait que j'aille voir au moins une fois mon médecin traitant, me déplacer. Je pense que ça doit être pour ça."

Certains évoquent le besoin d'avoir plus d'explications sur le bon usage de la TCS.

P9 : "Donner des formations ou expliquer sur une page comment utiliser l'outil"

c.

Risques

Les médecins déplorent un sentiment de surconsommation du soin actuel. Ce ressenti est majoré en TCS avec une médecine dite de consommation ou l'impression d'être un distributeur d'ordonnances. Ils doivent faire face à un mésusage des patients qui parfois, peu éduqués, inconnus, utilisent la TCS à tout va et ne veulent plus se déplacer au cabinet régulièrement.

M1 : "Oui dans un mauvais sens oui...que ça transforme la consultation comme une consommation. Parce que par moments on a l'impression « j'ai besoin de ça, voilà j'ai ma TCS » et c'est hyper facile euh , ouais là ça devient du marchandage comme m'acheter je sais pas quoi sur internet quoi"

M4: "Alors après le consommateur il y voit son intérêt hein voilà hein, on consomme un médecin comme on consomme n'importe quel service."

M5 : "j'ai eu trop d'abus. J'ai des gens qui appelaient d'Angoulême, de Niort tu vois, parce que j'étais le premier disponible. Moi je me disais que c'était pas forcément le but de ça."

M6 : "puis on a toujours des surprises avec des gens qui finalement prennent des motifs qui sont pas justifiés, parce que les gens ont toujours une bonne raison, ils trouvent toujours une raison à dire qu'ils devaient prendre une TCS et non une consultation physique."

M8 : "j'en ai 1 ou 2 qui venaient comme ça en TCS, pour faire leur supermarché. Elle voulait des certificats, des ordonnances."

Pour certains patients, il émane une prise de conscience sur le mésusage possible de leur part et emploient le terme eux aussi de "consommation" de la médecine avec un médecin à disposition. Certains y voient une chance d'ouverture sur le monde et toutes les médecines existantes, mais paradoxalement aussi sur le fait d'être exposés à des charlatans.

*P1 : "c'est quand même un progrès indéniable, d'avoir ces médecins à disposition."
"Là l'idée, ça serait peut-être même d'aller toucher des praticiens dans le monde entier. Mais je pense qu'on va y venir. Je pense qu'il y a des médecines aujourd'hui en France qui sont pas encore disponibles. Je pense qu'on pourrait très bien, euh, rendre plus accessible demain. Moi, je m'intéresse à la médecine ayurvédique, à la médecine chinoise, et si demain ces praticiens-là ils étaient disponibles, moi ça m'intéresserait. Après voilà, il faut une médecine qui soit régulée au niveau international, qu'on est bien à faire à des gens qu'on connaisse, pas des charlatans. Après, c'est pareil avec les médicaments, il faut qu'ils soient disponibles sur place. Et qu'ils soient sécurisés, il faut pas confier sa santé à n'importe qui."*

P10 : "je sais pas car moi j'ai beaucoup de symptômes mais j'y vais pas quand même (rires)."

Certains médecins avouent que peut-être la TCS peut entraîner de l'abus du côté des médecins, qui, surchargés par l'afflux de patients, cèdent à un usage trop important de la TCS.

M4 : "Après je sais qu'il y en a qui font ça sur des plateformes et qui font ça à la chaîne avec des patients qui sont à l'autre bout de la France, euh alors ça moi j'ai jamais fait mais... je me vois pas faire ça très franchement. Ca serait bien oui qu'il y ait un peu des limites pour éviter les dérives parce que les gens, ils font ça du matin au soir sur les plateformes hors parcours de soin. Moi je trouve que c'est une dérive."

M11 : "avec le covid ils ont tout autorisé, c'était carte blanche, on pouvait tout faire en gros. Donc y a souvent dû avoir des abus, je pense." "des dérives ouais ça serait de tout faire par visio et de jamais voir le patient au cabinet quoi."

IV. DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

A. Forces de l'étude

Comme indiqué en introduction, l'opinion des médecins concernant la TCS a déjà été explorée par de multiples travaux avant et après la pandémie de la COVID-19. Cependant peu d'études portaient sur l'opinion des patients et encore moins sur les

motifs de TCS jugés pertinents que ce soit du point de vue des patients ou des médecins. De plus, cette thématique est au cœur de l'actualité encore aujourd'hui.

Le choix de réaliser une étude qualitative semble être une force de notre travail car cela permet d'approcher ce sujet nouveau et de faire surgir de nouvelles idées à explorer. Outre l'originalité de notre sujet, il s'agit également d'une étude miroir patients-médecins ce qui nous a permis de confronter leurs points de vue et enrichir nos données. Concernant la population étudiée, celle-ci semble variée, tant pour les médecins (profil d'exercice et d'utilisation de la TCS), que pour les patients (catégories socio-professionnelles et lieu de vie). Un autre point fort concerne le guide d'entretien et réside dans le fait que celui-ci a été réévalué régulièrement et adapté au fil des entretiens. Nous avons également veillé à respecter les critères de la grille COREQ (Annexe n°2).

B. Limites de l'étude

Pour rappel, la méthode qualitative n'a pas pour objectif d'obtenir des résultats représentatifs, mais de dégager des grandes idées et des pistes pour une recherche ultérieure.

Certains biais sont inhérents à la méthode qualitative :

- Un biais de volontariat : les médecins et patients ayant accepté de participer à nos entretiens sont probablement plutôt à l'aise avec la TCS. Cependant, nous avons pu recueillir l'avis défavorable concernant la TCS de quelques médecins, et l'avis de certains patients débutants.
- Un biais de sélection a pu intervenir concernant les patients. En effet, ceux-ci nous étaient adressés par les médecins interrogés. Il s'agissait donc probablement de patients avec qui la TCS s'était bien déroulée.
- Un biais d'investigation, et notamment un biais de désirabilité sociale a pu intervenir. En effet, concernant les médecins, ceux-ci savaient être interrogés par une interne en médecine générale et cela a pu influencer leur discours et leur comportement en les poussant à se montrer de la manière la plus positive possible et à ne pas exprimer la totalité de leurs idées par crainte d'être jugés. Concernant les patients, ils savaient eux aussi être interrogés par une étudiante en médecine dans le cadre de sa thèse. Pour limiter ce biais, nous avons

informé dès le début de chaque entretien que celui-ci serait rendu immédiatement anonyme et qu'il n'y avait pas une réponse particulière attendue.

