



HAL
open science

Gestion de l'incertitude diagnostique par le médecin généraliste en téléconsultation de médecine générale

Charles Poignonec

► **To cite this version:**

Charles Poignonec. Gestion de l'incertitude diagnostique par le médecin généraliste en téléconsultation de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04291031

HAL Id: dumas-04291031

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04291031>

Submitted on 16 Jan 2024

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

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

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2023

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 29/06/2023

Par

Charles POIGNONEC

**Gestion de l'incertitude diagnostique par le médecin généraliste en
téléconsultation de médecine générale**

Dirigée par Dr Marion COURTIN

JURY

M. le Professeur Henri PARTOUCHE

Président

Mme. la Docteure Marion COURTIN

Directrice

M. le Professeur Philippe JAURY

Membre du jury

Remerciements

Au Docteur Marion COURTIN, Cheffe de Clinique Territoriale,

Un grand Merci à vous Docteur Marion COURTIN qui m'avez fait l'honneur de me confier ce travail de recherche. Merci pour votre accompagnement, votre accueil, votre patience, votre disponibilité, vos encouragements et tous vos précieux conseils qui m'ont guidé tout au long de la réalisation de cette thèse. Merci pour toute l'attention que vous avez portée à ce projet. Merci pour les conseils avisés, votre écoute, votre gentillesse pleine d'humanité, votre bienveillance, votre rigueur qui ont suscité une grande admiration et un nouveau regard sur vous et vos pratiques et votre dévouement. Veuillez croire à l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon sincère grand respect.

Au Professeur Henri PARTOUCHE, Professeur des Universités,

Merci d'avoir croisé votre chemin et de fait, de me faire l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail. Merci d'avoir été là durant les 3 ans de mon internat au cours des familles de situations qui m'ont tellement apportées dans ma pratique et qui perdure à ce jour encore à ce jour. Je vous prie de croire, Professeur, en l'expression de mes sincères remerciements pour tout ce que j'ai pu apprendre de votre expérience à vos côtés.

Au Professeur Philippe JAURY, Professeur émérite,

Votre présence au sein de notre jury constitue pour moi un grand honneur. Je vous suis très reconnaissant d'avoir bien voulu porter intérêt à ce travail. Vous avez accepté sans hésiter à ma requête de juger cette thèse et cela me comble de fierté et de bonheur. Cette réactivité, votre présence, cet honneur me touchent infiniment et je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance. Veuillez accepter, cher Professeur, dans ce travail l'assurance de mon estime et mon profond respect à cette consécration finale si importante à mes yeux.

Ma considération va aussi à ceux et celles qui m'ont permis si généreusement d'utiliser leurs témoignages pour que leur expérience puisse servir à d'autres.

À mes parents : Jean-Louis et Brigitte, mes petits-frères : Alexandre et Antoine et Nala mon chien,

Maman, Papa, j'ai eu une chance folle de tomber sur vous comme parents ! Merci de m'avoir encouragé et rassuré à faire médecine, surtout Papa..., de m'avoir donné des idées et ouvert des longs débats sur mes choix de carrière ou de vie, surtout Maman..., de m'avoir toujours donné un avis optimiste réconfortant dans n'importe quelle situation, surtout Papa..., de m'avoir cuisiné des petits plats réconfortants, surtout Maman... Merci de m'avoir relu même quand vous aviez envie d'aller dormir, merci de m'avoir poussée à travailler lors de mes périodes pessimistes de vous êtes effacés quand il me fallait du silence. Merci de m'avoir écouté, de m'avoir temporisé quand le moral n'était plus là. Merci d'avoir cru en moi, vous avez toujours su être présents tout au long de ces longues études et Dieu sait combien je vous ai sollicité ! Vous avez toujours répondu présents à mes demandes et vous m'avez soutenu, encouragé et aidé sans sourciller... bien que parfois c'était houleux ! Vous avez su me donner les bonnes valeurs et les bons outils pour affronter la vie. Ce travail est l'aboutissement des efforts de notre famille, je me dois de vous donner ma plus tendre affection, ma reconnaissance, ma gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi. Comme d'habitude... je finis la thèse sur le fil, au dernier moment... comme Papa mais avec rigueur... comme Maman. Mille Mercis d'avoir relu ma thèse plusieurs fois pour corriger les fautes de français et abonner mon phrasé.

