



HAL
open science

Contenu des téléconsultations en médecine générale : description et comparaison avec les consultations en présentiel

Pauline Lemeunier

► **To cite this version:**

Pauline Lemeunier. Contenu des téléconsultations en médecine générale : description et comparaison avec les consultations en présentiel. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04071814

HAL Id: dumas-04071814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04071814v1>

Submitted on 1 Sep 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

UNIVERSITÉ PARIS CITE

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2022

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 15/11/2022

Par

Pauline LEMEUNIER

**Contenu des téléconsultations en médecine générale : description
et comparaison avec les consultations en présentiel**

Dirigée par M. le Docteur Jean-Laurent THEBAULT

JURY

M. le Professeur Henri PARTOUCHE
M. le Docteur Jean-Laurent THEBAULT
M. le Docteur Mickael BENZAQUI

Président
Directeur
Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

Remerciements

A **M. le Professeur Henri Partouche**, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de soutenance de thèse. Veuillez recevoir l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A **M. le Docteur Mickael Benzaqui**, merci de me faire l'honneur de juger mon travail.

A **M. le Docteur Jean-Laurent « Zuckerberg » Thebault**, qui m'a aidée à grandir de bébé médecin à bientôt vrai docteur. Maître de stage hors pair et directeur de thèse hors du commun et je l'espère un jour collègue tout aussi incroyable, t'avoir à mes côtés pendant tout mon internat a été une chance inestimable. Encore merci pour tout.

A tous mes différents maîtres de stage, **Charlotte, Philippe, Marie, Christine, David**, et tous les autres depuis le début de mes études de médecine. Merci de m'avoir épaulée, guidée, aidée, fait confiance avec vos patients et permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A **Alexandre**, mon tuteur qui m'a challengée tout au long de l'internat et fait partager sa vision de la médecine. Merci pour tout ce que tu m'as apporté.

A tous les médecins et patients qui ont accepté de participer à ma thèse.

A **mes parents**,

A **ma maman chérie**, merci d'avoir toujours cru en moi tout en préparant une solution de secours pour éviter que je ne me brise les ailes. Merci pour ta bienveillance perpétuelle, pour ton écoute incomparable et pour le modèle que tu es pour moi (et aussi pour toutes tes expressions que je réutilise à toutes les sauces). Tu es vraiment la meilleure maman du monde.

A **mon papa d'amour**, Dr Lemeunier sénior pour de vrai maintenant. Merci pour les valeurs que tu m'as apprises, pour ton goût de la vie et pour avoir rempli ma boîte à souvenirs depuis toujours et pour longtemps encore. Tu as guidé mes pas et façonné la personne que je suis et tu es vraiment le meilleur papa du monde.

A **mes frères Vincent et Bastien**. J'ai la chance de vous connaître depuis le début de votre vie et je ne suis pas déçue. Merci de me titiller, de me faire sortir de mes gonds parfois mais de me faire rire toujours. La vie est plus belle à vos côtés et je vous souhaite tout le meilleur car vous êtes des êtres exceptionnels (patrimoine génétique commun oblige !)

A **toute ma famille réunie**, mes grands-parents Mamie Mariette, Mamie Nicole, Papy Michel, Papy Raymond, mes oncles et tantes Tata Tiphaine, Tata Hélène, Tonton Licou, mes cousins Audrey et Alexandre, ma marraine Florence et mon parrain Arnaud, ma belle-famille Susana, Laurent et Paul, pour votre présence à mes côtés depuis tout ce temps et pour longtemps et tous les bons moments partagés.

A **Sébastien**. Qu'il est loin le temps des champs de coquelicots près du collège et qu'il est grand le chemin que nous avons parcouru. Je t'ai toujours dit que toi et moi c'était pour la vie.

A **Mégane**, partner in crime depuis tant d'années. On a grandi et on commence même un peu à vieillir mais les moments passés en ta compagnie me sont toujours autant nécessaires.

A **Agnès, Lucas et Siegfried**. Vous avez toujours été là pour moi, dans les meilleurs et les pires moments de ma vie et votre soutien indéfectible fait partie d'un de mes piliers. On se retrouvera toujours même aux quatre coins du monde ou de la France (et surtout en Normandie !).

A **Julien, Daphné, Lucile** et à **tous les CRs élargis**, compagnons d'armes au cours de ces années de médecine. C'est un peu grâce à vous que j'ai pu tenir le cap. Merci pour tous ces moments partagés au fil des années.

A **Lorraine**. Merci pour ton soutien moral sans faille. Je ne sais pas ce que je ferais sans toi et je prie intensément l'Univers pour nous offrir tous nos vœux les plus chers (mais pas trop 🦀🦀🦀).

Aux **PussycatDolls de Saint-Jo', Dr Jojo, Dr Maumau**, (presque Dr) **Fafa**. De co-internes en or à amies tout aussi géniales, nos soirées et week-ends me mettent en joie (et pas qu'à cause du bon vin). Merci pour tous ces moments partagés passés et surtout futurs !

A **Méli**, amie multitâche des boutures de misères aux origami papillon en passant par vestiaire collectif et guide touristique. Je suis chanceuse de t'avoir rencontrée et de pouvoir te compter parmi mes amis. Merci pour ta présence et tu mérites tout le meilleur.

A **Melody, Hanna** et **tous mes amis rencontrés depuis le début de mon internat**, merci de m'avoir fait passer de si bons moments, en stage, en cours ou au bar. L'internat a été plus doux à vos côtés.

A **Hugo**, mon amour et mon coéquipier depuis plus de dix ans maintenant. Ces quelques lignes ne pourront jamais contenir tout l'amour que j'éprouve pour toi et tout le bonheur que tu me procures. Merci, merci, mille fois merci de partager ma vie, d'être capable de m'écouter pendant de si longues heures même au milieu de la nuit et de savoir me remettre les pieds sur terre parfois.

Et à tous les gens merveilleux (et même ceux qui ne le sont pas) que je n'ai pas cités mais qui m'ont permis d'arriver aujourd'hui exactement là où j'ai toujours souhaité être.

Résumé et indexation en français

Titre de la thèse : Contenu des téléconsultations en médecine générale : description et comparaison avec les consultations en présentiel

Résumé :

Introduction : La téléconsultation est un mode d'exercice récent de la médecine générale et en plein essor depuis la pandémie de Covid-19. Il existe cependant peu de données sur la réalité pratique et le contenu de ce nouveau mode de consultation. L'objectif principal de notre étude était de comparer le nombre et la nature des sujets abordés en téléconsultation et en consultation en présentiel. L'objectif secondaire était de décrire le contenu des téléconsultations en termes de sujets abordés, de procédures de soins et d'abord des motifs de prévention.

Méthode : Etude observationnelle transversale descriptive et analytique, ayant inclus, en avril 2022, 15 consultations en présentiel et 15 téléconsultations tirées au sort chez 10 médecins généralistes d'Ile-de-France. Les sujets abordés en consultation et les procédures de soins ont été codés selon la CISP-2. Les données sociodémographiques des patients et des médecins ont également été recueillies. Des analyses descriptives puis bivariées ont été réalisées pour comparer le nombre de sujets abordés en fonction du type de consultation.

Résultat : 265 consultations ont été incluses (134 en présentiel et 131 téléconsultations). En moyenne, 2,80 sujets sont abordés en consultation présentiel et 1,79 en téléconsultation ($p < 1,1.10^{-9}$).

Conclusion : Il y a moins de sujets abordés en téléconsultation qu'en consultation en présentiel en médecine générale. Le contenu de ces deux types de pratique est sensiblement le même hormis en matière de prévention, beaucoup moins abordée en téléconsultation. La pertinence des soins proposés en téléconsultation nécessiterait d'être étudiée pour affiner la place de cette pratique dans les soins primaires ambulatoire.

Spécialité : Médecine générale

Mots clés français :

fMeSH : télémédecine, consultation à distance, médecine générale, médecine de famille, soins de santé primaires

Mots-clés libres : téléconsultation, contenu des téléconsultations

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Résumé et indexation en anglais

Title : Content of remote consultations in general practice : description and comparison with face-to-face consultations

Abstract :

Introduction : Remote consultation is a new way of practicing general medicine since Covid-19 pandemic. Nevertheless, we have found few data about the content of this new practice. Our study aimed at comparing the number and nature of raised topics during remote consultations and face-to-face consultations. Secondary outcomes were to describe the content of remote consultations in a matter of raised topics, care processes and preventive topics.

Method : Descriptive and analytical cross-sectional observational study, including 15 face-to-face random consultations and 15 random remote consultations from 10 general practitioners in Ile-de-France during April 2022. Raised topics and care processes have been coded according to ICPC-2. The socio-demographic characteristics of patients and physicians have also been recorded. Descriptive then bivariate analyzes were conducted in order to compare the number of raised topics according to the type of consultation.

Results : 265 consultations have been included (134 face-to-face consultations and 131 remote consultations). 2,80 topics have been raised on average in face-to-face consultations and 1,79 during remote consultations. ($p < 1,1.10^{-9}$).

Conclusion : Fewer topics are raised during remote consultations than during face-to-face consultations in general practice. The content of these two kinds of practice is substantially the same, except in terms of prevention, much less addressed in remote consultation. The relevance of care offered by remote consultations would need to be studied to refine the place of this practice in primary care.

English keywords:

MeSH: telemedicine, remote consultation, general practice, family practice, primary health care
Keywords

Publication type:

MeSH : Academic Dissertation

Liste des abréviations

- ALD : Affection de Longue Durée
- AME : Aide Médicale d'Etat
- ANS : Agence du Numérique en Santé
- ARS : Agence Régionale de Santé
- BMJ : British Medical Journal
- CATEL : Club des Acteurs de la TELésanté
- CISP : Classification Internationale des Soins Primaires
- CMG : Collège de la Médecine Générale
- CMU : Couverture Médicale Universelle
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CSS : Complémentaire Santé Solidaire
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- FDR CV : Facteurs De Risques Cardio-Vasculaires
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPV : Human PapillomaVirus
- IC : Intervalle de Confiance
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- JAMA : Journal of the American Medical Association
- JMIR : Journal of Medical Internet Research
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- VAS : Voies Aériennes Supérieures

Table des matières

Table des matières

Remerciements	3
Résumé et indexation en français	6
Résumé et indexation en anglais	7
Liste des abréviations	8
Table des matières	9
Introduction	11
1. Définition de la téléconsultation et cadre législatif	11
2. Développement progressif de la téléconsultation avant l'épidémie de Covid-19	12
2.1 Avant 2018	12
2.2 Entre 2018 et 2020	13
3. La téléconsultation depuis la crise sanitaire du Covid-19 en 2020	14
4. Contenu des téléconsultations : les recommandations de bonne pratique	15
4.1 Recommandations générales, déontologiques et éthiques sur la place des téléconsultations dans le parcours de soin	15
4.2 Les situations adaptées à la téléconsultation en médecine générale	17
5. Le contenu réel des téléconsultations en médecine générale	22
5.1 Le contenu des consultations en médecine générale	22
5.2 Le contenu des téléconsultations en médecine générale	22
6. Objectif de l'étude	24
1 : Matériel et méthode	25
1.1 Type d'étude	25
1.2 Lieux de l'étude	25
1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	25
1.3.1 Concernant les médecins	25
1.3.2 Concernant les patients.....	25
1.4 Déroulé de l'étude	26
1.5 Les données recueillies	26
1.5.1 Sujets abordés et procédures de soin	26
1.5.2 Items de prévention	27
1.5.3 Autres données recueillies	27
1.6 Nombre de sujets nécessaires	27
1.7 Analyses statistiques	28
1.8 Financement et avis éthiques prévus	29
2 : Résultats	30
2.1 Description de la population	30

2.2 Nombre de sujets abordés, procédures de soins et actes de prévention en fonction du type de consultation	33
3 : Discussion.....	37
3.1 Résultats principaux	37
3.2 Forces et limites	37
3.2.1 Forces	37
3.2.2 Limites	38
3.3 Interprétation des résultats	39
3.3.1 Population étudiée et représentativité	39
3.3.2 Sujets abordés, procédures de soins et contenu des consultations	40
3.3.3 Comparaison avec les téléconsultations	41
3.3.4 La prévention, une différence majeure	43
Conclusion.....	46
Bibliographie	47
Table des figures	53
Table des tableaux.....	54
Annexes	55

Introduction

1. Définition de la téléconsultation et cadre législatif

La téléconsultation fait partie de la télémédecine définie par l'article R-6316 du Code de la Santé Publique comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (1) et comprenant la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale. L'historique législatif de la télémédecine remonte en France à la loi d'août 2004 relative à l'Assurance Maladie (2) qui autorise la télémédecine comme un acte médical à distance « dans le strict respect des règles déontologiques », autour d'une organisation régionale de santé publique et d'accès aux soins. La télémédecine et la téléconsultation ont ensuite été redéfinies par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009 et son décret d'application (3) qui précisent les conditions de mise en œuvre. La télémédecine est incluse dans les programmes ministériels nationaux et les contrats régionaux autour de l'ARS. En découle ainsi la définition actuelle de la téléconsultation du Code de la Santé Publique qui est "de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation". Elle est inscrite dans le droit commun et remboursable depuis 2018 (4).

La pratique de la téléconsultation est ouverte à toutes les spécialités médicales et notamment la médecine générale avec le codage TCG. Son remboursement était initialement soumis au respect du parcours de soins coordonné : pour être remboursé à 70% par la Sécurité Sociale, le patient devait être connu par le médecin et l'avoir consulté en présentiel dans les douze derniers mois. La téléconsultation devait en outre avoir lieu avec un médecin à proximité du lieu de vie du patient (hors désert médicaux). Les exceptions au parcours de soins coordonné étaient les mêmes que pour les consultations de médecine générale en présentiel.

Cependant, avec la crise sanitaire du Covid-19 en 2020, l'Assurance Maladie a mis en place plusieurs mesures dérogatoires pour faciliter l'accès à la téléconsultation (5) : prise en charge des téléconsultations à 100%, possibilité de réaliser des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses pas téléconsultation, dérogation au parcours de soins pour les

patients susceptibles ou reconnus Covid-19 ou encore ouverture à d'autres professions paramédicales. Les téléconsultations par téléphone ont quant à elles été autorisées seulement jusqu'en juin 2021. Par ailleurs, dans sa récente Charte de bonnes pratiques (6), l'Assurance Maladie limite à 20% du volume global d'activité annuel les actes de téléconsultation et télé-expertise cumulés.

Le cadre législatif entourant la téléconsultation n'a donc cessé d'évoluer ces vingt dernières années. Cela concorde avec le développement de cette pratique en vie réelle et son déploiement progressif ces dernières années.