- Un biais de mémoire a pu intervenir car nous n'avons pas inclus un critère de latence par rapport à la dernière TCS réalisée pour les patients. Afin de limiter ce biais, nous avons toutefois exclu les personnes présentant des troubles cognitifs.
- Un biais d'interprétation et d'information : les chercheuses étaient toutes deux novices en matière de recherche qualitative. En matière de codage, le sens de certains verbatims a pu être mal interprété. Concernant les entretiens, les chercheuses étaient également novices et leurs attitudes verbales ou non-verbales ont pu influencer de manière involontaire les réponses. Pour limiter ce biais, les entretiens étaient menés dans un endroit calme selon un guide d'entretien et un double codage a été effectué.

2. Perspectives

A. Résumé des résultats

Lors de ce travail de thèse, la parole a été donnée aux médecins généralistes et à leurs patients, tous deux usagers en miroir de la TCS.

Ainsi, il semblerait que ce nouvel outil s'emploie aisément dans des situations autour de pathologies chroniques stables (renouvellement ou adaptation du traitement, suivi), le suivi d'une pathologie nouvelle déjà examinée, les pathologies aiguës récidivantes déjà identifiées, les pathologies aiguës ponctuelles et bénignes facilement reconnaissables, et les prescriptions médicamenteuses qui en découlent. Cela est facilement compréhensible puisqu'en TCS il est aussi aisé de répondre à des demandes de prise en charge paramédicales (prescription - renouvellement - analyse d'examens complémentaires, de kinésithérapie, de matériel). Enfin, la TCS est un outil qui peut suffire pour faire de la prévention, du dépistage (IST, cancer, vaccination) ou du conseil et de la réassurance notamment des parents au sujet de leurs enfants, et ce, sans trop de délai pour eux.

A l'inverse il est plus inconfortable d'utiliser la TCS lorsque l'examen clinique est indispensable : en pédiatrie, en ORL (otalgie, odynophagie-angine), en rhumatologie (1er épisode de lombalgie). Le refus de la TCS est catégorique, surtout pour les médecins, si le motif semble grave ou urgent : en traumatologie, ou pour des signes digestifs (douleur abdominale avec fièvre ou syndrome occlusif), neurologiques, généraux (AEG, fièvre isolée), respiratoires (dyspnée, exacerbation d'une maladie chronique), cardiaques (syncope, douleur thoracique). Les patients précisent que pour eux, l'éducation thérapeutique (manipulation de matériel) et la prise en charge psychiatrique EMDR ne sont pas à faire en TCS. L'interdiction de l'annonce d'une maladie grave ou en échec de traitement n'est pas remise en question lors des entretiens non plus.

En revanche, les avis sont mitigés dans certaines situations. Concernant les motifs administratifs, la TCS s'adapte parfaitement à la gestion de la plupart de ces motifs (arrêts de travail (initial et prolongation), rédaction de certificats médicaux à condition que le patient soit connu du médecin, courrier d'adressage au spécialiste). Mais celle-ci n'est pas souhaitable pour des demandes de certificats de la part de patients inconnus ou peu suivis, selon les médecins, ou encore pour des certificats de sport chez l'enfant, selon les patients. Leurs avis divergent sur certains points : les médecins n'aiment pas se déclarer en tant que médecin traitant en TCS alors que leurs patients n'y voient pas d'objection. Concernant les motifs urologiques et notamment l'infection urinaire, les médecins ne sont pas unanimes à ce sujet contrairement aux patients. Enfin, concernant la dermatologie, les motifs sont source de débat mais le suivi dermatologique semble plus adapté que le diagnostic en TCS que ce soit du point de vue médecin ou patient..

Les médecins et les patients reconnaissent pouvoir utiliser la TCS en cas d'urgence dépannage pour un premier avis médical rapide, qui sera suivi d'une visite au cabinet dès que possible (ou bien aux urgences selon l'orientation). Cela concerne notamment la pédiatrie, la prise en charge d'une douleur ou d'une plaie.

Si à travers ces entretiens, nous avons pu faire émaner certains motifs adaptés ou non, il en est ressorti également que c'est en partie dû à la manière dont peut, ou ne peut pas, se dérouler une TCS. Globalement, à la différence du cabinet, et selon les

deux parties, l'accent est mis sur la durée de la TCS qui est égale voire plus courte en règle générale, et sur l'interrogatoire pour pallier l'absence d'examen clinique. Il est ainsi préférable de n'avoir qu'un seul motif à traiter. La qualité informatique est indispensable car influence dans le sentiment de qualité et fiabilité de la prise en charge. Pour tous, une grande part de la TCS se joue dans l'intuition médicale pour la gestion des motifs et l'éventuelle reconvoction au cabinet, et dans la gestion des patients (savoir si le patient est apte à être vu en TCS ou non). S'appuyer sur l'environnement du patient permet de gérer certains motifs en TCS. Les patients sont acteurs et tiennent le rôle principal de narrateur et auto-examineur si nécessaire (prise de ses constantes, mime de manœuvres rhumatologiques, auto inspection et partage de photos, auto palpation ganglionnaire ou d'un système...).

Il ressort également que le profil de l'utilisateur est important. Concernant le profil des patients, les discours patients/médecins sont globalement similaires, la TCS serait plutôt adaptée pour des patients jeunes avec peu de comorbidités et déjà connus du médecin consulté. Concernant le profil des médecins, les patients s'accordent sur le fait que la TCS est réalisée prioritairement avec un médecin déjà consulté en présentiel, sauf « en cas d'urgence ».