2. Développement progressif de la téléconsultation avant l'épidémie de Covid-19

2.1 Avant 2018

Avant 2018 et son remboursement par la Sécurité Sociale, la pratique de la téléconsultation était assez marginale. D'après le rapport sur l'efficience de la télémédecine de la HAS en 2013 (7), les activités de télémédecine étaient encore majoritairement à l'état de projets pilotes et expérimentaux régionaux plus ou moins opérationnels et surtout centrés autour d'établissements de santé publique. La téléconsultation ne représentait que 25% environ des actes de télémédecine. La plupart des actes de téléconsultation réalisés par des médecins généralistes avaient lieu au sein de plateformes privées ou d'assurances (8). L'objectif revendiqué était de répondre à la problématique des déserts médicaux. Par ailleurs, dans deux travaux de thèse antérieurs au remboursement des téléconsultations (9,10), les médecins généralistes ayant déjà pratiqué un acte de télémédecine étaient très minoritaires, bien que certains trouvaient ce concept intéressant, pouvant être intégré à leur pratique moyennant la mise en place d'outils adaptés et d'une formation spécifique. Pour les médecins interrogés, les motifs d'utilisation de la télémédecine les plus pertinents se situaient dans la dermatologie ou l'interprétation d'électrocardiogramme en premier lieu, puis la prise en charge du diabète, la liaison avec un médecin interniste ou la psychiatrie.

2.2 Entre 2018 et 2020

La téléconsultation a été ouverte au remboursement par la Sécurité Sociale en septembre 2018 en ayant pour but d'améliorer l'offre de soins et de faciliter l'accès aux soins, notamment dans les zones où l'offre de soin ne permettait pas de répondre au besoin médical de la population. Elle pouvait permettre également un accès plus rapide aux soins (11,12).

De fait, la pratique de la téléconsultation a augmenté progressivement depuis 2018 sans pour autant se généraliser : moins de 5% des médecins généralistes pratiquaient la téléconsultation avant la crise sanitaire du Covid-19 en mars 2020, d'après les chiffres de la DREES (13) et moins de 7% des Français avaient déjà eu recours à une téléconsultation avant cette période (14). De même, d'après les chiffres nationaux de 2019 (15), la pratique de la téléconsultation était très variable selon les territoires. En effet, entre l'Ile-de-France avec 263 téléconsultations pour 100 000 habitants et la Corse à 9 téléconsultations 100 000 habitants, il existait une réelle disparité régionale, qui ne semblait pas corrélée à la densité médicale dans ces territoires. Au-delà de l'influence non négligeable des inégalités de couverture réseau, ces différences pouvaient être liées à un engouement de la part des médecins et des patients variable selon les populations. La distance créée entre le médecin et le patient par écran interposé, le risque d'erreur médicale notamment à cause de l'absence d'examen clinique et le manque d'encadrement des motifs de téléconsultation semblaient être d'autres freins retrouvés dans plusieurs études (16).

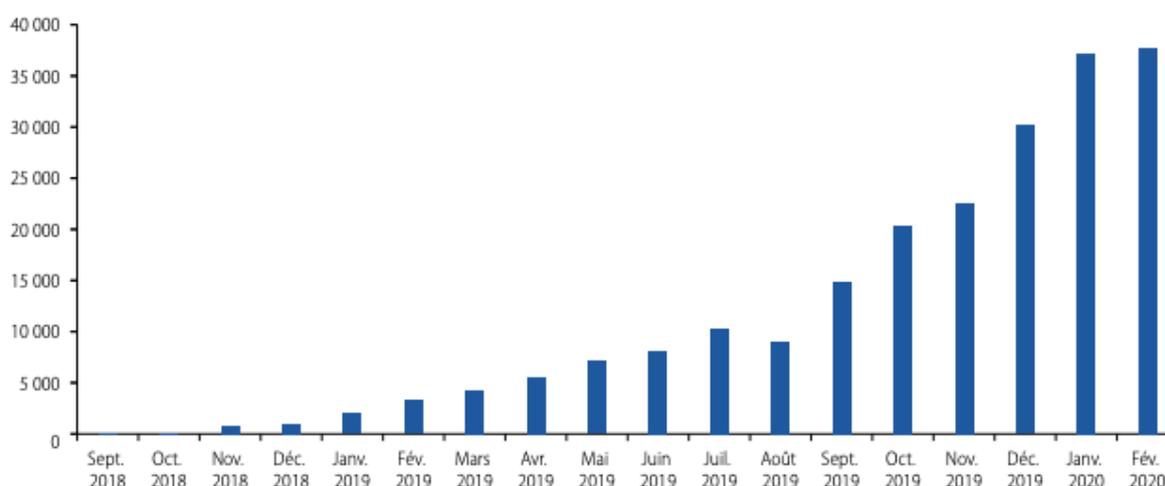


Figure 1 : Evolution du nombre de téléconsultations par mois avant la crise sanitaire – [CNAM 2021]

3. La téléconsultation depuis la crise sanitaire du Covid-19 en 2020

Depuis la crise du Covid-19 en mars 2020, le paysage des soins primaires a été bouleversé par le développement fulgurant de la téléconsultation. Ainsi, pendant le confinement de mars à mai 2020, nous sommes passés à plusieurs millions de téléconsultations par mois d'après le rapport annuel de l'Assurance Maladie (17), soit plus d'un quart de l'ensemble des consultations au pic d'activité. Ces téléconsultations concernaient dans la majorité des cas les soins primaires avec plus de 80% des téléconsultations réalisées par des médecins généralistes. Trois-quarts des médecins généralistes auraient d'ailleurs mis en place la téléconsultation au cours du confinement (13).

La téléconsultation semble ensuite avoir été intégrée dans la pratique des médecins avec une stabilisation autour de 5 à 6% de l'ensemble des consultations d'après le rapport de l'Assurance Maladie de 2021 (18) (contre moins de 1% avant la pandémie). Début 2022, les médecins généralistes français ont réalisé près de 4 millions de téléconsultations d'après le rapport 2022 de l'Assurance Maladie (19). Ces chiffres seront à moduler avec une durée de recul plus conséquente, ce d'autant plus que la téléconsultation a été soumise à un remboursement à 100% dérogatoire jusqu'au 30 septembre 2022.

La téléconsultation est donc maintenant rentrée dans les habitudes des médecins généralistes et des patients, même en dehors des périodes épidémiques et des confinements successifs. Il se pose donc la question de l'utilisation qui en est faite en pratique dans le contenu et des limites à y apporter.

4. Contenu des téléconsultations : les recommandations de bonne pratique

4.1 Recommandations générales, déontologiques et éthiques sur la place des téléconsultations dans le parcours de soin

Devant le développement de cette nouvelle pratique qu'est la téléconsultation, les institutions telles que la Haute Autorité de Santé ou le Conseil National de l'Ordre des Médecins ont dû établir un cadre organisationnel et déontologique.

La HAS a ainsi publié un guide de bonnes pratiques en 2019 (11) centré sur la mise en place pratique de la téléconsultation avec nécessité d'une installation et de matériel informatique adaptés, du recueil du consentement des patients et de la protection de ses données. La pertinence de la téléconsultation repose sur trois critères : la situation clinique du patient, la disponibilité de ses données médicales et administratives et la capacité du patient à communiquer à distance avec des outils informatiques. Cependant la HAS souligne « *qu'il n'est pas possible d'identifier, a priori, les situations exigeant un examen physique direct ; elles peuvent se révéler au cours de la téléconsultation et nécessitent alors la mise en place d'une organisation adaptée* ». Cela correspond alors à une consultation en présentiel ou à la présence d'un professionnel de santé avec « *les compétences nécessaires pour réaliser certains gestes à la place du professionnel téléconsultant* ».

Plus récemment, l'Assurance Maladie a également édité une Charte des bonnes pratiques de la téléconsultation en avril 2022 (6). Elle rappelle que « *la qualité et la sécurité des soins spécifiques à la téléconsultation sont liées à : la capacité du professionnel médical à établir un diagnostic en l'absence d'examen physique direct ; la protection et la sécurité des données personnelles de santé ; des modalités de suivi rendues plus difficiles en cas d'éloignement entre le médecin et le patient ou de mobilité réduite du patient.* »

Elle souligne les points-clefs requis pour la téléconsultation, notamment les prérequis technologiques et les principes de respect du parcours de soins, l'alternance de consultations en présentiel et téléconsultations ou encore la territorialité. Ainsi, le médecin téléconsultant doit se situer à proximité du domicile du patient (hors zones sous-denses) et « *la consultation en présentiel doit être privilégiée dans les situations où elle est possible* ». A propos de la pertinence de la téléconsultation, il est précisé que « *toutes les situations médicales sont a priori concernées par la téléconsultation et plus particulièrement les motifs de consultation courants*

(ex : *renouvellement d'ordonnance*) ». La primo-consultation n'est pas un motif d'exclusion de la téléconsultation mais n'est pas conseillée puisque la téléconsultation s'inscrit dans « *une relation entre un patient et son médecin traitant* ». Dans tous les cas, c'est au médecin que revient la décision de la pertinence d'une prise en charge à distance pour le(s) motif(s) abordé(s).

L'Assurance Maladie s'oppose également à l'exercice médical exclusif en téléconsultation, qui ne doit représenter qu'un maximum de 20% du volume d'activité global d'un praticien conventionné. Cette limitation fait écho aux différents avis des instances déontologiques.

En effet, le CNOM, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et le Comité National Pilote d'Ethique du Numérique (20) ont émis plusieurs avis mettant en garde sur les dérives potentielles de l'activité de téléconsultation. Premièrement, en 2018, au travers de son avis sur les risques d'« *ubérisation* » des prestations médicales en télémédecine (21), le CNOM alerte sur les plateformes privées proposant des téléconsultations, parfois 7j/7 et 24h/24 et s'inquiète de leur place dans le parcours de soins coordonné et l'organisation territoriale des soins : il propose ainsi une révision de la loi afin de mieux encadrer ces pratiques. En 2020, le CNOM a publié un autre avis (22) confortant sa position de 2018 à propos de l'exercice de la télémédecine. Il précise ainsi que la prise en charge de patient exclusivement en téléconsultation et l'exercice exclusif de la télémédecine « *porte atteinte aux exigences déontologiques de qualité, de sécurité et de continuité des soins* ». Le CNOM se positionne contre les plateformes commerciales proposant « *une organisation illégale dans la mesure où elles mettent en place des téléconsultations en dehors de tout ancrage territorial et en font une promotion de nature commerciale et d'ampleur nationale* » et met en garde les médecins contre ce genre de pratiques, à la fois contraires à la déontologie médicale et illégales, notamment lorsque les honoraires ne sont pas perçus directement par le praticien mais lui sont reversés par la société hébergeuse. La CNAM appelle quant à elle dans son rapport de juillet 2022 (19) à encadrer ces plateformes et leurs pratiques, tout en leur reconnaissant une utilité en zones sous-denses. Elle propose par exemple la suppression de la prise en charge des arrêts de travail prescrits en téléconsultation hors médecin traitant. De même, le Comité National Pilote d'Ethique du Numérique a mis en exergue différents points de vigilance notamment sur le manque de formation spécifique à la téléconsultation des médecins, sur l'inégalité d'accès à la télémédecine,

sur la sécurisation et la confidentialité des données et sur les enjeux éthiques liés aux objets connectés.

Il existe donc un certain nombre de recommandations générales, organisationnelles, réglementaires et déontologiques sur l'utilisation de la téléconsultation. Elles visent à définir le cadre et poser les limites de son utilisation. Pour autant, elles ne se positionnent pas sur les situations cliniques pertinentes pouvant être abordées en téléconsultation, notamment en médecine générale. Pour cela, des recommandations plus spécifiques ont été établies par des sociétés savantes.

4.2 Les situations adaptées à la téléconsultation en médecine générale

4.2.1. Recommandations du collège de médecine générale et autres articles de synthèse

En plus des recommandations d'ordre général déjà évoquées, il existe d'autres avis plus spécifiques sur la pratique de la téléconsultation et les sujets abordés.

Le Collège de la Médecine Générale a notamment émis un rapport sur la bonne pratique de la télémédecine en 2021 (23), dans le cadre des problèmes aigus et non aigus. Ainsi, les situations dites aiguës relèvent des soins non programmés et peuvent appartenir à de nombreux champs de la médecine générale : troubles somatiques, plaintes médicalement inexplicables, épisodes aigus de nature psychique, problèmes médico-sociaux, ... Leur point commun est de nécessiter une réponse rapide de la part d'un professionnel de santé. La disponibilité rapide et sans déplacement de la téléconsultation peut donc être intéressante pour répondre à ces problématiques. Néanmoins, le CMG rappelle que toutes les situations aiguës ne sont pas adaptées à la médecine à distance, surtout dans les cas où un examen physique ou des examens cliniques complémentaires (prise de tension, bandelette urinaire, ...) sont nécessaires. Le CMG synthétise donc la bonne pratique de la téléconsultation pour des situations aiguës telle que permettant de « *répondre à une demande de soins non programmés simple ne nécessitant pas d'examen clinique ; réévaluer l'évolution d'une pathologie aiguë sans nécessité de déplacement ; apporter une réponse à une urgence ressentie ne nécessitant pas de consultation présente.* »

Pour les situations dites non aiguës, c'est-à-dire « *durant depuis un certain temps et ne nécessitant pas une prise en charge urgente* » (sans qu'on puisse définir une liste exhaustive des pathologies), les critères de qualité de prise en charge sont les suivants :

- Le patient doit être connu du médecin (au minimum en ayant accès à son dossier médical) ;
- Le temps dédié doit être adapté afin de disposer d'un temps suffisant pour l'écoute du patient et la compréhension de la complexité de la situation ;
- La connaissance de l'environnement médico-social et territorial du patient est préférable ;
- La possibilité de revoir le patient pour la suite de la prise en charge. A défaut, le patient doit pouvoir disposer d'un compte-rendu de consultation pour son médecin traitant.

Le CMG voit donc plusieurs intérêts dans la téléconsultation pour motifs non aigus et notamment la possibilité de permettre les soins même en cas de difficulté de déplacement, d'intensifier le suivi (en cas de patient fragile ou peu observant par exemple), de mettre en place un suivi conjoint avec d'autres professionnels de santé présents avec le patient ou encore d'offrir un cadre sécurisé à certains actes auparavant réalisés entre deux consultations et à titre gracieux (par exemple adaptation d'un INR).

Il soulève également des limites au premier rang desquelles un risque de déficit de prise en charge globale du patient (focalisation sur le motif unique de consultation, mauvaise identification des motifs réels, secondaires ou cachés, modification de la relation par l'écran interposé notamment au niveau du langage non-verbal, absence de vision d'ensemble du patient), ou encore un risque de favoriser le nomadisme médical ou entraîner un retard diagnostique ou de prise en charge par défaut d'examen physique approprié. Le CMG s'oppose ainsi au suivi « *trop fréquent, voire exclusif en téléconsultation* ».

En outre, le BMJ a présenté en 2020 une publication pratique sur la façon de mener une téléconsultation (24). Elle se focalise notamment sur la réalisation d'un examen clinique à distance, basé sur l'inspection et l'aide que peuvent apporter les accompagnants (les parents pour des enfants par exemple). Cependant, cet examen physique est fonction de la qualité des images et donc de la vidéo, qui peut être très variable d'une consultation à une autre.

On retrouve également d'autres recommandations et articles spécifiques concernant certaines pathologies.

Ainsi, dans une autre contribution, le CMG rappelle les bonnes pratiques quant à la prescription d'antibiotiques en téléconsultation (25). En effet, la plupart des situations infectieuses aiguës ont une évaluation limitée à distance alors que la décision de prescrire des antibiotiques repose sur un examen physique adapté. Le CMG replace donc la téléconsultation dans la prise en charge des pathologies infectieuses courantes comme un outil de réévaluation (notamment à 48-72h de la prescription d'une antibiothérapie le cas échéant) ou de préparation en amont d'une consultation physique (prescription de prélèvements bactériologiques).

Le BMJ a de son côté publié une recommandation pour la bonne pratique des téléconsultations en cas de Covid-19 (26). L'article considère que la plupart des infections à Covid-19 peuvent être gérées à distance en téléconsultation. Il faut rechercher les symptômes de gravité tels que la dyspnée. Bien qu'il n'existe pas d'outil validé, les auteurs proposent trois questions pour évaluer la dyspnée : « Êtes-vous si essoufflé que vous ne pouvez pas dire plus de quelques mots ? », « Respirez-vous plus fort ou plus rapidement que d'habitude quand que vous ne faites rien ? », « Êtes-vous si malade que vous avez arrêté vos activités quotidiennes ? ». Il est également possible de mesurer la fréquence respiratoire avec la vidéo. Ces données, en plus de l'interrogatoire bien conduit et d'éventuelles données paracliniques si disponibles (oxymétrie de pouls, température) permettent d'évaluer la gravité de la maladie et, dans les cas non graves, de donner les conseils et prescriptions adaptés à distance sans faire perdre de chance au patient.

On retrouve également une recommandation de 2020 parue dans le JMIR Mental Health à propos de la télé-psychiatrie (27). Elle reste néanmoins assez générale et centrée sur la mise en place matérielle plutôt que sur le contenu de la téléconsultation.

4.2.2. Conseils aux patients par les entreprises privées

Les patients peuvent être guidés dans le choix d'une consultation en présentiel ou d'une téléconsultation et dans la réalisation de cette dernière. Le plus souvent, il s'agit de conseils édités par les entreprises privées via lesquelles les téléconsultations se déroulent.

Par exemple, Doctolib a réalisé un sondage (28) en mai 2022 auprès de 777 généralistes français utilisant la consultation vidéo, qui retrace les motifs de téléconsultation identifiés par plus de 50% des médecins interrogés. On retrouve donc les pathologies chroniques pour la coordination des soins, le suivi d'une pathologie douloureuse, psychologique, de sevrage, ou ne nécessitant pas d'examen physique, l'évaluation d'un traitement préventif des maladies cardio-vasculaire ou le suivi à domicile d'une personne dépendante avec son aidant principal. Pour les pathologies aiguës, on retrouve les infections urinaires et génitales basses non fébriles de la femme. Sont également évoqués les motifs pédiatriques (suivi diététique, d'acné ou de suivi du nourrisson entre deux consultations physiques), de sexualité (contraception, dépistage d'IST, de suivi de dysménorrhée après un premier examen physique ou de consultation de préparation à un projet de grossesse) et les problèmes liés au travail (démarches administratives et suivi d'un arrêt de travail pour des pathologies ne nécessitant pas d'examen physique). L'entreprise propose ainsi tout un tutoriel pour les patients sur la réalisation et situations pour lesquelles la téléconsultation peut être adaptée. L'accès plus rapide à un praticien et un gain de confort et de temps sont mis en avant.

La plateforme Qare (29) dédiée à la téléconsultation identifie quant à elle comme motifs les plus fréquents de consultation à distance les éruptions cutanées, les gastro-entérites, les conjonctivites, les rhinopharyngites et les infections urinaires. A l'instar de Doctolib, la plateforme propose une fiche explicative sur le déroulé de la téléconsultation et des exemples de motifs possibles ou non (comme les urgences vitales telles que la dyspnée ou la douleur thoracique).

Le CMG et la HAS ont également édité des fiches d'informations (23,30) aux patients pour la téléconsultation mais qui relèvent plutôt des recommandations générales sur les étapes de la consultation plutôt que sur le contenu adapté à ce format. La HAS précise que c'est le médecin qui statuera pour savoir si la situation est adaptée pour de la téléconsultation.

4.2.3. Ressenti autour de la téléconsultation

Pour les patients, la satisfaction suite aux téléconsultations est bonne et semblable à celle des consultations en présentiel (31,32). Les patients trouvent que cette pratique peut améliorer l'accès aux soins et est « pratique » notamment pour garder un contact médical. Ils soulèvent néanmoins plusieurs inconvénients comme l'absence d'examen clinique, l'altération de la relation avec le médecin et le fait que cette pratique ne soit pas adaptée pour tous. D'après un sondage pour l'Agence du Numérique en Santé (33), 64% des patients interrogés ont une bonne opinion de la télémédecine.

Du côté des médecins, les études récentes semblent montrer que la pratique de la téléconsultation soulève des nouveaux types d'incertitude (34), notamment liée à l'utilisation des nouvelles technologies et à l'impact sur la relation avec le patient. Pour certains cliniciens dans les domaines de la psychiatrie et des addictions (35), la téléconsultation a une perception moins positive que la consultation en présentiel pour permettre un suivi de qualité. Différents travaux de thèse (36,37) soulignent un ressenti mixte des médecins généralistes face aux téléconsultations : parfois utiles au suivi et permettant d'élargir l'offre de soin, elles peuvent aussi relever de motifs inadaptes nécessitant un examen clinique et être source d'incertitude pour le praticien. Les médecins sont demandeurs d'un cadre pour mieux limiter cette pratique.

Par ailleurs, seulement un quart des médecins généralistes dans une étude dans le Grand Est (38) déclarent avoir de « bonnes pratiques » de téléconsultation selon les recommandations. Cependant, d'après le sondage commandé par l'ANS, 73% des médecins interrogés ont une bonne opinion de la télémédecine (33). Le collectif téléconsultation du CATEL a même émis des recommandations des professionnels de santé vers les institutionnels (39) : maintien de la primo-consultation à distance surtout si un Dossier Médical Partagé bien rempli est à disposition, arrêt du remboursement à 100% des téléconsultations et promotion des téléconsultations assistées, de la formation des professionnels à cette pratique et observation en détail du développement des pratiques.

Ainsi, si le cadre institutionnel et déontologique semble clair, il n'existe actuellement pas de recommandations précises sur les situations cliniques adaptées à la téléconsultation. Nous avons donc essayé de savoir quelle utilisation de la téléconsultation est faite par les médecins généralistes et leurs patients.

5. Le contenu réel des téléconsultations en médecine générale

5.1 Le contenu des consultations en médecine générale

Une des principales études sur le contenu des consultations en médecine générale en France est l'étude ECOGEN (40). Elle visait à décrire l'activité de 128 centres de médecine générale sur tout le territoire français entre 2011 et 2012. Parmi les résultats importants, elle a montré qu'une consultation de médecine générale comportait en moyenne 2,65 motifs de consultation (amenés par le patient) et 2,2 résultats de consultation (problèmes cernés par le médecin), ainsi que la réalisation de 4,74 procédures de soins. L'activité du généraliste était dominée par les motifs de prévention dont la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires, ainsi que l'hypertension artérielle et les infections aiguës des voies respiratoires supérieures.

Précédemment, l'observatoire de la Médecine Générale, porté par la Société Française de Médecine Générale (41), constituait la principale base de données sur l'activité des médecins généralistes. Le recueil des données s'est arrêté en 2009. Les données étaient très semblables à l'étude ECOGEN puisque les quatre premiers motifs étaient les examens systématiques et prévention puis l'état fébrile puis l'hypertension artérielle puis la rhinopharyngite.

5.2 Le contenu des téléconsultations en médecine générale

Il existe peu de données sur la réalité du contenu des téléconsultations. En France, la littérature est surtout constituée de travaux de thèse. Ainsi, une étude menée à l'échelle nationale retrouvait que les motifs les plus abordés depuis la fin du confinement étaient les explications de résultats d'examens en premier lieu, puis le renouvellement d'ordonnance, puis la rédaction d'arrêt de travail et le suivi de patients suspects ou confirmés de Covid-19 (42).

D'après les travaux de thèse de Mme Urie (43) et Mme Krob (44), d'après des données recueillies dans l'étude TELEMED sur des téléconsultations réalisées en 2020, les motifs de téléconsultation les plus fréquents relevaient du renouvellement d'ordonnance ou de la discussion autour d'un traitement et des « problème de santé aigus » (toux, fièvre, diarrhée, ...) puis des motifs administratifs. Les motifs de prévention arrivaient en dernière position.

Une étude écossaise de 2018 (45) comparant le contenu des téléconsultations et des consultations en présentiel en médecine générale retrouvait quant à elle un nombre moins important de problèmes soulevés dans les téléconsultations, tout en gardant un contenu globalement similaires par rapport aux consultations en présentiel. Une étude du BMJ (46) comparant les modifications de pratique pendant la crise sanitaire du Covid 19 en 2020, retrouvait qu'en téléconsultation (par rapport aux consultations en présentiel), il y avait moins de mesure de la pression artérielle, de dosage de cholestérol, ou d'initiation de nouveau traitement.

Au cours de notre recherche bibliographique, nous avons également retrouvé plusieurs articles évaluant certaines pratiques spécifiques en téléconsultation. Les résultats semblent assez mitigés quant à la pertinence de la téléconsultation. Par exemple, la télé-dermatologie (47) semble mener à des diagnostics moins fiables qu'en présentiel. Plusieurs articles semblent également montrer que la pertinence de la prescription d'antibiotique est moindre en téléconsultation (48–50). Dans un travail de thèse (51), il est retrouvé que la pertinence de la téléconsultation sur le délai moyen de reconsultation, surtout pour des motifs somatiques aigus, est inférieure à celle des consultations en présentiel. Cependant, pour les motifs psychiatriques, administratifs ou de suivi, la téléconsultation est au moins aussi pertinente.

Par ailleurs, dans un article du JAMA (52) de 2021 concernant les téléconsultations de cardiologie pendant la période pandémique comparées aux consultations en présentiel pendant et avant la pandémie, il est retrouvé que les téléconsultants prescrivaient moins de traitement et moins d'examen complémentaires que lors des consultations en présentiel. L'étude ne permet pas de savoir s'il s'agit d'une réduction d'une sur-prescription ou d'un sous-usage de tests indiqués. En outre, d'après une revue systématique publiée en 2021 (53), les téléconsultations semblent autant efficaces que les consultations en présentiel pour des consultations de soins primaires ou des problèmes liés à la santé mentale. Un article de septembre

2022 paru dans le JAMA (54) et évaluant plus de 2000 téléconsultations toutes spécialités confondues retrouvait également une bonne concordance (86,9%, IC [85,6-88,3]) entre les diagnostics posés en téléconsultation et en consultation en présentiel. Pour la médecine de famille plus spécifiquement, cette concordance s'élève à 83,6% (IC [79,4-87,9]), bien que la concordance diagnostique pour les soins primaires soit plus faible que pour les spécialités.

6. Objectif de l'étude

La téléconsultation est maintenant une pratique répandue en France, qui se pérennise malgré la fin de la crise sanitaire. Ceci est soutenu par l'encadrement législatif, le développement d'outils technologiques fiables et la familiarisation des médecins généralistes et des patients à la consultation à distance. Néanmoins, dans la réalité pratique, les médecins n'ont pas ou peu eu de formation à ce sujet et ne peuvent se référer qu'à des recommandations assez globales. Ils doivent donc inventer leur utilisation de cette pratique pour l'adapter aux champs d'intervention de la médecine générale. Il existe d'ailleurs actuellement peu d'études qui s'intéressent au contenu de cette pratique, et à partir desquelles on peut faire l'hypothèse que les téléconsultations sont moins riches et abordent moins certains sujets comme la prévention, ou encore que certaines procédures de soins sont modifiées. Notre étude avait donc pour but d'explorer le contenu des téléconsultations en médecine générale, avec comme objectif principal de comparer le nombre et la nature des sujets abordés en téléconsultation et en consultation en présentiel en soins primaire. L'objectif secondaire était de décrire le contenu des téléconsultations en termes de sujets abordés, de procédures de soins et d'abord des motifs de prévention.

1 : Matériel et méthode

1.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale descriptive et analytique.

1.2 Lieux de l'étude

L'étude portait sur 10 médecins généralistes en Ile-de-France

1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

1.3.1 Concernant les médecins

Les médecins inclus dans l'étude devaient être installés en Ile-de-France et réaliser au moins 3 téléconsultations en moyenne par semaine.

1.3.2 Concernant les patients

Les patients étaient tirés au sort parmi la patientèle des médecins ayant consulté en présentiel ou en téléconsultation entre le 1er avril 2022 et le 30 avril 2022. Les patients mineurs de moins de 18 ans ont été exclus de l'étude devant le peu de téléconsultation en pédiatrie et le risque de surestimation des actes de prévention des consultations pédiatriques (vaccination notamment).

La liste des consultations et téléconsultations a été obtenue par tirage au sort à partir des logiciels de planification de rendez-vous des différents médecins.

Le tirage au sort des consultations s'est déroulé selon la procédure suivante :

- Pour chaque médecin, tirage au sort de 15 dates de consultation parmi toutes les dates où le médecin a consulté entre le 1er avril 2022 et le 30 avril 2022, grâce à un logiciel de tirage au sort informatique. Chaque tirage était indépendant donc une même date pouvait être tirée plusieurs fois.
- Pour chaque date : décompte des consultations du jour rencontrant les critères d'inclusion et d'exclusion et numérotation dans l'ordre chronologique, puis tirage au sort du numéro de la consultation avec le même logiciel. La consultation était ensuite exclue du prochain tirage au sort.

- Cette procédure a été répétée pour les téléconsultations afin d'obtenir une liste de 15 consultations en présentiel et 15 téléconsultations par médecin.

1.4 Déroulé de l'étude

Pour chaque médecin inclus, nous avons tiré au sort 15 consultations et 15 téléconsultations parmi celles réalisées entre le 1er avril 2022 et le 30 avril 2022 d'après le logiciel de planification.

Nous avons ensuite consulté le dossier du patient à la consultation correspondante et extrait le contenu sous forme de sujets abordés et de procédures de soin.

Les patients avaient été avertis en amont de leur consultation qu'ils pouvaient être tirés au sort pour l'étude et que si tel était le cas, ils seraient contactés par mail. Pour les consultations en présentiel, une affiche était disposée dans la salle d'attente du médecin. Pour les téléconsultations, une information était affichée au moment de la prise du rendez-vous. Les patients tirés au sort ont ensuite reçu un mail explicatif de l'étude afin de recueillir leur non-opposition. Dans les cas où aucune adresse mail n'était renseignée, les patients ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur consentement.

1.5 Les données recueillies

1.5.1 Sujets abordés et procédures de soin

Le contenu des consultations et téléconsultations recueilli a été codé selon la Classification Internationale des Soins Primaires 2^{ème} édition (CISP-2) (55,56). Il s'agit d'une classification élaborée par l'Organisation Internationale des médecins généralistes (WONCA) dans sa première version en 1987 en anglais : International Classification of Primary Care (ICPC) (57). Elle a été traduite en langue française en 1992 sous forme de CISP. La deuxième version ICPC-2 est disponible depuis 1998. Elle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 2003 (58) qui la relie à la Classification Internationale des Maladies. Cette classification permet ainsi de codifier l'activité de soins primaires selon deux grands axes : l'appareil corporel et les composantes des soins. Elle est disponible en annexe 1.