Concernant les avantages et limites de la TCS, les deux parties s'accordent sur le fait qu'elle permet d'accéder plus facilement aux médecins avec des délais de rendez-vous souvent réduits et d'assurer un meilleur suivi chez certains patients. Les médecins trouvent également d'autres avantages tels qu'une meilleure gestion de leur temps de travail et la rémunération d'actes auparavant gratuits.

Cependant, la TCS risque de créer de nouvelles inégalités avec possiblement l'exclusion de certaines catégories de patients.

Pour les médecins, la principale limite de la TCS reste l'absence d'examen clinique. Si les limites de la TCS sont déjà globalement bien apprivoisées par les médecins, elles tendent aussi à être de mieux en mieux inculquées ou perçues par les patients

Les médecins et les patients ont développé certaines habitudes en lien avec la TCS. Il en ressort que la tendance est vers l'expansion de ce mode de consultation. Patients comme médecins ne souhaitent pas un suivi exclusif via TCS mais envisagent que celle-ci s'intègre dans le suivi du patient.

De plus, patients et médecins nous ont évoqué l'impact de la TCS sur la relation médecin/patient. Si l'existence d'une relation de confiance préexistante semble être un prérequis à la TCS, la relation entre les deux protagonistes peut malgré tout s'en retrouver changer. Pour certains, la relation semble inchangée du fait de l'habitude de l'utilisation des nouvelles technologies dans la vie quotidienne. Pour d'autres, elle évoluerait plutôt positivement grâce à un cadre moins formel et un échange plus fluide. Cependant, dans de rares cas, le ressenti était plutôt négatif avec comme principale remarque la perte du contact humain ou du rôle social du cabinet, voire une impression de consultation bâclée.

Malgré un développement exponentiel de la TCS en lien avec la pandémie COVID, certaines améliorations restent à apporter concernant l'outil mais également au niveau législatif. Concernant une recommandation listant les motifs adaptés ou non en TCS, les avis sont partagés pour les médecins.

Les médecins craignent une majoration de la surconsommation des soins via la TCS.

Enfin, les médecins et les patients semblent sceptiques sur le fait que la TCS puisse être une solution aux déserts médicaux.

B. Résultats principaux de l'étude et comparaison à la littérature

Les médecins et les patients nous ont décrit des situations et exposé les motifs de consultation qu'ils ont jugés pertinents ou non à traiter en TCS. Parmi les motifs jugés propices à la TCS, les médecins et les patients se sont principalement accordés sur la plupart des motifs dits administratifs, le suivi de pathologies chroniques et les motifs aigus dits bénins ne nécessitant pas impérativement d'examen clinique. Ils nous ont également rapporté des situations inadaptées selon eux à la TCS et notamment tous les motifs nécessitant un examen clinique ou bien ayant potentiellement une notion de gravité ou d'urgence. Cependant, concernant cette dernière notion, les médecins l'évoquent assez facilement mais étonnement les patients ne la mentionnent que très peu.

Différentes études ont retrouvé des résultats similaires avec un intérêt de la TCS pour le suivi des pathologies chroniques et notamment diabétique (14) ou épileptique, ou la prise en charge des pathologies aiguës notamment d'ordre neurologique type céphalée (15). En revanche, concernant la dermatologie, dans une revue de la littérature réalisée en 2017, on retrouvait des résultats globalement positifs avec une bonne fiabilité diagnostique, une réduction des coûts et une réduction des délais d'attente chez les spécialistes (16). Dans une thèse de 2021, des résultats similaires sur les motifs adaptés ou non à la TCS ont été mis en évidence (17). Une thèse de 2022 a également retrouvé des points de vue similaires concernant les médecins sur les motifs adaptés ou non à la TCS (10).

Patients et médecins nous ont rapporté deux différences majeures en TCS en comparaison avec une consultation en présentielle : la durée de la consultation et l'absence d'examen clinique. Au vu de nos résultats, nous pouvons supposer que la TCS est généralement plus rapide qu'une consultation au cabinet. En effet, dans un travail de thèse de 2020, la durée moyenne est de 11 minutes pour une TCS (18), sachant qu'une consultation présentielle a une durée moyenne de 18 minutes selon une étude de la DREES en 2019 (19). Cette différence peut néanmoins s'expliquer par la durée de travail administratif (envoi des ordonnances, rédaction courrier, etc) qui peut être réalisée secondairement en TCS une fois la caméra coupée. En effet, dans nos résultats, certains médecins estiment donc que la durée de consultation est sensiblement égale et que la TCS ne permet donc pas d'augmenter le volume de consultation réalisée par un même médecin. Concernant l'absence d'examen clinique, la crainte principale est l'erreur diagnostique. En effet, nous pouvons penser qu'il existe une perte d'information majeure en son absence. Cependant, une thèse de 2016 a mis en évidence que l'anamnèse et la plainte principale permettaient d'établir un diagnostic entre 57 et 95% du temps, alors que l'examen physique n'y contribuait au maximum que dans 18,3% des cas (20).

Au-delà du motif, il apparaît que le profil du médecin comme celui du patient joue un rôle dans le recours à la TCS. En effet, il serait préférable que le patient soit jeune, avec peu de comorbidités, et déjà connu du médecin consulté. En miroir, il serait préférable qu'il s'agisse du médecin traitant ou sinon d'un médecin connu et déjà consulté en présentiel par le patient, sauf « en cas d'urgence ». Lors d'un travail de

thèse de 2022, des avis similaires ont été recueillis : la TCS n'est pas adaptée à toute la population (21). En revanche, une étude de 2021 a mis en évidence que la majorité des patients était accessible au suivi en TCS pour peu que celle-ci ait été préparée en amont (présence d'une tierce personne si besoin notamment) (14).

Les médecins et les patients que nous avons interrogés nous ont exprimé leur volonté d'inscrire la TCS dans le parcours de soins, c'est-à-dire d'alterner entre consultation au cabinet et TCS lorsque cela est possible. Cela fait effectivement partie des recommandations de bonne pratique de la TCS (22). De plus, une thèse réalisée en 2021 a mis en évidence que les patients ont exprimé le même besoin de respecter le parcours de soin avec alternance des modes de consultation (23).