Nous nous sommes aidés du moteur de recherche <http://www.promethe.org/> qui permettait de trouver les items de la CISP-2 se rapportant aux mots-clés renseignés.

Néanmoins, du fait du recueil rétrospectif des données d'après le dossier médical des consultations, il nous était impossible de faire la distinction entre motifs de rencontre du point de vue du patient et problèmes de santé diagnostiqués par le médecin. Nous avons donc regroupé ces deux entités sous le terme « sujets abordés au cours de la consultation ». Pour chaque consultation, nous avons ainsi codé les sujets abordés et les procédures de soin résultantes. Ces données ont été extraites d'après les notes de consultation du médecin, les ordonnances, les lettres d'adressage, les documents intégrés au dossier à la date de la consultation.

Le détail des définitions des variables et de la stratégie de codage est précisé en annexe 2 et 3.

1.5.2 Items de prévention

Pour chaque consultation, en plus des sujets abordés et procédures de soins, nous avons identifié si un sujet de prévention avait été abordé et si oui, lequel. Nous avons différencié les sujets en 6 catégories : vaccination, dépistage des cancers, addiction, prévention cardio-vasculaire, dépistage des IST, autre.

1.5.3 Autres données recueillies

Les caractéristiques des médecins et des patients ont été recueillies :

- Pour chaque médecin : l'âge, le sexe, le type d'exercice et l'ancienneté d'exercice de la téléconsultation.
- Pour chaque patient : l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, le type d'assurance, la qualité de nouveau patient ou non, si le médecin était son médecin traitant ou non.

1.6 Nombre de sujets nécessaires

Le calcul du nombre de sujets nécessaires était basé sur la réalisation d'une étude pilote ainsi que sur les résultats préliminaires de l'étude TELEMED. L'étude pilote qui a eu lieu au sein d'une MSP d'Ile-de-France a trouvé 1,5 sujet abordé par téléconsultation. L'étude TELEMED, réalisée à l'été 2020, a pour sa part trouvé 2,5 motifs de consultation par téléconsultation. Néanmoins, cette étude n'était pas basée sur la CISP-2. Nous avons donc estimé le nombre moyen probable de sujets abordés à 2 par téléconsultation.

En prenant comme référence l'étude ECOGEN (40) avec 2,4 résultats de consultation par consultation en présentiel en soin primaire en France et avec un écart-type de 1, risque alpha 0,05 et puissance 0,8, le nombre de sujets nécessaires s'élevait à 198 (99 par groupe). En tenant compte de potentiels refus de participation des patients ou dossiers inexploitable, nous avons donc décidé de recruter 30 patients (15 consultations en présentiel et 15 téléconsultations) chez 10 médecins généralistes, soit 300 consultations au total (150 consultations en présentiel et 150 téléconsultations).

1.7 Analyses statistiques

Nous avons d'abord réalisé une analyse descriptive des données. Pour chaque variable quantitative, nous avons calculé la moyenne, la médiane, l'écart-type et les valeurs extrêmes. Pour chaque variable catégorielle, nous avons calculé l'effectif et le pourcentage. Une description des résultats sur l'ensemble de la population puis dans chaque groupe en fonction du type de consultation (en présentiel ou téléconsultation) a été réalisée.

Une analyse bivariée a été réalisée pour comparer les caractéristiques de la population en fonction du type de consultation, par test de Chi2 ou de Fisher pour les variables catégorielles et par test de Student ou test de Welch pour les variables quantitatives.

Une analyse bivariée concernant le nombre de sujets abordés, le nombre de procédures de soins et l'abord ou non des sujets de prévention en fonction du type de consultation a également été réalisée.

L'analyse explicative principale était la comparaison du nombre de sujets abordés en fonction du type de consultation, ajusté sur le médecin par régression de Poisson. La variable d'intérêt était le nombre de sujets abordés et les variables explicatives étaient le mode de consultation et le médecin.

Les données ont été recueillies sur Excel version 16.37 (Microsoft).

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R version 3.1.1 (R Project).

1.8 Financement et avis éthiques prévus

Il n'y a pas eu de financement pour cette étude.

L'étude a suivi les recommandations du Comité d'Éthique du CNGE et est conforme à la déclaration MR-004 de la CNIL, adressée par la Déléguée à la protection des données de l'Université Paris Cité.

2 : Résultats

2.1 Description de la population

Les tableaux 1, 2 et 3 résument les caractéristiques des médecins et des patients de l'étude. Les patients en téléconsultation étaient significativement plus jeunes, plus actifs professionnellement et moins souvent bénéficiaires de la CSS. Le taux de participation était de 88%, sans différence entre les deux groupes.

Tableau 1 : Description de la participation à l'étude

<i>Participation à l'étude</i>	Population totale	Consultation présentielle	Téléconsultation
Taux de participation	265 (88,33%)	134 (89,33%)	131 (87,33%)
Motif d'exclusion			
Opposition du patient	20 (6,67%)	9 (6,00%)	11 (7,33%)
Absence de dossier	13 (4,33%)	7 (4,67%)	6 (4,00%)
Manque de données	2 (0,67%)	0 (0%)	2 (1,33%)

Si variable catégorielle, les données sont l'effectif (pourcentage sur les données connues)

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins

Caractéristiques des médecins	
Age	44,8 (10,70) [32-64]
Sexe	
Masculin	4 (40)
Féminin	6 (60)
Type d'exercice	
Cabinet seul	1 (10%)
Cabinet de groupe	5 (50%)
MSP	4 (40%)
Lieu d'exercice	
Paris (75)	5 (50%)
Sartrouville (78)	1 (10%)
Colombes (92)	2 (20%)
Pantin (93)	2 (20%)
Année de début de téléconsultation	
2018	1 (10%)
2019	3 (30%)
2020	4 (40%)
2021	2 (20%)
Pratique de la téléconsultation	
Nombre de téléconsultations dans l'année	480,70 (271,82) [151-1106]
Nombre total de consultations dans l'année	4520,90 (1109,89) [2481-6070]
Pourcentage de téléconsultations	10,64 (4,60) [3,73-18,22]

*Si variable quantitative, les données sont la moyenne (écart-type) [valeur minimale-maximale]
Si variable catégorielle, les données sont l'effectif (pourcentage sur les données connues)
Année étudiée : du 1 mai 2021 au 30 avril 2022*

Tableau 3 : Caractéristiques des patients en fonction du type de consultation

Caractéristiques des patients	Population totale (n = 265)	Consultation présentielle (n = 134)	Téléconsultation (n = 131)	p value
Age	44,62 (15,82) [18-93]	48,13 (18,03) [18-93]	41,02 (12,26) [20-70]	0,0002
Sexe				0,0220
Masculin	96 (36,23%)	58 (43,28%)	38 (29,01%)	
Féminin	169 (63,77%)	76 (56,72%)	93 (70,99%)	
Catégorie socio-professionnelle				0,0076
Agriculteur, exploitant	1 (0,38%)	0 (0%)	1 (0,76%)	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	13 (4,91%)	5 (3,73%)	8 (6,11%)	
Cadres et professions intel- lectuelles	53 (20,00%)	23 (17,16%)	30 (22,90%)	
Professions intermédiaires	56 (21,13%)	25 (18,66%)	31 (23,66%)	
Employés	19 (7,17%)	13 (9,70%)	6 (4,58%)	
Ouvriers	7 (2,64%)	4 (2,99%)	3 (2,29%)	
Retraités	33 (12,45%)	27 (20,15%)	6 (4,58%)	
Autres personnes sans acti- vité professionnelle	13 (4,91%)	7 (5,22%)	6 (4,58%)	
Inconnu	70 (26,42%)	30 (22,39%)	40 (20,53%)	
Type d'assurance				0,025
Régime classique	211 (79,62%)	98 (73,13%)	113 (86,26%)	
CSS (ex-CMU)	12 (4,53%)	10 (7,46%)	2 (1,53%)	
AME	1 (0,38%)	1 (0,75%)	0 (0%)	
ALD	41 (14,47%)	25 (18,66%)	16 (12,21%)	
Nouveau patient				0,051
Oui	17 (6,42%)	13 (9,7%)	4 (3,95%)	
Non	248 (93,58%)	121 (90,3%)	127 (96,95%)	
Médecin traitant				0,264
Oui	226 (85,28%)	118 (88,06%)	108 (82,44%)	
Non	39 (14,72%)	16 (11,94%)	23 (17,56%)	
Nombre de téléconsulta- tions dans l'année	1,23 (1,65) [1-12]	0,34 (0,81) [0-6]	2,15 (1,80) [0-12]	< 3.10 ⁻¹⁶
Nombre de consultations en présentiel dans l'année	3,29 (2,98) [0-18]	4,01 (2,97) [1-18]	2,55 (2,82) [0-16]	0,00005
Nombre de total de consul- tations dans l'année	4,52 (3,33) [1-19]	4,35 (3,12) [1-18]	4,69 (3,53) [1-19]	0,40
<i>Si variable quantitative, les données sont la moyenne (écart-type) [valeur minimale-maximale] Si variable catégorielle, les données sont l'effectif (pourcentage sur les données connues)</i>				

2.2 Nombre de sujets abordés, procédures de soins et actes de prévention en fonction du type de consultation

Le nombre de sujets abordés et le nombre de procédures de soins étaient significativement moins importants en téléconsultation qu'en présentiel. Les actes de prévention étaient également significativement moins fréquents en téléconsultation qu'en présentiel (respectivement 14% et 53%) (Tableau 4).

Tableau 4 : Nombre de sujets abordés, procédures de soins et actes de prévention en fonction du type de consultation

<i>Critère de jugement principal</i>	Population totale (n = 265)	Consultation présentielle (n = 134)	Téléconsultation (n = 131)	p value
Nombre de sujets abordés par consultation	2,30 (1,39) [1-7]	2,80 (1,45) [1-7]	1,79 (1,12) [1-7]	<1,1.10 ⁻⁹
<i>Critères de jugement secondaires</i>				
Nombre de procédures de soins par consultation	2,82 (1,30) [1-7]	3,43 (1,19) [1-7]	2,19 (1,10) [1-7]	<2,2.10 ⁻¹⁶
Nombre de consultations abordant la prévention	90 (33,96%)	71 (52,99%)	19 (14,50%)	<9.10 ⁻¹¹
Vaccination	17 (6,42%)	13 (9,07%)	4 (3,05%)	0,050
Pathologies cancéreuses	26 (9,81%)	21 (15,67%)	5 (3,82%)	0,002
Addictologie	17 (6,42%)	15 (11,19%)	2 (1,53%)	0,003
IST	9 (3,4%)	9 (6,72%)	0 (0%)	0,007
FDR CV	25 (9,43%)	19 (14,18%)	6 (4,58%)	0,013
Autre	34 (12,83%)	26 (19,4%)	8 (6,11%)	0,002
Aucun	175 (66,04%)	63 (47,01%)	112 (85,60%)	
<i>Si variable quantitative, les données sont la moyenne (écart-type) [valeur minimale-maximale] Si variable catégorielle, les données sont l'effectif (pourcentage sur les données connues)</i>				

En analyse multivariée, le nombre de sujets abordés était significativement moins important en téléconsultation après ajustement sur le médecin : diminution du nombre de sujets abordés de 0,63 [IC 95% 0.55 - 0.72], $p = 1.65.10^{-11}$.

Après ajustement sur le médecin, l'âge du patient et le type de sécurité sociale, le nombre de sujets abordés était également significativement moins important en téléconsultation (0.70 [IC 95% 0.61 - 0.80], $p = 2,07.10^{-7}$).

Les figures 2 à 5 présentent les sujets les plus abordés en fonction du type de consultation. Au total, 177 motifs de la CISP-2 ont été abordés au moins une fois en consultation ou en téléconsultation.

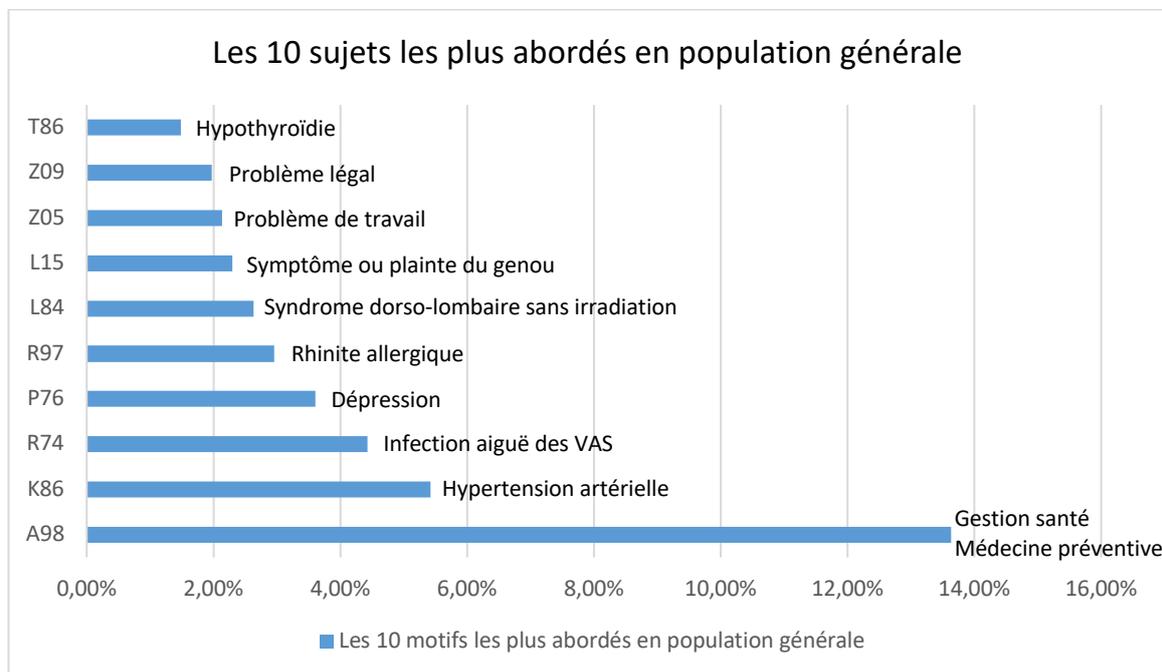


Figure 2 : Les 10 sujets les plus abordés en population générale

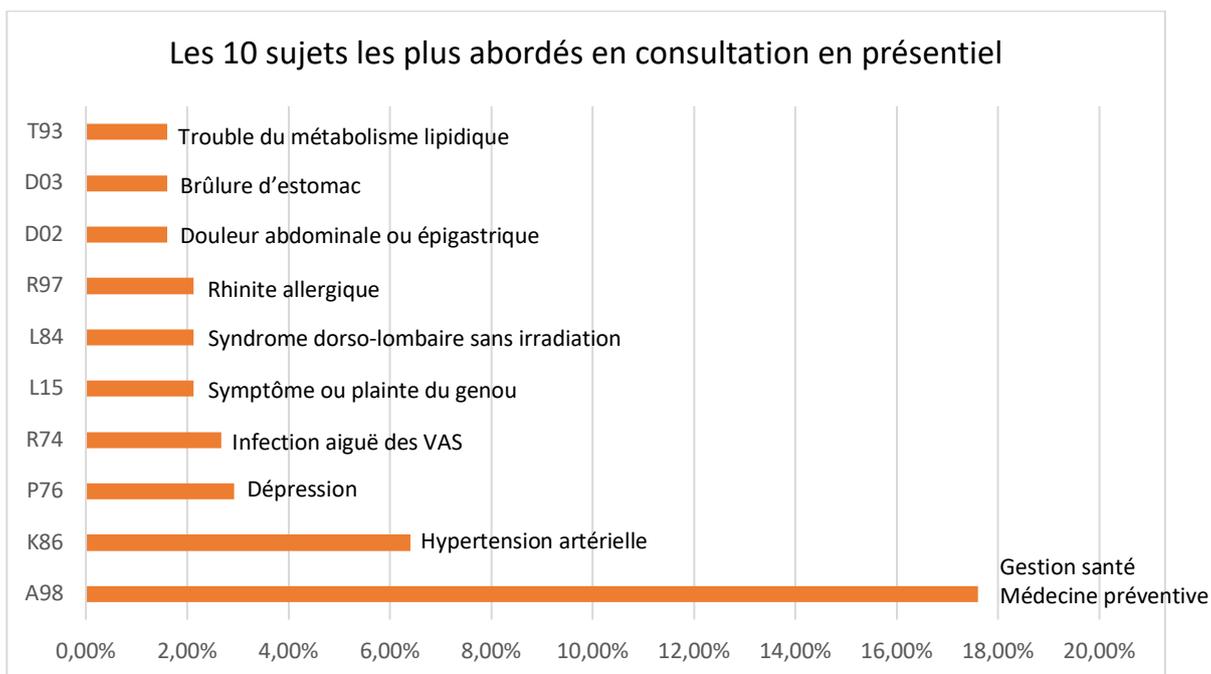


Figure 3 : Les 10 sujets les plus abordés en consultation en présentiel

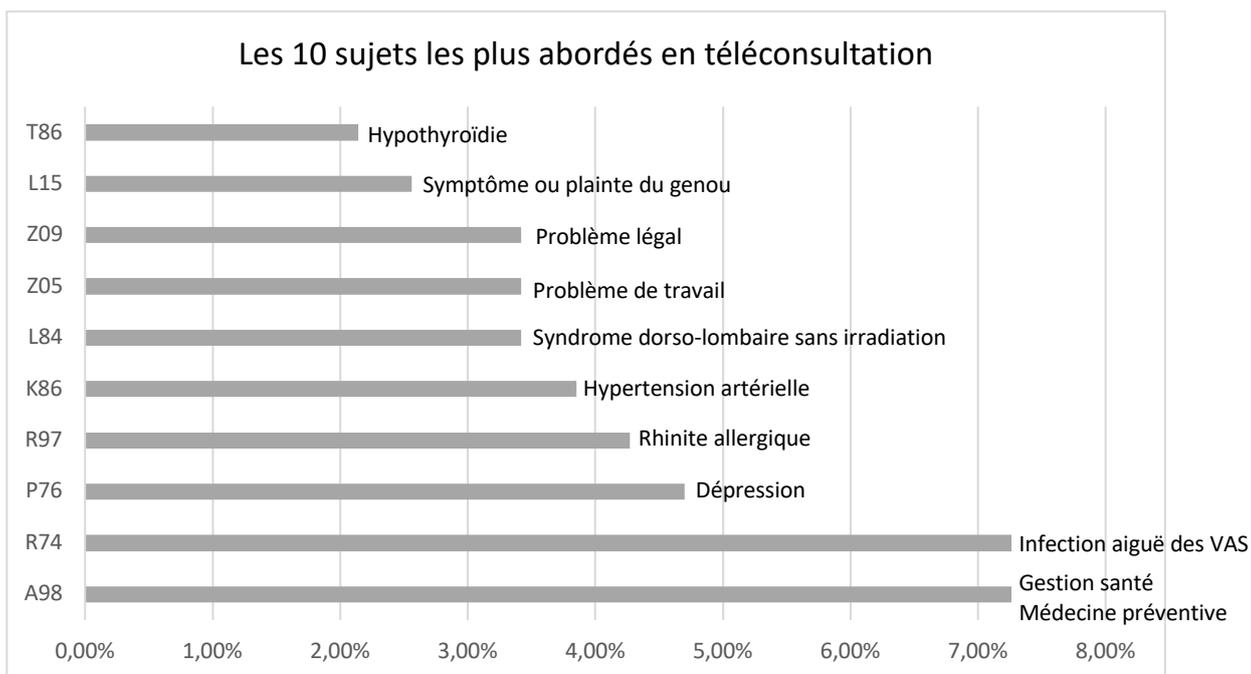


Figure 4 : Les 10 sujets les plus abordés en téléconsultation

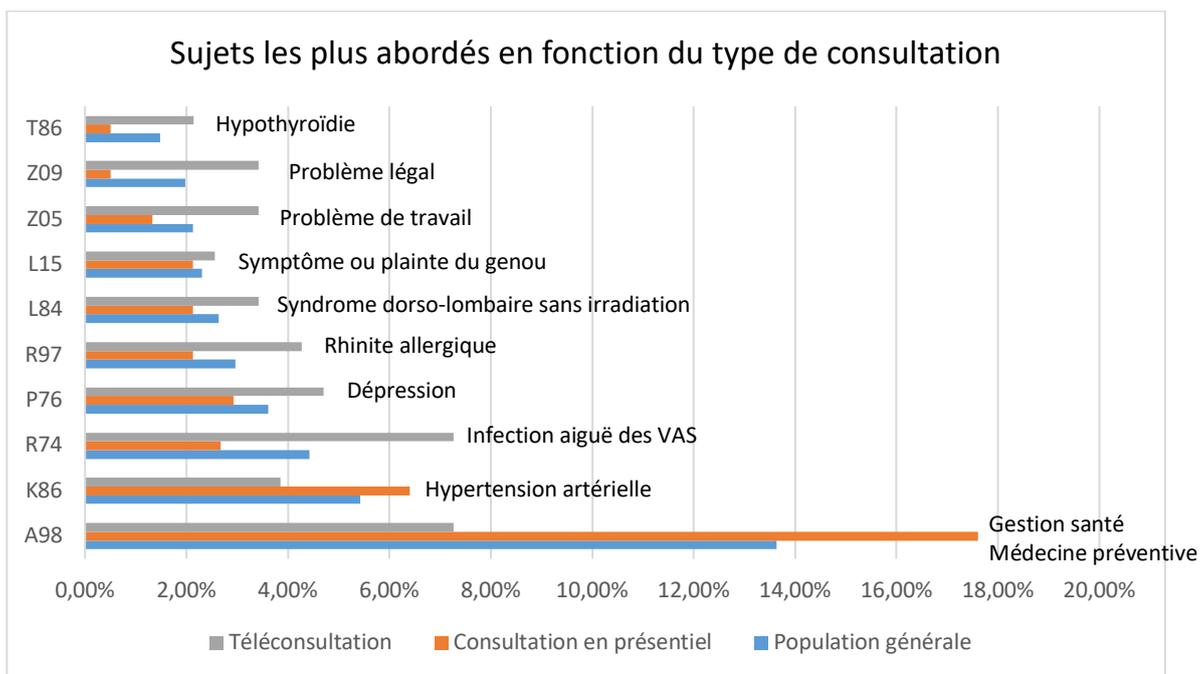


Figure 5 : Les sujets les plus abordés en fonction du type de consultation

Le motif A98 : « Gestion santé/Médecine préventive » a été utilisé lorsque qu'un sujet de prévention a été abordé. Le type d'acte de prévention était ensuite détaillé selon les catégories du tableau 4.

Le motif R74 : « Infection aiguë des VAS » regroupait tous les symptômes d'infection respiratoire haute et notamment les patients suspects ou avérés infectés par le Covid-19.

Le motif Z05 : « Problème de travail » a été utilisé lorsqu'une problématique liée au travail apparaissait dans le dossier du patient, telle qu'un conflit au travail, des symptômes ou un diagnostic d'épuisement professionnel.

Le motif Z09 : « Problème légal » a été utilisé pour chaque demande de certificat médical.

3 : Discussion

3.1 Résultats principaux

D'après notre étude, le nombre de sujets abordés moyen par consultation de médecine générale est de 2,30. Il existe une différence significative entre les consultations en présentiel (2,80 sujets abordés par consultation) et en téléconsultation (1,79 sujets abordés par consultation). Ces résultats restent significatifs en analyse multivariée avec ajustement selon le médecin, l'âge du patient et le type de sécurité sociale.

Il y a également moins de procédures de soin par consultation en téléconsultation qu'en consultation en présentiel, et les sujets de prévention sont moins abordés en téléconsultation qu'en consultation en présentiel. Ces résultats sont statistiquement significatifs y compris après analyse multivariée.

3.2 Forces et limites

3.2.1 Forces

Notre étude présente plusieurs forces.

La première force de ce travail est son originalité : il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude antérieure sur le contenu des téléconsultations en médecine générale en France.

Par ailleurs, nous avons utilisé la CISP-2, classification validée pour les soins primaires, permettant de décrire précisément l'activité de la médecine générale. Il s'agit d'une classification reproductible permettant une comparaison fiable avec d'autres données de la littérature.

Le codage des données a été réalisé par une seule investigatrice afin de limiter les biais de mesure liés à la variabilité inter-investigateur. Une étude pilote a également été réalisée en amont afin de se familiariser avec la CISP-2. Les choix de codage ont été consignés en annexe 3.

Nous avons également constitué un échantillon de médecins avec des caractéristiques variées (âge, sexe, mode d'exercice, lieu d'exercice) afin de limiter le biais de sélection et d'essayer d'obtenir une plus forte représentativité. La sélection des patients s'est faite par tirage au sort à partir des agendas des médecins.

Enfin, après avis du conseil d'éthique du CNGE, nous avons effectué des demandes de non-opposition pour la participation à l'étude pour chaque patient. Pour pallier le risque de perte de puissance lié aux refus de participation des patients, nous avons inclus un nombre de sujets plus importants que le nombre de sujets nécessaires calculé en amont.

3.2.2 Limites

Notre étude présente cependant plusieurs limites et biais.

Tout d'abord, en raison du mode de recueil rétrospectif, il existe un risque de perte de données et de mauvaise estimation globale du nombre de sujets abordés ou de procédures de soins. Cependant, les résultats de notre étude pour les consultations en présentiel sont proches de ceux connus dans la littérature. Le mode de recueil semble donc fiable. De plus, ce biais potentiel affecterait de manière homogène les consultations et les téléconsultations.

Ensuite, il y a pu avoir des différences dans le recueil des données entre les téléconsultations et les consultations en présentiel. Ce biais de confusion pourrait majorer artificiellement la différence et ce à plusieurs niveaux. En effet, si le médecin généraliste remplit moins précisément ses dossiers en téléconsultation, le nombre de sujets abordés ou de procédures de soins pourrait être sous-estimé. Il faut contrebalancer par la possibilité de prescription papier en consultation en présentiel qui aboutirait au même résultat. De plus, le recueil des données a été effectué en ouvert par l'investigatrice, ce qui a pu exercer une influence sur les résultats. Pour limiter ce biais et permettre un codage homogène, les choix de codage ont été consignés tout au long du recueil des données en annexe 3.

Un autre biais de confusion persiste dans la façon d'exercer des médecins. Notre étude repose effectivement sur la différence entre les consultations en présentiel et les téléconsultations, elle-même intrinsèquement liée au médecin. Ainsi, il est possible que certains médecins abordent beaucoup de sujets en consultation présentiel et très peu en téléconsultation,

augmentant artificiellement la différence. Cependant, on ne peut retenir ce biais puisque la différence entre téléconsultation et consultation en présentiel reste significative après ajustement sur le médecin.

Par ailleurs, la sélection des médecins s'est faite sur la base du volontariat, ce qui a pu générer un biais de sélection. La petite taille de notre échantillon limite également la représentativité de notre population. De plus, les médecins comme les patients étaient prévenus en avance de la réalisation de l'étude, ce qui a pu modifier leur comportement et impacter le contenu des consultations, bien que cela soit probablement harmonieux entre présentiel et téléconsultation. Afin de limiter ce biais, nous avons tiré au hasard sur l'ensemble des consultations réalisées sur le mois d'avril 2022.

Enfin, il existait également un risque de biais de confusion quant à la surreprésentation des téléconsultations liées à une infection au Covid-19. Nous avons donc décidé d'une période de recrutement hors des pics épidémiques ou des restrictions de déplacement.

3.3 Interprétation des résultats

3.3.1 Population étudiée et représentativité

L'échantillon de médecin de notre étude était majoritairement composé de femmes et l'âge moyen était de 44,8 ans, avec plusieurs générations représentées (de 32 à 56 ans). L'état des lieux en France en 2012 (40) retrouvait des médecins plus âgés (52,7 ans en moyenne) et majoritairement masculin. Cependant, on retrouve bien une féminisation de la profession ces dernières années (19). Nous avons étudié une population de médecins urbains en Ile-de-France, qui réalisaient en moyenne 4521 consultations par an, ce qui est plutôt moins que les médecins généralistes de l'étude ECOGEN. Tout comme dans l'étude ECOGEN, les médecins étaient tous Maître de Stage des Universités.

Dans leur pratique de la téléconsultation, les médecins respectaient tous le seuil maximal de 20% de leur activité. La téléconsultation représentait en moyenne 10,6% de leur activité, ce qui est supérieur à la moyenne nationale de 3,6% d'après la Commission Paritaire Nationale (59). Il s'agissait donc bien de médecin qui ont pérennisé leur activité de téléconsultation en dehors des périodes épidémiques et restrictives. Néanmoins, devant la faible taille de notre échantillon, il est difficile de généraliser nos résultats à la population médicale française.

La population des patients de notre étude est légèrement plus jeune en téléconsultation qu'en consultation en présentiel (âge moyen 48,1 ans en présentiel et 41 ans en téléconsultation), ce qui est concordant avec les données disponibles de l'Assurance Maladie (17). De même, les patients téléconsultants sont moins souvent bénéficiaires de la CSS ou d'une ALD, ce qui concorde avec les données de l'Assurance Maladie et du travail de thèse de Mme Darsson (19,42).

La population de notre étude est également globalement comparable avec celle de l'étude ECOGEN (après exclusion des enfants), hormis une prépondérance des cadres et professions intellectuelles au détriment des employés dans notre échantillon. Il faut cependant noter que nous n'avons pas retrouvé la profession des patients dans plus d'un quart des consultations.

3.3.2 Sujets abordés, procédures de soins et contenu des consultations

Les résultats de notre étude sur les consultations en présentiel sont très proches des données connues et notamment en comparaison avec l'étude ECOGEN (40) de 2013, étudiant le contenu des consultations en médecine générale en France et également basée sur la CISP-2.