Nos interviewés nous ont parlé de l'impact de la TCS sur la relation médecin-patient. Les avis sont mitigés à ce sujet. Pour certains, la qualité de la relation reste identique voir s'en trouve améliorée malgré des a priori négatifs. Pour d'autres, la TCS a un impact négatif sur la relation notamment avec une impression d'écran-barrière et une déshumanisation de la relation. Des résultats similaires ont été retrouvés dans des travaux de thèse réalisés en 2020 et 2022 (24).

A la Réunion, des médecins interrogés sur la TCS expriment une peur des dérives et d'une « médecine de consommation » (21). Dans notre travail, médecins et patients nous ont également rapporté leurs craintes sur un risque de mésusage de la TCS avec surconsommation de soins, dont certains ont déjà fait l'expérience (demande abusive des patients ou pratique abusive des médecins). A ce sujet, le CDOM a émis des inquiétudes, notamment sur la prise en charge exclusive du patient en TCS. Il juge inacceptable qu'un médecin prenne en charge un patient sans possibilité de le recevoir en présentiel si besoin (25).

De nos jours, les déserts médicaux ne sont plus uniquement des zones reculées du territoire mais également des zones urbanisées dont la démographie médicale est insuffisante. Nous pensions que la TCS pourrait être une solution partielle aux déserts médicaux. Cependant, au cours de nos entretiens, patients et médecins ont été unanimes sur le fait que la TCS n'était pas un moyen de réponse au manque de médecin et les délais de prise en charge ne s'en trouvaient pas toujours suffisamment

diminués. Or, la télémédecine (TCS et téléexpertise notamment) constitue un enjeu de santé publique et devait permettre une prise en charge et un suivi plus rapide sur tout le territoire (9). Une thèse de 2020 a retrouvé que moins de la moitié des médecins pensait que la TCS serait un bon moyen de lutte contre les déserts médicaux (26).

C. Implication future

Cette thèse s'inscrit dans un travail mixte qualitatif et quantitatif. En s'appuyant sur nos résultats d'entretien médecins et patients, un second travail de thèse quantitatif a été réalisé afin de valider ou non les résultats obtenus concernant les motifs jugés propices à la TCS et d'apporter une réponse statistique au sujet.

Après avoir réalisé ce travail, on peut légitimement se demander quelle sera l'évolution de la TCS. La technicité de cet outil a été abordée comme un critère important et on peut présager vers un élargissement du champ des motifs adaptés à la TCS parallèlement à l'amélioration technologique. A travers l'étude Apple Heart il aurait été mis en évidence qu'une montre connectée Apple Watch serait très sensible pour la détection et la mesure de la durée de la FA par rapport à un holter. Une autre étude aurait émis l'hypothèse de la montre connectée pour détecter des symptômes physiologiques pour évaluer la santé mentale. L'intérêt de cette étude est qu'il s'agit de dispositifs connectés peu coûteux et non invasifs pour une surveillance/gestion de la FA ou encore de l'anxiété ou troubles de l'humeur chez les patients (27)(28).

Il semblerait que des outils de télé audiologie et vidéo otoscopie soient en cours de développement (29).

En termes de dermatologie, qui reste un type de motif compliqué en TCS, un outil a été développé en Lorraine, via une application de TCS mettant en relation l'HAD, le centre expert en plaies chroniques et le médecin traitant pour prodiguer au patient les meilleurs soins possibles. Les objectifs de cet outil sont d'une part, d'évoluer vers le monde libéral avec un accès direct médecin généraliste - spécialiste pour une télé-expertise, mais aussi diffuser les bonnes pratiques autour des plaies complexes pour améliorer les compétences du médecin généraliste qui à son tour pourra gérer à distance (30).

Il semblerait également que les cabines de TCS soient un outil intéressant pour la santé au travail, encore plus s'il s'agit de salariés en désert médical. La place d'un assistant ou d'une infirmière serait utile pour la manipulation de la cabine (31).

Un autre intérêt serait de développer ces cabines en pharmacie où les pharmaciens agissent là encore comme des assistants pour compléter les données médicales qui manqueraient au médecin (32).

De plus, si la TCS semble s'inscrire dans les pratiques, il en ressort un souci de sécurité et efficacité dans le soin prodigué à travers cet outil. Si le DMP est un échec, l'assurance maladie lance un nouveau projet en 2022 avec "mon espace santé". Elle a ouvert 60 millions de comptes où les Français sont invités à consigner toutes leurs données de santé pour les partager à leurs médecins. Cela semble un projet en cohérence avec les attentes des médecins comme des patients constatés dans ce travail mais cela suppose un effort de remplissage de ce dossier informatique des deux côtés. On peut ainsi supposer une meilleure confiance et qualité des soins en TCS grâce à cet espace et potentiellement une ouverture de la TCS à plus de situations (33).

Après ce travail de thèse, on peut également se demander si l'essor de la TCS permet réellement d'améliorer l'accès aux soins. En 2022, l'assurance maladie décide de plafonner l'usage de la TC à 20% de l'activité totale du médecin car un usage exclusif de celle-ci porte atteinte aux exigences déontologiques de qualité, de sécurité, de continuité des soins et de permanence des soins (22).

Mais, le nombre de généralistes a reculé de 1% par an entre 2017 et 2021, et 11% des Français n'auraient pas de médecin traitant en 2022, (et 30% vivraient dans des déserts médicaux) malgré une année où le recours à la TCS a explosé. Ce plafonnement, même s'il est bien fondé, n'entrave-t-il pas l'objectif initial de répondre à la demande de soins croissante ?

De plus, on a pu constater que certaines populations pouvaient être à risque d'exclusion de cet outil. La TCS est bien une (r)évolution de l'usage de la médecine mais il faut rester vigilant et ne pas généraliser ni donner le monopole à cette pratique

devant le réel risque de clivage sociétal entre les usagers connectés et agiles et les usagers réticents ou n'y ayant pas accès (34).