En effet, le nombre de sujets abordés moyen par consultation de médecine générale dans notre étude est de 2,8, pour 2,6 dans l'étude ECOGEN. Il faut néanmoins préciser que cette étude était prospective et différenciait donc les motifs de consultation amenés par le patient et les résultats de consultation synthétisés par le médecin à la fin de la consultation. Notre étude recueillant des données rétrospectives sur dossier médical, il ne nous était pas possible de faire cette distinction. Une étude écossaise réalisée entre 2017 et 2018 (45), basée sur l'enregistrement audio de consultations en présentiel ou en vidéo ou par téléphone, retrouvait quant à elle 2,1 problèmes soulevés en consultation en présentiel.

En matière de procédures de soins, notre étude en retrouve en moyenne 3,4 par consultation en présentiel. Ces résultats diffèrent de l'étude ECOGEN (60) qui retrouvait en moyenne 4,8 procédures de soins par consultation. Cela peut à nouveau s'expliquer par la différence de design de notre étude, rétrospective et pouvant donc manquer des données.

Enfin, concernant le contenu des consultations, notre étude retrouve pour les téléconsultations et les consultations en présentiel confondues : en premier les motifs liés à la prévention (13,6%), puis l'hypertension artérielle (5,42%) puis les infections aiguës des voies aériennes supérieures (4,4%), enfin la dépression (3,6%) et la rhinite allergique (3%). Ces données de notre étude sont comparables avec celles disponibles dans la littérature et surtout avec l'étude ECOGEN (40) de 2013, puisqu'elles partagent le même trio de tête : médecine préventive (11% dans ECOGEN) puis hypertension artérielle (7% dans ECOGEN) puis infections aiguës des voies aériennes supérieures (4,3% dans ECOGEN). Ces données sont d'autant plus comparables qu'elles sont issues de la même classification CISP-2. En 2009, l'Observatoire de la Médecine Générale de la SFMG (41) retrouvait des motifs de consultations sensiblement similaires puisque le motif le plus fréquent était les examens systématiques et prévention à 24,3%, en troisième position l'hypertension artérielle (13,1%) et en quatrième position les rhinopharyngites et rhumes à 12,3%. Cette concordance avec la littérature permet de considérer que notre recueil de données est fiable avec une bonne cohérence externe.

3.3.3 Comparaison avec les téléconsultations

D'après notre étude, il existe des différences significatives entre les téléconsultations et les consultations en présentiel à plusieurs niveaux. Tout d'abord, sur le nombre de sujets abordés entre les consultations en présentiel : 1,79 sujets abordés par téléconsultation et 2,80 sujets abordés par consultation en présentiel. Ensuite sur les procédures de soins, moins nombreuses en téléconsultation (2,2) qu'en consultation en présentiel (3,4).

Il existe peu de littérature permettant une comparaison. Cependant, nos résultats semblent concordants avec celle existante, et notamment avec l'étude écossaise (45) déjà citée. Elle retrouvait en effet un nombre de problèmes soulevés moins important en téléconsultation qu'en consultation en présentiel : respectivement 1,5 et 2,1. De même, une étude du JAMA de 2021 (52) s'intéressant aux résultats des téléconsultations en cardiologie en comparaison avec les consultations en face à face, trouvait moins de médicaments ou d'examen complémentaires prescrits.

On peut ainsi supposer que l'absence de contact réel avec le patient en téléconsultation modifie la relation-médecin patient, voire l'appauvrit. En effet, au-delà de l'absence d'examen clinique qui empêche forcément la réalisation de certains actes ou certains diagnostics, l'écran interposé limite la communication non verbale et para-verbale. Or ces dimensions, tout comme les différents temps d'une consultation en présentiel, sont parfois des déclencheurs de discussion entre le patient et le médecin autour de motifs cachés ou non exprimés initialement.

Les médecins n'ont par ailleurs pas été formés à cette pratique, ce d'autant plus que la plupart a mis en place la téléconsultation dans un contexte d'urgence sanitaire. Ils peuvent donc être moins à l'aise avec la téléconsultation et limiter leurs investigations au motif amené par le patient.

Le contenu des téléconsultations est quant à lui proche de celui des consultations en présentiel. En effet, pour les deux pratiques, le motif le plus fréquent est la prévention (17,6% en présentiel et 7,3% en téléconsultation). En téléconsultation, on retrouve ensuite les infections aiguës des voies aériennes supérieures (7,3%), la dépression (4,7%), la rhinite allergique (4,3%) et l'hypertension artérielle (3,9%). En consultation en présentiel, le deuxième motif le plus abordé est l'hypertension artérielle (6,4%), suivi de la dépression (2,9%) puis des infections aiguës des voies aériennes supérieures (2,7%) et des plaintes du genou (2,1%). Il semblerait donc que l'exercice de téléconsultation soit assez proche en termes de sujets abordés de l'exercice classique en présentiel en soins primaires ambulatoires. Néanmoins, notre recherche n'évaluait ni la pertinence de ces sujets ni la qualité des soins fournis en téléconsultation ou en présentiel. Elle ne permettait pas non plus de savoir dans quel stade de la démarche clinique les (télé)consultations s'inscrivaient (suspicion diagnostique ? diagnostic établi ? réévaluation ?).

Par ailleurs, on observe des différences dans la suite des sujets abordés, avec notamment plus de problèmes liés au travail ou de certificats en téléconsultation qu'en consultation en présentiel, et plus de problèmes gastro-intestinaux abordés en face à face. Cela concorde avec la nécessité d'un examen clinique pour certains motifs, qui seraient donc peu appropriés à un exercice à distance.

Certaines différences peuvent aussi s'expliquer par le contexte de l'étude. Ainsi, la prépondérance de la rhinite allergique est probablement liée à la période de l'étude (avril) correspondant à la période des pollens. De même, le motif « infections aiguës des voies aériennes supérieures » comprenait les suspicions d'infection par Covid-19 (et les infections avérées). Il était plus fréquent en téléconsultation qu'en présentiel et cela peut être dû aux recommandations en vigueur au moment de l'étude qui préconisaient de privilégier les téléconsultations en cas de Covid-19.

Il est également intéressant de souligner que les données de notre étude en pratique réelle ne correspondent pas aux conseils donnés par les plateformes de téléconsultation aux patients (28,29). Ces dernières proposent en effet des motifs plus aigus et infectieux tels que les éruptions cutanées, les conjonctivites ou les infections urinaires. Cela montre qu'il existe un réel décalage entre la pratique médicale et l'image reflétée par les entreprises de téléconsultation.

3.3.4 La prévention, une différence majeure

D'après les résultats de notre étude, les motifs de prévention sont moins abordés en téléconsultation (14,5% des téléconsultations) qu'en consultation en présentiel (53% des consultations), et ce dans les différents pôles préventifs : pathologies cancéreuses, cardiovasculaires, santé sexuelle, addictologie ou vaccination.

En comparaison avec les données d'ECOGEN (40), le motif de médecine préventive est plus souvent retrouvé dans les consultations en présentiel de notre étude : près de 11% des consultations dans ECOGEN pour plus de 50% dans notre étude. Il est probable que cela soit dû à une différence de cotation puisque nous avons décidé d'utiliser un motif commun pour tous les sujets de prévention, ce qui n'est probablement pas le cas dans ECOGEN. Néanmoins, la même cotation a été utilisée pour les téléconsultations dans notre étude ce qui permet l'homogénéité de comparaison au sein de notre étude. De plus, d'après les données recueillies par la DREES en 2021 (61), les médecins exerçant en MSP (soit 40% des médecins de notre étude) sont plus enclins à participer à des actions de prévention.

Nos résultats sont par ailleurs concordants avec une étude publiée dans le JAMA en 2020 (46) comparant le contenu des téléconsultations et des consultations en présentiel aux Etats-Unis pendant la période Covid-19. Parmi les paramètres étudiés, il était en effet retrouvé

une diminution significative de la mesure de la pression artérielle et du dosage du cholestérol et donc de la prévention du risque cardiovasculaire. Les autres items de prévention n'avaient pas été étudiés. De même, dans les deux travaux de thèse (43,44) utilisant les données de l'étude TELEMED, les motifs de prévention représentent de 13 à 19% des téléconsultations, ce qui concorde avec les résultats de notre étude.

Ces résultats semblent donc montrer que la pratique de la téléconsultation actuelle développe peu le versant préventif, pourtant pierre angulaire de la médecine générale. Ces résultats sont assez surprenants car on aurait pu penser que l'activité de téléconsultation pouvait théoriquement être adaptée aux motifs préventifs ne nécessitant la plupart du temps pas d'examen clinique (addictologie, dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires, dépistage des IST, ...). On peut ainsi notamment souligner l'absence de dépistage des IST dans notre échantillon de téléconsultation, alors que les patients y sont plus jeunes qu'en consultation en présentiel. De même pour l'addictologie, si l'on se base sur les données déclaratives des médecins généralistes en 2021 (62), 66% des praticiens déclarent effectuer « un repérage systématique et de manière renouvelée pour chacun de leurs patients » en matière de tabac, 43% pour l'alcool et 24% pour le cannabis, ce qui semble loin des chiffres retrouvés dans notre étude (motif d'addictologie abordé dans 11,2 % des consultations en présentiel et 1,5% des téléconsultations). La part déclarative des chiffres de la DREES peut surestimer la réalité de la pratique. Cela questionne cependant sur les mécanismes en cause quant à la diminution des pratiques préventives en téléconsultation et notamment sur une possible perte de spontanéité des médecins. En effet, d'après les données de la DREES, en addictologie du moins, la plupart des médecins (68%) sont proactifs dans le repérage et l'intervention brève. La nette diminution de la prévention des pathologies cancéreuses en téléconsultation peut d'autre part être en partie expliquée par le fait que deux des trois dépistages organisés nécessitent un contact direct avec le patient (remise du kit de dépistage pour le cancer colorectal et réalisation du frottis au cours d'un examen gynécologie pour le cancer du col de l'utérus). Il en va de même pour la réalisation de l'acte technique de vaccination, bien que la prescription ne nécessite quant à elle aucun examen clinique.

De manière globale, au regard du travail de thèse qualitative de Mme Bouziane-Rahmani en 2015 (63), les médecins généralistes interrogés déclaraient avoir une démarche de

prévention limitée notamment par le temps de consultation et le nombre de motifs déjà abordés au cours de la consultation. Cela semble être en contradiction avec les résultats de notre étude dans laquelle moins de sujets sont abordés en téléconsultation et pour autant moins de prévention également. Il existe donc d'autres freins à la démarche préventive en téléconsultation qu'il serait intéressant d'étudier. Il apparaît ainsi important que la téléconsultation, telle que pratiquée actuellement, s'inscrive en association avec un suivi en présentiel qui permet une prise en charge plus globale du patient.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif de décrire le contenu des téléconsultations en médecine générale et de le comparer avec les consultations en présentiel.

Il en résulte qu'il y a significativement moins de sujets abordés en téléconsultation qu'en consultation en présentiel au cabinet du généraliste. Le contenu de ces téléconsultations est sensiblement le même qu'en face à face, avec comme différence majeure la faible prévalence des motifs de prévention en téléconsultation.

Par ailleurs, notre étude ne nous a pas permis d'évaluer à quel stade de la prise en charge les téléconsultations se situent : s'agit-il du diagnostic initial ou du suivi ou de réévaluation ? De même, aucune analyse n'a été faite quant à la qualité des soins proposés en présentiel ou en téléconsultation. Ainsi, il pourrait être intéressant d'évaluer ces critères au cours d'autres études et de permettre une meilleure représentativité des résultats avec un échantillon de plus grande taille ou un design prospectif.

En conclusion, la téléconsultation en soins primaires peut donc avoir sa place dans le suivi des patients mais ne peut se substituer entièrement aux soins en présentiel afin de permettre une prise en charge globale des patients. Les médecins généralistes se doivent d'être conscients que leur exercice est différent entre les consultations classiques et les téléconsultations et adapter leur pratique.

Bibliographie

1. [En ligne]. Article L6316-1 - Code de la santé publique - Légifrance [cité le 11 novembre 2021]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LE-GIARTI000038887059/
2. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1).
3. [En ligne]. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [cité le 1 novembre 2021]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483
4. Décision du 10 juillet 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
5. [En ligne]. Covid-19 : le point sur les mesures dérogatoires pour les médecins [cité le 23 juin 2022]. Disponible: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/covid-19-le-point-sur-les-mesures-derogatoires-pour-les-medecins>
6. [En ligne]. Charte de bonnes pratiques de la téléconsultation [cité le 13 avril 2022]. Disponible: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/charte-de-bonnes-pratiques-de-la-teleconsultation>
7. HAS. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [En ligne]. juillet 2013 [cité le. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/efficience_tlm_vf_2013-07-18_14-48-38_743.pdf
8. Revue Medicale Suisse [En ligne]. Téléconsultation : outil de communication médecin-patient ou révolution dans la pratique médicale ? [cité le 24 juin 2022]. Disponible: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-620/teleconsultation-outil-de-communication-medecin-patient-ou-revolution-dans-la-pratique-medicale>
9. Thouret É. La télémédecine auprès des médecins généralistes libéraux du Puy-de-Dôme. 2019;85.
10. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. 2017;156.
11. HAS. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise [En ligne]. mai 2019 [cité le. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf
12. [En ligne]. Téléconsultation [cité le 20 janvier 2021]. Disponible: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/telemedecine/teleconsultation>

13. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. Etudes & Résultats. (1162).
14. Institut CSA, France Assos Santé. Les Français et la e-santé [En ligne]. juillet 2021 [cité le. Disponible: <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2021/09/CSA-pour-France-Assos-Sante-Les-Francais-et-la-e-sante-Resultats-Patients-Rapport-27Juill2.pdf>]
15. Martini B. Pratique ambulatoire de téléconsultation en médecine générale à partir d'une station mobile de télémedecine. 2020;136.
16. Dire C. Raisons du retard au déploiement de la téléconsultation en médecine générale, Revue de la littérature de 2015 à 2020. Université de Poitiers; 2021.
17. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. juillet 2020.
18. CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 [En ligne]. juillet 2021 [cité le. Disponible: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_3.pdf]
19. Rapports « Charges et produits » de la Cnam, 30 mesures pour 1,2 milliard d'euros d'économies en 2023. [En ligne]. Snitem [cité le 5 septembre 2022].
20. COMITÉ NATIONAL PILOTE D'ÉTHIQUE DU NUMÉRIQUE. Enjeux d'éthique liés aux outils numériques en télémedecine et télésoin dans le contexte de la COVID-19 [En ligne]. juillet 2020 [cité le. Disponible: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/cnpen-bulletin-telemedecine-2020-07-21.pdf>]
21. CNOM. La Télémedecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales : Rappel des positions du Conseil national de l'Ordre des médecins. [En ligne]. février 2018 [cité le. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/tmzmr/cnom_telemedecine-uberisation.pdf]
22. CNOM. Mésusage de la télémedecine. 2020.
23. Collège de la Médecine Générale. La Télémedecine en médecine générale [En ligne]. mars 2021 [cité le. Disponible: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/02/Telemedecine-en-MG-20210318.pdf>]
24. Car J, Koh GC-H, Foong PS, Wang CJ. Video consultations in primary and specialist care during the covid-19 pandemic and beyond. BMJ. British Medical Journal Publishing Group; 2020;371:m3945. DOI: 10.1136/bmj.m3945
25. CMG, CNP de pédiatrie. Contribution du CNP de Médecine Générale et du CNP de Pédiatrie suite à la saisine de la DGS et de la DGOS pour produire des recommandations de bonnes pratiques concernant la prescription d'antibiotiques à l'occasion des infections aiguës en soins primaires. [En ligne]. février 2021 [cité le. Disponible:

<https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/02/Contribution-CMG-Antibioresistance-2021-02.pdf>

26. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ. British Medical Journal Publishing Group*; 2020;368:m1182. DOI: 10.1136/bmj.m1182
27. Smith K, Ostinelli E, Macdonald O, Cipriani A. COVID-19 and Telepsychiatry: Development of Evidence-Based Guidance for Clinicians. *JMIR Ment Health*. 2020;7(8):e21108. DOI: 10.2196/21108
28. Doctolib Blog [En ligne]. 28 mai 2020. Les motifs de consultation vidéo en médecine générale [cité le 20 juin 2022]. Disponible: <https://info.doctolib.fr/blog/les-motifs-de-consultation-video-en-medecine-generale/>
29. Qare [En ligne]. 20 mai 2020. Les 5 motifs de téléconsultation les plus courants Qare [cité le 20 juin 2022]. Disponible: <https://www.qare.fr/blog/5-motifs-de-teleconsultation/>
30. HAS. Consulter et se faire soigner à distance. Téléconsultation et télésoin [En ligne]. mai 2021 [cité le . Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/has_fiche_teleconsultation-telesoin.pdf
31. Ramaswamy A, Yu M, Drangsholt S, Ng E, Culligan PJ, Schlegel PN, et al. Patient Satisfaction With Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(9):e20786. DOI: 10.2196/20786
32. Souffes S. Ressenti des patients sur la téléconsultation : étude qualitative réalisée dans le Bergeracois. 2021;81.
33. [En ligne]. L'ANS publie un nouveau baromètre sur la télémédecine [cité le 25 juin 2022]. Disponible: <https://esante.gouv.fr/actualites/lans-publie-un-nouveau-barometre-sur-la-telemedecine>
34. Nordtug M, Hvidt EA, Lùchau EC, Grønning A. General Practitioners' Experiences of Professional Uncertainties Emerging from the Introduction of Video Consultations in General Practice: Qualitative Study. *JMIR Formative Research*. 2022;6(6):e36289. DOI: 10.2196/36289
35. Zentner K, Gaine G, Ethridge P, Surood S, Abba-Aji A. Clinicians' Attitudes Toward Telepsychology in Addiction and Mental Health Services, and Prediction of Postpandemic Telepsychology Uptake: Cross-sectional Study. *JMIR Formative Research*. 2022;6(5):e35535. DOI: 10.2196/35535
36. Hatem Khanchouche. Téléconsultation en médecine générale : le ressenti des médecins. 2020.
37. Dubois-Roussel R. Attentes et représentations de médecins généralistes d'Île-de-France sur la téléconsultation assistée par une IDE pour les patients dépendants au domicile. Université Paris Cité; 2022.

38. Carrier A, Fernez K, Chrusciel J, Laplanche D, Cormi C, Sanchez S. Gaps to Best Practices for Teleconsultations Performed by General Practitioners: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(10):6220. DOI: 10.3390/ijerph19106220
39. SFMG, CATEL. Recommandations sur la téléconsultation des professionnels de santé aux institutionnels [En ligne]. Disponible: http://www.sfm.org/data/actualite/actualite_fiche/520/fichier_recommandations-collectif-teleconsultation-web5d4a2.pdf
40. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *exercer*. 2014;25(114):148-57.
41. [En ligne]. OMG - Top 50 des RC [cité le 27 juin 2022]. Disponible: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
42. Darrason A. Description de l'activité de téléconsultation des médecins généralistes durant le premier confinement lié à l'épidémie de Covid-19. 2022;67.
43. Gabrielle U. Quelle place pour la téléconsultation en soins primaires ? Etude quantitative d'acceptabilité auprès de patients, à l'issue de téléconsultations vidéo. 2022.
44. Krob S. Les facteurs associés à la propension à réaliser de futures téléconsultations chez les patients ayant effectué une téléconsultation en période de pandémie de la Covid-19. 2021.
45. Hammersley V, Donaghy E, Parker R, McNeilly H, Atherton H, Bikker A, et al. Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *Br J Gen Pract*. 2019;69(686):e595-604. DOI: 10.3399/bjgp19X704573
46. Alexander GC, Tajanlangit M, Heyward J, Mansour O, Qato DM, Stafford RS. Use and Content of Primary Care Office-Based vs Telemedicine Care Visits During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10). DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.21476
47. Bastola M, Locatis C, Fontelo P. Diagnostic Reliability of In-Person Versus Remote Dermatology: A Meta-Analysis. *Telemed J E Health*. 2021;27(3):247-50. DOI: 10.1089/tmj.2020.0043
48. KN R, Z S, CA G, SJ P, L U-P, A M. Antibiotic Prescribing During Pediatric Direct-to-Consumer Telemedicine Visits. *Pediatrics*. 2019;143(5):e20190631.
49. Uscher-Pines L, Mulcahy A, Cowling D, Hunter G, Burns R, Mehrotra A. Antibiotic Prescribing for Acute Respiratory Infections in Direct-to-Consumer Telemedicine Visits. *JAMA Internal Medicine*. 2015;175(7):1234-5. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.2024
50. Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik GJ. A comparison of care at e-visits and physician office visits for sinusitis and urinary tract infection. *JAMA Intern Med*. 2013;173(1):72-4. DOI: 10.1001/2013.jamainternmed.305

51. Anoot C, de Brandt D. Pertinence de la téléconsultation en médecine générale : Étude comparative sur les délais de reconsultation après téléconsultation (TCG) versus consultation (Gs). 2021.
52. Yuan N, Pevnick JM, Botting PG, Elad Y, Miller SJ, Cheng S, et al. Patient Use and Clinical Practice Patterns of Remote Cardiology Clinic Visits in the Era of COVID-19. JAMA Network Open. 2021;4(4):e214157. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.4157
53. Carrillo de Albornoz S, Sia K-L, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. Fam Pract. 2021;cmab077. DOI: 10.1093/fampra/cmab077
54. Demaerschalk BM, Pines A, Butterfield R, Haglin JM, Haddad TC, Yiannias J, et al. Assessment of Clinician Diagnostic Concordance With Video Telemedicine in the Integrated Multispecialty Practice at Mayo Clinic During the Beginning of COVID-19 Pandemic From March to June 2020. JAMA Network Open. 2022;5(9):e2229958. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.29958
55. Letrilliart L. CISP-2 : qué saco ? Exercer. 2014;25(114):158-61.
56. ASIP, WONCA. Classification internationale des soins primaires (CISP) Version 2 (CISP-2) Présentation détaillée [En ligne]. Disponible: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/cgts_sem_cisp_fiche-detaillee.pdf
57. WONCA. An introduction to the International Classification of Primary Care Version 2 [En ligne]. Disponible: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000098/0000054.pdf>
58. [En ligne]. International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2) [cité le 30 octobre 2021]. Disponible: <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-primary-care>
59. Le Quotidien du Médecin [En ligne]. Téléconsultations : ces spécialités qui dépassent le seuil maximal [cité le 5 septembre 2022]. Disponible: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/teleconsultations-ces-specialites-qui-depassent-le-seuil-maximal>
60. Hsiung L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. Exercer. 2014;25(114):162-9.
61. David S, Buyck J-F, Metten M-A. Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. 2021;(1197). Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/er1197.pdf>
62. David S, Buyck J-F, Metten M-A. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients [En ligne]. juillet 2021 [cité le. (Les dossier de la DREES). Rapport no 80. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/DD80.pdf>

63. Bouziane-Rahmani Y. La démarche de prévention des médecins généralistes au cabinet médical : enquête qualitative par entretiens semi dirigés de 13 médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2015;70.

Table des figures

<i>Figure 1 : Evolution du nombre de téléconsultations par mois avant la crise sanitaire – [CNAM 2021]</i>	<i>13</i>
<i>Figure 2 : Les 10 sujets les plus abordés en population générale</i>	<i>34</i>
<i>Figure 3 : Les 10 sujets les plus abordés en consultation en présentiel</i>	<i>35</i>
<i>Figure 4 : Les 10 sujets les plus abordés en téléconsultation</i>	<i>35</i>
<i>Figure 5 : Les sujets les plus abordés en fonction du type de consultation</i>	<i>36</i>

Sauf mention contraire, les figures sont de l’auteure.

Table des tableaux

<i>Tableau 1 : Description de la participation à l'étude</i>	30
<i>Tableau 2 : Caractéristiques des médecins</i>	31
<i>Tableau 3 : Caractéristiques des patients en fonction du type de consultation</i>	32
<i>Tableau 4 : Nombre de sujets abordés, procédures de soins et actes de prévention en fonction du type de consultation</i>	33

Sauf mention contraire, les tableaux sont de l'auteure.

Annexes

ANNEXE 1 : CISP- 2

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B26 Peur du cancer du sang/lymph.	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes
-32 Test de sensibilité	B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F04 Taches visuelles/flottantes	L04 S/P du thorax
-33 Ex microbiologique/immunologique	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire
-34 Autre analyse de sang	B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F13 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire
-35 Autre analyse d'urine	B70 Adénite aiguë	F14 Mouvements oculaires anormaux	L08 S/P de l'épaule
-36 Autre analyse de selles	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F15 Apparence anormale de l'œil	L09 S/P du bras
-37 Cytologie/histologie	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F16 S/P de la paupière	L10 S/P du coude
-38 Autre analyse de laboratoire	B73 Leucémie	F17 S/P lunettes	L11 S/P du poignet
-39 Epreuve fonctionnelle	B74 Autre cancer du sang	F18 S/P lentilles de contact	L12 S/P de la main et du doigt
-40 Endoscopie	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F22 Limitation de la fonction/incap. (F)	L13 S/P de la hanche
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B76 Rupture traumat. de la rate	F70 Conjunctivite infectieuse	L14 S/P de la jambe et de la cuisse
-42 Tracé électrique	B77 Autre traumat. sang/lymph/rate	F71 Conjunctivite allergique	L15 S/P du genou
-43 Autre procédure diagnostique	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F72 Biphéarite, orgelet, chalazion	L16 S/P de la cheville
-44 Vaccination/médication préventive	B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L17 S/P du pied et de l'orteil
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	B80 Anémie par déficience en fer	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L18 Douleur musculaire
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L19 S/P musculaire NCA
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B82 Autre anémie/indét.	F76 CE dans l'œil	L20 S/P d'une articulation NCA
-48 Clarification de la demande du patient	B83 Purpura/défaut de coagulation	F77 Autre lésion traumat. de l'œil	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-49 Autre procédure préventive	B84 Globules blancs anormaux	F78 Décollement de la rétine	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul.
-50 Médication/précription/injection	B87 Splénomégalie	F79 Autre lésion traumat. de l'œil	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
-51 Incision/drainage/aspiration	B90 Infection par le virus HIV, SIDA	F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant	L29 Autre S/P ostéo-articulaire
-52 Excision/biopsie/cauté/débridement	B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F81 Autre anom. congénitale de l'œil	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage	Syst. Digestif D	F82 Décollement de la rétine	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
-54 Répar./fixation/sutures/plâtre/prothèse	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	F83 Rétinopathie	L72 Fracture du radius/du cubitus
-55 Traitement local/infiltration	D02 Douleur abdominale/épigastrique	F84 Dégénérescence maculaire	L73 Fracture du tibia/du péroné
-56 Pansement/compression/bandage	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	F85 Ulcère de la cornée	L74 Fracture de la main/du pied
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D04 Douleur rectale/anales	F86 Trachome	L75 Fracture du fémur
-58 Conseil thérap./écoute/examens	D05 Démangeaisons périanales	F87 Déficit de réfraction	L76 Autre fracture
-59 Autres procédures thérapeutiques	D06 Autre douleur abdominale loc.	F88 Cataracte	L77 Entorse de la cheville
-60 Résultats analyses/examens	D07 Dyspepsie/indigestion	F89 Autre maladie de l'œil/annexes	L78 Entorse du genou
-61 Résultats ex/procéd autre dispensateur	D08 Flatulence/gaz/renvoi	Oreille H	L79 Entorse articulaire NCA
-62 Contact administratif	D09 Nausée	H01 Douleur d'oreille/otalgie	L80 Luxation et subluxation
-63 Rencontre de suivi	D10 Vomissement	H02 P. d'audition	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.	D11 Diarrhée	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers	D12 Constipation	H04 Ecoulement de l'oreille	L83 Syndrome cervical
-66 Référence à dispens. SSP non médecin	D13 Jaunisse	H05 Saignement de l'oreille	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-67 Référence à médecin	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H13 Sensation d'oreille bouchée	L85 Déformation acquise de la colonne
-68 Autre référence	D15 Méliana	H15 Précoc. par l'aspect des oreilles	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
-69 Autres procédures	D16 Saignement rectal	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	L87 Bursite, tenosite, synovite NCA
Général et non spécifié A	D17 Incontinence rectale	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
A01 Douleur générale/de sites multiples	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H70 Otite externe	L89 Coxarthrose
A02 Frissons	D19 S/P dents/gencives	H71 Otite moyenne aiguë/myringite	L90 Gonarthrose
A03 Fièvre	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H72 Otite moyenne séreuse	L91 Autre arthrose
A04 Fatigue/faiblesse générale	D21 P. de déglutition	H73 Salpingite d'eustachie	L92 Syndrome de l'épaule
A05 Sensation d'être malade	D23 Hépatomégalie	H74 Otite moyenne chronique	L93 Coude du joueur de tennis
A06 Evanouissement/syncope	D24 Masse abdominale NCA	H75 Tumeur de l'oreille	L94 Ostéochondrose
A07 Coma	D25 Distension abdominale	H76 CE dans l'oreille	L95 Ostéoporose
A08 Gonflement	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H77 Perforation du tympan	L96 Lésion aiguë interne du genou
A09 P. de transpiration	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
A10 Saignement/hémorragie NCA	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille	L98 Déformation acquise membres inf.
A11 Douleur thoracique NCA	D29 Autre S/P du syst. digestif	H80 Anom. congénitale de l'oreille	L99 Autre maladie ostéo-articulaire
A12 Préoc. par/peur traitement médical	D70 Infection gastro-intestinale	H81 Excès de cérumen	Neurologique N
A13 Préoc. par/peur traitement médical	D71 Oreillons	H82 Syndrome vertigineux	N01 Mal de tête
A16 Nourrisson irritable	D72 Hépatite virale	H83 Otosclérose	N02 Douleur de la face
A18 Préoc. par son aspect extérieur	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	H84 Presbycusie	N04 Jambes sans repos
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie	D74 Cancer de l'estomac	H85 Traumatisme sonore	N05 Pourmoulements doigts, pieds, orteils
A22 Limitation de la fonction/incap. NCA	D75 Cancer du colon/du rectum	H86 Surdité	N06 Autre perturbation de la sensibilité
A23 Facteur de risque de cancer	D76 Cancer du pancréas	H89 Autre maladie de l'oreille/mastoïde	N07 Convulsion/crise comitiale
A25 Peur de la mort, de mourir	D77 Autre cancer digestif/NCA	Cardio-vasculaire K	N08 Mouvements involontaires anormaux
A26 Peur du cancer NCA	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	K01 Douleur cardiaque	N16 Perturbation du goût/de l'odorat
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D79 CE du syst. digestif	K02 Oppression/constriction cardiaque	N17 Vertige/étourdissement
A28 Autre S/P général	D80 Autre traumat. du syst. digestif	K03 Douleur cardiovasculaire NCA	N18 Paralysie/faiblesse
A70 Tuberculose	D81 Anom. congénitale du syst. digestif	K04 Palpita./perception battements card.	N19 Trouble de la parole
A71 Rougeole	D82 Maladie des dents/des gencives	K05 Autre battement cardiaque irrégulier	N26 Peur d'un cancer neurologique
A72 Varicelle	D83 Maladie bouche/langue/lèvres	K06 Veines proéminentes	N27 Peur d'une autre maladie neurologique
A73 Paludisme	D84 Maladie de l'oesophage	K07 Oedème, gonflement des chevilles	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
A74 Rubéole	D85 Ulcère duodénal	K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N29 Autre S/P neurologique
A75 Mononucléose infectieuse	D86 Autre ulcère peptique	K23 Peur d' hypertension	N70 Polymyélite
A76 Autre exanthème viral	D87 Trouble de la fonction gastrique	K24 Peur d'une maladie de cœur	N71 Méninigit/encéphalite NCA
A77 autre maladie virale NCA	D88 Appendicite	K25 Peur d' hypertension	N72 Tétanos
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D89 Hernie inguinale	K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire	N73 Autre infection neurologique
A79 Cancer NCA	D90 Hernie hiatale	K28 Limitation de la fonction/incap. (K)	N74 Cancer du syst. neurologique
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D91 Autre hernie abdominale	K29 Autre S/P cardiovasculaire	N75 Tumeur bénigne neurologique
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D92 Maladie diverticulaire	K70 Infection du syst. cardio-vasculaire	N76 Autre tumeur indét. neurologique
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D93 Syndrome du colon irritable	K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale	N79 Commotion
A84 Intoxication par subst. médicinales	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse	K72 Tumeur cardio-vasculaire	N80 Autre lésion traumat. de la tête
A85 Effet sec. subst. médicinales	D95 Fissure anale/abcès péréal	K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N81 Autre lésion traumat. neurologique
A86 Effet toxique subst. non médicinales	D96 Vers/autre parasite	K74 Cardiopathie ischémique avec angor	N85 Anom. congénitale neurologique
A87 Complication de traitement médical	D97 Maladie du foie NCA	K75 Infarctus myocardique aigu	N87 Syndrome parkinsonien
A88 Effet sec. de facteur physique	D98 Cholécytite/cholélithiase	K76 Cardiopathie ischémique sans angor	N88 Epilepsie
A89 Effet sec. de matériel prothétique	D99 Autre maladie du syst. Digestif	K77 Décompensation cardiaque	N89 Migraine
A90 Anom. congénitale NCA/multiple	CODES PROCÉDURE	K78 Fibrillation auriculaire/futter	N90 Algie vasculaire de la face
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA	SYMPTÔMES ET PLAINTES	K79 Tachycardie paroxystique	N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell
A92 Allergie/réaction allergique NCA	INFECTIONS	K80 Arythmie cardiaque NCA	N92 Névralgie du trijumeau
A93 Nouveau-né prématuré	NÉOPLASMES	K81 Souffle cardiaque/artériel NCA	N93 Syndrome du canal carpien
A94 Autre morbidité périnatale	TRAUMATISMES	K82 Cœur pulmonaire	N94 Névrite/neuropathie périphérique
A95 Mortalité périnatale	ANOMALIES CONGÉNITALES	K83 Valvulopathie NCA	N95 Céphalée de tension
A96 Mort	AUTRES DIAGNOSTICS	K84 Autre maladie cardiaque	N99 Autre maladie neurologique
A97 Pas de maladie		K85 Pression sanguine élevée	
A98 Gestion santé/médecine préventive		K86 Hypertension non compliquée	
A99 Maladie de nature/site non précisé		K87 Hypertension avec complication	
		K88 Hypotension orthostatique	
		K89 Ischémie cérébrale transitoire	
		K90 Accident vasculaire cérébral	
		K91 Maladie cérébrovasculaire	
		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.	
		K93 Embolie pulmonaire	
		K94 Phlébite et thrombophlébite	
		K95 Varices des jambes	
		K96 Hémorroïdes	
		K99 Autre maladie cardio-vasculaire	