Par ailleurs, comme cela a été abordé, des dérives existent autour de la TCS et engendrent des abus et surcoûts pour la sécurité sociale. Ainsi l'assurance maladie met en place quelques restrictions autour de l'explosion de la TCS. Par ailleurs, comme dit précédemment, les actes de TCS étaient pris en charge à 100 % sous plusieurs conditions. Fin septembre 2022, c'est la fin de ce remboursement à 100% instauré suite à la crise sanitaire. Désormais les patients ne se voient rembourser que 70% comme en cabinet classique. De plus, il se profilerait une volonté du gouvernement d'un déremboursement en 2023 des délivrances d'arrêt de travail hors parcours de soin (médecin inconnu ou non vu depuis 12 mois) selon le ministre de l'Action et des comptes publics (35).

Finalement, il ressort à l'issu de ce travail la question fondamentale de l'éthique dans le soin. Si la TCS est un outil avantageux, elle doit être encadrée pour ne pas glisser vers une médecine de consommation avec un risque d'erreur médicale. Le médecin doit toujours encadrer voire recadrer le patient et l'analyser de façon globale. De plus, aujourd'hui si le monde entier est connecté grâce à la technologie, on peut soupçonner un tournant de la TCS vers une mondialisation de la santé. Ceci peut être intéressant mais il y a un risque de décontextualisation d'une réponse par TCS. Outre la barrière linguistique d'un médecin à distance, un médecin local connaîtra la culture locale des patients, les pathologies locales fréquentes qu'un médecin à distance n'a peut-être pas l'habitude de rencontrer (ex: les maladies tropicales)... Si la télémédecine ignore les frontières, ce peut être un avantage comme un défaut si le médecin éloigné oublie ou néglige les différences ethniques et culturelles qui imprègnent les concepts de maladie et de santé (36).

V. CONCLUSION

La téléconsultation semble s'être pleinement intégrée dans la pratique médicale actuelle.

Les motifs les plus cités comme étant adaptés à la téléconsultation par les médecins et les patients sont de façon générale les motifs ne nécessitant pas nécessairement d'examen clinique mais supposant un suivi antérieur du patient lors de consultation physique. Plus précisément, il s'agit du suivi de pathologies chroniques stabilisées, de la prise en charge de pathologies bénignes courantes typiques et des motifs dit administratifs.

Des résultats similaires ont été retrouvés dans différents travaux.

Ce travail a aussi permis l'émergence de nouvelles données qui ont pu être exploitées ensuite sur le versant quantitatif par un autre binôme de travail. Le but étant de mettre en lumière sous forme chiffrée, les motifs que nous avons pu identifier.

Il s'avère cependant qu'une situation propice à sa réalisation en téléconsultation ne se résume pas simplement au motif motivant cette consultation. Il apparaît également nécessaire l'existence d'une relation médecin-patient préalable à toutes téléconsultations, c'est-à-dire connaître le profil de l'utilisateur tant sur le plan médical que ses particularités individuelles (personnalité, aptitudes...). Par ailleurs, dans ce travail, médecins et patients ont exprimé leur volonté d'inscrire la téléconsultation dans le parcours de soins avec alternance entre consultation au cabinet et téléconsultation pour faciliter le suivi et l'accès aux soins des patients. Niveau technicité, des améliorations sont attendues en vue d'élargir son champ d'action. La problématique de l'abus ou mésusage de la téléconsultation ainsi que la responsabilité du médecin ont été abordées. La réglementation autour de la téléconsultation est discutée. Bien qu'il s'agisse d'un outil prometteur, la téléconsultation ne semble pas pouvoir répondre à tous les objectifs fixés par les autorités et notamment elle ne semble pas être à ce jour une réponse aux déserts médicaux.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Article R6316-1 - Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934375
2. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1).
3. 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 juill 21, 2009.
4. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.
5. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037306389/>
6. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704122>
7. Décret n° 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041814492>
8. DGOS. Télémédecine et responsabilités juridiques engagées.
9. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. juill, 2020.
10. PELISSIE DU RAUSAS F. Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA. [Aix-Marseille]; 2021.
11. LEVY R. Motif de consultation et étude socio-démographique de patients utilisateurs de téléconsultation, exemple de la solution Qare. 2021.
12. Habib J, Yatim F, Sebai J. Analyse des facteurs influençant l'émergence des pratiques de télémédecine : le cas des Maisons de Santé en France. Syst Inf Manag. 6 mai 2019;Volume 24(1):47- 85.

13. Moore MA, Coffman M, Jetty A, Klink K, Petterson S, Bazemore A. Family Physicians Report Considerable Interest in, but Limited Use of, Telehealth Services. *J Am Board Fam Med.* mai 2017;30(3):320- 30.
14. Flocard M, Meyer L, Fabacher T, Bahougne T, Ortéga F, Paris D, et al. Prise en charge par téléconsultation des patients diabétiques dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 : étude prospective observationnelle. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 févr 2021;15(1):24- 32.
15. Ohannessian R, Medeiros EDB, Deltour S, Moulin T. Téléexpertise en neurologie : revue de littérature. *Rev Neurol (Paris).* 1 sept 2020;176:S146.
16. Ridard E, Secember H, Carvalho-Lallement P, Schuers M. Indicateurs en télédermatologie : une revue de la littérature. *Ann Dermatol Vénéréologie.* 1 oct 2020;147(10):602- 17.
17. Vitali C. Téléconsultation: vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télé-médecine dans le Var. 2021.
18. Deliance E. Utilisation de la téléconsultation par les médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté : Caractéristiques pratiques, avantages et limites. [Internet]. Dijon; 2020. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/7b28f121-b594-442c-8768-52ad163441fd>
19. CHAPUT H, MONZIOLS M (DREES), FRESSARD L, VERGER P (ORS PAC d'Azur), VENTELOU B, ZAYTSEVA A (AMSE). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Etudes Résultats* [Internet]. mai 2019;(1113). Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2019_panel_mg_er1113.pdf
20. Fouzai-Jaaouani A. La contribution des différents temps de la consultation dans l'établissement du diagnostic en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016.
21. Chane-Yin A. Exploration du vécu du médecin généraliste de l'utilisation de la téléconsultation durant la 1ere vague épidémique COVID-19. Région EST de La Réunion [Internet]. 2022 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03659431>
22. Assurance Maladie. Charte de bonne pratique de la téléconsultation. 2022 avr.
23. ROGER E. Téléconsultation : Représentations et préjugés. Étude qualitative auprès de patients du pays Salonais naïfs de téléconsultation. 2021.

24. DIVISIA B. Comment la téléconsultation modifie-t-elle la relation médecin patient ? 2020.
25. CNOM. Mésusage de la télémédecine. 2020 déc.
26. Bouquet T. Téléconsultation: représentation et avis des médecins généralistes en Région Sud en 2019. 2020.
27. Wasserlauf J, You C, Patel R, Valys A, Albert D, Passman R. Smartwatch Performance for the Detection and Quantification of Atrial Fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* juin 2019;12(6):e006834.
28. Lui GY, Loughnane D, Polley C, Jayarathna T, Breen PP. The Apple Watch for Monitoring Mental Health-Related Physiological Symptoms: Literature Review. *JMIR Ment Health.* 7 sept 2022;9(9):e37354.
29. Thai-Van H, Bakhos D, Bouccara D, Loundon N, Marx M, Mom T, et al. Téléconsultation médicale en audiologie. Conseils de bonnes pratiques de la Société française d'audiologie (SFA) et de la Société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale (SFORL). *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale.* 1 oct 2021;138(5):369- 80.
30. Courtial M. Télémédecine dans la prise en charge des plaies en hospitalisation à domicile : élaboration d'un outil créé pour être transposable à la médecine générale [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2017 [cité 27 oct 2022]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931849>
31. Chan The EP, Nguyen TMH, Warin F, Sinnasse B, Le Tich P. Intérêts et limites de la téléconsultation en santé-sécurité au travail. *Arch Mal Prof Environ.* 1 oct 2020;81(5):439- 40.
32. PELLISSIER P. Mise en place de la téléconsultation à l'officine : retours d'expériences de pharmaciens et proposition d'aide au déploiement. [Université d'Angers]; 2022.
33. Jouan N. Mon Espace Santé (MES). *Derm Mag.* 1 avr 2022;10(2):97- 8.
34. Nys JF. La télémédecine, simple évolution ou véritable révolution des usages dans le système de santé français ? *Marché Organ.* 2020;38(2):15- 36.
35. Assurance Maladie. La téléconsultation [Internet]. [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/telemedecine/teleconsultation>

36. Ethique, télémédecine et téléconsultation - EREN [Internet]. 2021 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique-normandie.fr/9968/>, <https://www.espace-ethique-normandie.fr/9968/>

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTES DES ABREVIATIONS

AEG : altération de l'état général

ALD : affection longue durée

ARS : agence régionale de santé

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

COVID : coronavirus disease

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECG : électrocardiogramme

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMDR : eye movement desensitization and reprocessing

FA : fibrillation atriale

FSE : feuille de soin électronique

FSP : feuille de soin papier

HPST : Loi hôpital, patients, santé et territoires

IST : infection sexuellement transmissible

IU : infection urinaire

MT : médecin traitant

OMS : organisation mondiale de la santé

ORL : oto-rhino-laryngologie

TCS / téléconsult : téléconsultation

ANNEXE 2 : GRILLE COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

1	Enquêteur/Animateur	<i>Quels auteurs ont mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?</i>	ROBERT Mélanie CONTE Mélissa
2	Titres académiques	<i>Quels étaient les titres académiques des chercheurs ?</i>	Aucun
3	Activité	<i>Quelle était leur activité au moment de l'étude ?</i>	Interne en médecine générale
4	Genre	<i>Les chercheurs étaient-ils un homme ou une femme ?</i>	Femme
5	Expérience et formation	<i>Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?</i>	Aucune

Relation avec les participants :

6	Relation antérieure	<i>Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?</i>	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<i>Que savaient les participants au sujet du chercheur ? (Objectifs personnels, motifs de la recherche)</i>	L'activité professionnelle du chercheur, parfois son lieu de vie ?
8	Caractéristiques de l'enquêteur	<i>Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?</i>	L'intérêt du sujet en lien avec sa profession, l'absence de conflits d'intérêt

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour l'étude ?	Analyse thématique, Phénoménologique
---	---------------------------------------	---	--------------------------------------

Sélection des participants

1 0	Echantillonnage	<i>Comment ont été sélectionnés les participants ?</i>	Pour les médecins, nous avons utilisé la liste de Doctolib, du CNOM et les pages jaunes Pour les patients, via leur médecin.
1 1	Prise de contact	<i>Comment ont été contactés les participants ?</i>	Par téléphone
1 2	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	12 médecins, 10 patients
1 3	Non participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	10 médecins ont refusé 3 patients ont annulé

Contexte :

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Pour les médecins : au cabinet ou à leur domicile / voiture Pour les patients : domicile
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Médecins : 1 téléconsultation par jour travaillé Patients : au moins 1 téléconsultation vécue

Recueil des données :

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par l'auteur ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui Oui
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio / vidéo	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?	36 minutes

22	Seuil de saturation	<i>Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?</i>	Oui
23	Retour des retranscriptions	<i>Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?</i>	Non, proposition d'envoi du travail de thèse final

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données :

24	Nombre de personnes codant les données	<i>Combien de personnes ont codé les données ?</i>	2
25	Description de l'arbre de codage	<i>Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?</i>	Non
26	Détermination des thèmes	<i>Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?</i>	A partir des données
27	Logiciel	<i>Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?</i>	Microsoft Word
28	Vérification par les participants	<i>Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?</i>	Non

Rédaction :

29	Citations présentées	<i>Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?</i>	Oui, par les verbatims Oui
30	Cohérence des données et des résultats	<i>Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?</i>	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	<i>Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?</i>	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	<i>Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?</i>	Oui