Annexe 2 - Lexique

- o Sujets abordés : les sujets abordés correspondaient aux différents sujets qui ont été retranscrits dans le dossier au cours de la consultation par le médecin et regroupaient les motifs de consultation amenés par le patient et les résultats de consultation identifiés par le médecin. Dans le cadre de l'analyse rétrospective des dossiers, tous les documents de la consultation permettaient de retrouver les sujets abordés : le dossier médical, les ordonnances éditées, les courriers de spécialistes, les documents scannés au cours de la consultation. Ces sujets étaient ensuite codés selon la classification CISP-2 des composants de 1 à 29 (symptômes et plaintes) ou de 70 à 99 (diagnostics et maladies). Le sujet abordé n'était codé qu'une seule fois même si plusieurs parties du dossier y faisaient référence. *Par exemple : on trouvait dans les notes brûlures mictionnelles, fièvre, douleur lombaire, une prescription d'antibiotiques, et en conclusion de la consultation "diagnostic de pyélonéphrite" => codage U70 pyélonéphrite/pyélite.* Néanmoins, si un point du dossier n'était pas assez clair à l'investigateur et ne permettait pas l'identification précise d'une pathologie ou d'un symptôme, il n'était pas codé. *Par exemple : prescription d'une échographie abdominale sans précision sur le motif => pas de codage du sujet abordé.*
- o Procédures de soin : les procédures de soin correspondaient aux résultats des consultations, établis d'après les dossiers médicaux. Elles étaient codées d'après la CISP-2 parmi les composantes de 30 à 49 (procédures diagnostiques et préventives), 50 à 59 (procédures thérapeutiques et médicaments), 60-61 (résultats d'examens complémentaires), 62 (procédures administratives) et 63 à 69 (références et autres motifs de rencontre).
- o Prévention : Il n'existe pas de classification validée des actes de prévention en médecine générale. Les motifs de prévention ont donc été classés en 7 catégories de la manière suivante :
 - **Vaccination** : il s'agissait des consultations où le sujet de la vaccination avait été abordé même sans prescription de vaccin (mention dans le dossier), ou prescription d'un vaccin ou réalisation d'une vaccination.
 - **Dépistage des pathologies cancéreuses** : il s'agissait des consultations où le dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus ou colorectal ou individuel de ces mêmes cancers ou d'autres (prostate, mélanome, ...), avait été abordé sous forme de

mention dans le dossier ou remise des ordonnances ou kits de prévention ou réalisation du frottis cervico-utérin ou orientation vers un autre acteur dans ce but.

- **Addictologie** : il s'agissait des consultations où la consommation de toxiques (alcool, tabac ou stupéfiant) avait été abordée, sous forme de recueil de ces données, intervention brève ou consultation longue, prescription de traitement substitutif ou orientation vers une prise en charge addictologique. Dans le cas des premières consultations, si la consommation de toxiques avait été renseignée et même si elle était nulle, il était considéré dans l'étude qu'une forme de prévention addictologique avait été effectuée.
- **Dépistage des infections sexuellement transmissibles** : il s'agissait des consultations où le dépistage des IST avait été abordé dans le cadre de la prévention, c'est-à-dire sans qu'il y ait mention dans le dossier de symptômes ou de prise de risque sexuelle récente.
- **Facteurs de risques cardiovasculaires** : il s'agissait des consultations pendant lesquelles le dépistage de pathologies cardio-vasculaires chez des patients sans antécédent cardio-vasculaire (diabète, hypertension, cardiopathie ischémique, accident vasculaire-cérébral, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) avait été abordé. Cette prévention pouvait prendre la forme d'une trace de discussion autour du poids, de l'activité physique ou du régime ou encore la prescription d'une biologie avec glycémie ou exploration des anomalies lipidiques.
- **Autre** : il s'agissait des consultations au cours desquelles d'autres actes de prévention ne rentrant pas dans les catégories déjà citées avaient été réalisés. Il s'agit notamment des bilans biologiques "check-up" chez un patient sans antécédent ou de la prescription de vitamine D en hiver.
- **Aucune** : aucune trace de sujet autour de la prévention n'avait été retrouvée dans le dossier à la date de la consultation.

Annexe 3 - Stratégie de codage des sujets abordés et des procédures

Afin d'harmoniser le recueil des données des consultations des différents praticiens, nous avons réfléchi à une stratégie détaillée de codage des sujets abordés et des procédures de soin de la manière suivante :

1/ Sujets abordés

- Si le patient venait pour montrer les résultats d'un examen complémentaire qui avait été prescrit au cours d'une autre consultation, le codage du sujet abordé était celui de la pathologie ou du symptôme pour lequel l'examen complémentaire avait été demandé. *Exemple : si une échographie hépatique avait été demandée pour des douleurs abdominales, le sujet abordé était D02 = douleur abdominale/épigastrique*
- Lorsqu'une ordonnance était renouvelée au cours d'une consultation, chaque pathologie pour laquelle le patient était suivi et recevait un traitement était codée en tant que sujet abordé. *Exemple : pour patient hypertendu et diabétique pour lequel l'ordonnance contenait de la metformine et du ramipril, il y avait 2 sujets abordés T90 (diabète non-insulino dépendant) et K86 (hypertension non compliquée).*
- Si sur une ordonnance renouvelée, certains traitements ne se rapportaient à aucun antécédent connu du patient et qu'il n'était pas possible de déduire la pathologie initiale d'après le dossier, aucun sujet abordé n'était codé. *Exemple : renouvellement d'ordonnance de paracétamol sans notion de pathologie douloureuse chronique => pas de codage de sujet abordé.*
- Pour les consultations durant lesquelles étaient abordés les sujets de prévention comme définis à l'annexe 2, le sujet abordé était codé A98 (Gestion santé/médecine préventive).
- Pour les premières consultations, le recueil des antécédents médicaux n'était pas codé en tant que sujets abordés sauf si le dossier de la consultation ou les prescriptions faisaient état de cet antécédent.
- Pour une consultation où la demande concernait la rédaction d'un certificat de non contre-indication au sport, le codage du sujet abordé était Z09 (problème légal). Pour un certificat MDPH, le codage était Z28 (limitation de la fonction/incapacité).

- En cas de déclaration de médecin traitant au cours de la consultation, le sujet abordé était Z10 (problème relatif au système de soins de santé).
- Pour une consultation de préparation d'un voyage, le motif codé était A98 (Gestion santé/médecine préventive).
- Si la problématique des violences conjugales était abordée en consultation, elle était codée Z13 (problème de comportement du partenaire).

2/ Procédures de soin

- Si un examen clinique était réalisé en consultation en présentiel, il était codé 30. Pour les téléconsultations, s'il était demandé au patient de venir consulter en présentiel, la procédure de soins codée était 30 également.
- Lorsque la consultation faisait état de conseils médicaux donnés au patient ou explication de règles hygiéno-diététiques, la procédure de soin codée était 45 (recommandation / éducation de santé / avis / régime).
- En cas de vaccination réalisée pendant la consultation, la procédure de soin codée était 44 (vaccination / médication préventive). Néanmoins, cette procédure n'était pas codée en cas de discussion ou de prescription autour de la vaccination (code respectif 45 et 50).
- Pour une consultation ayant pour résultat la rédaction d'un certificat (MDPH, non contre-indication au sport, ...) ou d'un arrêt de travail, la procédure de soin codée était 62 (contact administratif). Le type de certificat était précisé en note.
- La prescription de semelles orthopédiques était codée 66 (référence à dispensateur non-médecin) puisqu'elle impliquait une consultation chez un podologue.
- La demande de réalisation d'une automesure tensionnelle à domicile par le patient était codée 43 (autre procédure diagnostique) avec précision en note.
- En cas de déclaration de médecin traitant pendant une consultation, la procédure de soin codée était 62 (contact administratif) avec précision en note.
- En cas de précision sur des actes de coordination, notamment récupération d'examens complémentaires et/ou d'avis de spécialistes pour des maladies chroniques, la procédure 63 (rencontre de suivi) était utilisée.

- La réalisation de test pour le covid-19 (en consultation ou prescription) était codée 33 (examen microbiologique/immunologique).
- En cas de prescription d'une cure thermale au cours de la consultation, la procédure de soin était notée 68 (autre référence) avec précision en note.
- En cas de réalisation du frottis cervico-utérin (ou test HPV) en consultation, la procédure de soin codée était 37 (cytologie/histologie).

Titre de la thèse : Contenu des téléconsultations en médecine générale : description et comparaison avec les consultations en présentiel

Résumé :

Introduction : La téléconsultation est un mode d'exercice récent de la médecine générale et en plein essor depuis la pandémie de Covid-19. Il existe cependant peu de données sur la réalité pratique et le contenu de ce nouveau mode de consultation. L'objectif principal de notre étude était de comparer le nombre et la nature des sujets abordés en téléconsultation et en consultation en présentiel. L'objectif secondaire était de décrire le contenu des téléconsultations en termes de sujets abordés, de procédures de soins et d'abord des motifs de prévention.

Méthode : Etude observationnelle transversale descriptive et analytique, ayant inclus, en avril 2022, 15 consultations en présentiel et 15 téléconsultations tirées au sort chez 10 médecins généralistes d'Ile-de-France. Les sujets abordés en consultation et les procédures de soins ont été codés selon la CISP-2. Les données sociodémographiques des patients et des médecins ont également été recueillies. Des analyses descriptives puis bivariées ont été réalisées pour comparer le nombre de sujets abordés en fonction du type de consultation.

Résultat : 265 consultations ont été incluses (134 en présentiel et 131 téléconsultations). En moyenne, 2,80 sujets sont abordés en consultation présentiel et 1,79 en téléconsultation ($p < 1,1 \cdot 10^{-9}$).

Conclusion : Il y a moins de sujets abordés en téléconsultation qu'en consultation en présentiel en médecine générale. Le contenu de ces deux types de pratique est sensiblement le même hormis en matière de prévention, beaucoup moins abordée en téléconsultation. La pertinence des soins proposés en téléconsultation nécessiterait d'être étudiée pour affiner la place de cette pratique dans les soins primaires ambulatoire.

Spécialité : Médecine générale

Mots clés français :

fMeSH : télémédecine, consultation à distance, médecine générale, médecine de famille, soins de santé primaires

Mots-clés libres : téléconsultation, contenu des téléconsultations

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

**Université de Paris
UFR de médecine– Site Bichat
16, rue Henri Huchard 75018 Paris**