ANNEXE 3 : NOTICE D'INFORMATION

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les investigateurs principaux, le Dr FORTE Jenny et le Dr LUTAUD Romain, vous ont proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « Quelles sont les situations propices à l'utilisation de la télé-consultation en médecine générale ? ». Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation. Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche
Le but principal de cette étude est d'identifier les situations jugées propices à l'utilisation de la télé-consultation en médecine générale du point de vue des patients et des médecins.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?
Quelques personnes (patients et médecins) seront interviewées pendant une vingtaine de minutes à propos de la téléconsultation en médecine générale (par entretien en présentiel ou en distanciel). Les questions seront ouvertes à partir d'un guide d'entretien, afin que vous puissiez vous exprimer pleinement et librement à ce sujet. Si certaines questions vous posent problème, n'hésitez pas à nous en informer pendant l'entretien, l'enregistrement sera alors stoppé et l'entretien pourra être écourté sur votre demande. Chaque entretien sera par la suite retranscrit à l'écrit dans le respect de l'anonymat.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?
Les contraintes et les désagréments pouvant survenir au cours de l'entretien sont l'évocation d'une situation ayant été difficile à vivre pour vous. Le temps de l'interview est d'environ une vingtaine de minutes.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?
Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même, vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans

conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

Vous pourrez, à l'issue de l'entretien, demander à avoir accès à celui-ci, pour validation, modification ou rectification.

Si les résultats de cette étude devaient être présentés dans des communications et/ou des publications scientifiques médicales, votre identité n'apparaîtrait d'aucune façon. A l'issue de l'étude, les résultats globaux de la recherche pourront vous être communiqués sur simple demande auprès des investigateurs.

Les investigateurs principaux de cette étude sont le Dr FORTE Jenny et Dr LUTAUD Romain.

Les investigateurs secondaires sont des internes de médecine générale, Mélissa CONTE, Mélannie ROBERT, Séléna PAGLIERO, Amandine FEUGIER.

Qui contacter pour toutes questions ?

Si vous avez des questions sur l'étude ou des inquiétudes, ou si vous ressentez une gêne ou un handicap résultant de votre participation à cette étude, vous pouvez à tout moment contacter les investigateurs principaux qui assurent votre prise en charge : these.teleconsult13@gmail.com

L'ensemble de l'équipe de recherche vous remercie d'avoir pris le temps de lire ce document, et le cas échéant, vous remercie pour votre participation à cette étude.

ANNEXE 4 : FICHE DE CONSENTEMENT

Le Dr FORTE Jenny et le Dr Romain LUTAUD, investigateurs principaux m'ont proposé de participer à la recherche intitulée : « Quelles sont les situations propices à l'utilisation de la télé-consultation en médecine générale ? », en collaboration avec l'investigateur secondaire CONTE Mélissa (melissa.conte.1@etu.univ-amu.fr), Mélanie ROBERT (melanie.robert2@etu.univ-amu.fr), Amandine FEUGIER (amandine.feugier@etu.univ-amu.fr), Séléna PAGLIERO (selena.pagliero@etu.univ-amu.fr)

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.
J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78- 17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès de Mme FORTE Jenny et de Mr Romain LUTAUD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Quelles sont les situations propices à l'utilisation de la télé-consultation en médecine générale ? ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN

- Guide d'entretien version médecins :

1. Introduction :

Bonjour, je m'appelle ROBERT Mélanie / CONTE Mélissa, je suis interne en médecine et je réalise une thèse concernant la télémedecine. Je tiens d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré et analysé avec anonymisation des données.

L'objectif est de recueillir votre expérience concernant les consultations que vous avez réalisées en téléconsultation. Vous pouvez vous exprimer librement, aucun jugement ne sera porté sur vos propos.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

2. Questions :

Question Brise-Glace : Pouvez-vous me raconter votre dernière téléconsultation ?

Faire préciser si besoin le motif de consultation.

A. *Le vécu :*

1. Qu'en avez-vous pensé ?

- *Relance : point positif/négatif ; satisfaction (PEC finale identique ?)*
- *Relance : cette téléconsultation vous a-t-elle semblé utile ? Pertinence du motif ?*
- *Patient connu ou non ?*

2. Quelles sont les astuces que vous utilisez pour mener au mieux vos TCS et obtenir un diagnostic fiable ?

- *Relance: comment vous adaptez-vous en TCS de manière générale pour la mener / faire le diagnostic avec autant de certitude que vous pourriez avoir en cabinet ?*
- *Relance: comment vous adaptez-vous pour vous sentir à l'aise en TCS sur le plan médical ?*
- *Avez-vous des conseils / astuces pour pallier le manque d'examen clinique ? (par exemple, pour vérifier la fréquence respiratoire, compter le nombre de secondes en apnée / demander au patient de faire certaine manœuvre : manœuvre de la coiffe / sciatique.*

3. Au cours de vos TCS, à quels autres motifs avez-vous été confronté ?

4. Au total, dans quelle(s) situation(s) pourriez-vous préférer ou non la téléconsultation à une consultation au cabinet ? Quels sont les actes qui vous semblent les plus adaptés ou non à la téléconsultation ?

5. Quels éléments limitants avez-vous identifiés lors vos téléconsultations ? (*Manque examen clinique? Écran interposé ? Connexion ? Relation ? Distance ? Plateforme ?*)

6. Les patients ont-ils un comportement / une approche inhabituelle ou différente du cabinet ?

- *Relance : plus/moins à l'écoute ? plus/moins anxieux/fermé/ouvert ?*
- *Est-ce que les questions, l'interrogatoire sont différents qu'en consultation en présentiel ? Est ce que l'interrogatoire est plus court/long ?*

7. Quel type de population recevez-vous en TCS ?

- *Relance : avez-vous noté des différences ou non entre les patients qui consultent au cabinet et ceux qui consultent en TCS ? (âge, actifs/retraité)*
- *Relance : nouveaux patients en TCS ? (première consultation)*

B. Concernant l'avenir :

8. Votre avis a-t-il évolué au fil du temps au sujet de la TCS de manière générale ?

- *A quoi vous attendiez-vous avant votre 1er TCS ?*
- *Que préférez-vous ou n'aimez pas en TCS ?*
- *Relance : Importance du rdv en téléconsultation vs consultation en présentiel ; retard ; décalage des rendez-vous, avantages / limites*

Ainsi à travers votre expérience, de manière générale :

9. Que pensez-vous d'une recommandation type HAS (mémo, guide pratique) qui affichera les grands cadres de motifs traitables en TCS ?

- *Relance : comment percevez-vous le cadre autour de la TCS ? La responsabilité qui incombe à la TCS ?*

10. Si vous avez des suggestions, comment pouvons-nous faire pour améliorer les TCS ? (préciser sur le plan médical et pas uniquement technique)

- *Comment les améliorer (tierce personne, outils au domicile, cabine de téléconsultation) ?*

Question d'ouverture :

11. Pensez-vous que les nouvelles technologies auront toujours une place dans la santé à l'avenir ?

12. Au vu de ce que nous venons de dire, pensez-vous que la téléconsultation transformera la qualité des soins ?

- Guide d'entretien version patients :

1. Introduction :

Bonjour, je m'appelle ROBERT Mélanie / CONTE Mélissa, je suis étudiante en médecine, et je réalise une thèse concernant la télémédecine. Je tiens d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré et analysé avec anonymisation des données.

L'objectif est de recueillir votre expérience concernant les consultations que vous avez réalisées en téléconsultation. Vous pouvez vous exprimer librement, aucun jugement ne sera porté sur vos propos.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

2. Questions :

Question Brise-Glace : Pouvez-vous me raconter votre dernière téléconsultation ?

- *Faire préciser si besoin le motif de consultation.*

- A. *Le vécu :*

1. Qu'en avez-vous pensé ?

- *Relance : point positif/négatif ; satisfaction*
- *Relance : cette téléconsultation vous a-t-elle semblé utile ? Pourquoi ?*
- *Médecin traitant ou non ?*
- *Est ce que vous vous êtes senti à l'aise ?*

2. Quelles sont les astuces que vous avez utilisées ou que le médecin a pu vous demander pour mener à bien la TCS ?

- *Faire préciser la partie examen clinique (comment il a montré au médecin, comment à fait le médecin pour pallier au manque d'examen)*

3. Avez-vous déjà utilisé la téléconsultation pour d'autres motifs ? (liste de motifs)

4. Au total, dans quelle(s) situation(s) pourriez-vous préférer ou non, la téléconsultation à une consultation au cabinet ? Quels sont les actes qui vous semblent les plus adaptés ou non à la téléconsultation ?

5. Y a-t-il des éléments qui vous ont posé problème pendant cette téléconsultation ? (Manque d'examen clinique ? Écran interposé ? Connexion ? Distance ? Relation ? Logiciel ?)

6. Le médecin avait-il un comportement/ une approche inhabituelle ou différente du cabinet ?

- *Relance : le sentiez vous plus/moins à l'écoute ? questions différentes par rapport à une consultation au cabinet ?*

7. Pensez-vous qu'une TCS puisse se faire avec un n'importe quel médecin ?

- *Avez-vous fait des téléconsultations avec plusieurs médecins ?*
- *Médecin traitant / remplaçant / médecin de secours pour une consultation rapide ?*
- *Existe-t-il des différences ?*

B. Concernant l'avenir :

8. Votre avis a-t-il évolué au fil du temps au sujet de la TCS de manière générale ?

- *A quoi vous attendiez vous avant votre 1^e TCS ?*
- *Que préférez-vous ou n'aimez pas en TCS ?*
- *Relance : Importance du rdv en téléconsultation vs consultation en présentiel ; retard ; décalage des rendez-vous, avantages / limites)*

9. Pensez-vous que vous aurez à nouveau recours à la télé-consultation ? Quelles sont les raisons ?

10. Si vous avez des suggestions, comment pouvons-nous faire pour améliorer les TCS ?

- *Comment les améliorer (tierce personne, outils au domicile, cabine de téléconsultation) ?*

ANNEXE 6 : AVIS DU COMITÉ ÉTHIQUE

Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2022-02-24-006
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le mardi 1er mars 2022

Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal, LUTAUD, Romain Docteur en médecine générale et membre du DUMG de l'Université d'Aix-Marseille et les investigateurs secondaires CONTE Mélissa-ROBERT Mélanie-FEUGIER Amandine et PAGLIERO Séléna, internes de médecine générale, intitulé, «**Quelles sont les situations propices à l'utilisation de la téléconsultation en médecine générale ?**» a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 24 février 2022.

Après audition des rapporteurs, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller



ANNEXE 7 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Médecins :

Sexe	Âge	Type d'exercice	Lieu d'exercice (rural / semi-rural / urbain)	Nombre de téléconsultation/jour	Durée de l'entretien
Féminin	30	Seul	Urbain	> 5/ j	30min
Féminin	58	Groupe	Urbain	2-3/j	30min
Masculin	41	Seul	Urbain	>5 / j	40min
Masculin	40	Groupe	Rural /semi rural	1/j	45min
Masculin	40	Groupe	Rural / semi-rural	1/j	40min
Féminin	31	Groupe	Urbain	1/j	30min
Féminin	57	Seul	Semi-rural	3-4 / j	38min
Féminin	74	Seul	Urbain	3-4/j	1h15min
Féminin	40	Seul	Urbain	2-3 / j	32min
Féminin	32	Groupe	Rural	1/j	30min
Masculin	37	Seul	Urbain	5-6 / j	44 min
Féminin	35	Groupe	Urbain	2-3/j	20min

Patients :

Sexe	Âge	Catégorie socio-professionnelle	Lieu de vie (rural/urbain)	Durée de l'entretien
------	-----	---------------------------------	----------------------------	----------------------

Féminin	57	Cadre supérieure	Urbain	55min
Féminin	46	Enseignante	Urbain	28min
Féminin	60	Cadre	Rural	35 min
Féminin	65	Retraitée	Rural	20min
Masculin	45	Enseignant	Rural	30min
Féminin	55	RH foyer médicalisé	Urbain	11min
Féminin	57	Comptable	Urbain	18min
Masculin	53	Fonction publique	Urbain	22min
Masculin	19	Étudiant	Urbain	22min
Féminin	31	Chômage	Rural	32min

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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