Alexandre et Antoine, Merci mes chers « petits » frères. Je ne sais peut-être pas vous le manifester mais c'est vous qui me donnez cette énergie et cette soif de pouvoir vous démontrer qu'on peut arriver à ses fins. En tant qu'ainé de notre fratrie, j'ai fait du mieux que j'ai pu pour vous donner l'exemple de la pugnacité dans la détermination de mes choix de vie et je vous souhaite le meilleur quand votre moment arrivera et c'est bien parti pour vous. Je suis fier de parler de vous, de vos cursus respectifs de vos passions qui amène tout le temps l'admiration et éloges de ce trio de garçons tous singuliers mais avec la même droiture d'héritage familiale. Merci à **Nala** (elle était très intelligente et aurait apprécié lire cette thèse... Sisi !) de m'avoir fait rire, et de m'avoir fait me défouler comme un gamin rien qu'avec une balle et un torchon jusqu'à ce qu'elle ou moi soit HS.

A Brenda, ma Chérie,

« what is done is done baaaaabyyyy ! » Tu as été d'un soutien indéfectible durant tout mon internat. Ta positivité, ta joie de vivre contaminante et ton amour ont su occulter les tensions qu'une thèse peut créer dans un couple. La thèse, je l'ai vécue « chilli chillax ! » grâce à toi à mes côtés. Toi, tu l'as vécu comme une aventure interminable mais « No pain, no gain my boo ! ». Si la thèse est si joliment bien agencée et cohérente et le PowerPoint aussi parfait, c'est grâce à toi.

A mes amis de longues dates : Anthony, Anne-Charlotte, Marion, Thang, Bruno, Guillaume, Guillaume, Achille et Michael,

Rencontrés au collège ! Vous m'avez indirectement apporté une aide précieuse pour ce travail en me donnant vos points de vue, vos avis et vos suggestions sur mon sujet de thèse. Mais surtout vous avez su me faire penser à autre chose que la médecine lorsqu'on avait l'occasion de se réunir... les pintes ont aidé aussi. Je sais que vous aviez des doutes sur le fait que je sois réellement médecin tellement ça faisait longtemps que vous entendiez parler de cette thèse ou de mes études de médecine.

Aux amis « Los Fwewos » : Anh-Minh, Romain, Henry, Louis, Clément et Phan,

Merci à vous les frérots d'avoir été là tout au long de ses années de fac. Dans notre groupe il y a ceux qui ont pris de l'avance, d'autres qui ont pris leur temps mais on est toujours resté soudé malgré les différents événements de nos vies et les distances entre nos internats ! On se rappelle tous ce que j'ai dit en Thaïlande après le ECN : « je boucle l'internat en 3 ans, je fais ma thèse, je m'installe, j'achète une baraque, j'ai une famille et c'est plié » et 6 ans après je suis toujours au même stade à faire le contraire de tout ce que j'ai dit. Un grand merci de m'avoir accompagné dans ce joyeux déni/délire.

A Jennifer,

Merci pour ton soutien et tes encouragements durant, l'écriture de ma thèse. Heureusement que tu as été présente pour partager des gossips plus croustillants et incroyables autour de brunch ou de cocktails car moi je n'en ai pas eu tant que ça durant cette période.

A Esther et Fanny,

Vous avez été deux personnes importantes dans mon internat. Merci pour ces moments passés en stage à rigoler et à bitcher. Ces stages sont restés de très bons moments grâce à vous et l'ambiance des équipes qu'on a eu.

Je remercie le **Docteur Hugo Lamy** avec qui j'ai partagé mon premier semestre d'internat aux urgences en tant que co-interne. Je n'oublierai jamais tes qualités de pédagogue et d'orateur au cours des différents staff que l'on a eu durant ce stage. Encore un grand Merci à toi en m'ayant recommandé le Dr COURTIN pour diriger une thèse sur la téléconsultation. Je remercie le **Docteur Louis-Baptiste JAUNAY** pour son accompagnement durant mes années d'internat en tant que tuteur. Merci au **Professeure Nathalie SALLES** qui a pris son temps pour me partager son temps et son expérience sur la téléconsultation. Elle a su me donner un fil conducteur qui m'a permis d'élaborer ma question de recherche. Je remercie également le **Docteur SIN Chou-Ka-Ying** pour ses conseils avisés sur l'analyse et l'interprétation des centaines de verbatims que j'avais codé.

Résumé et indexation en français

Titre de la thèse : Gestion de l'incertitude diagnostique par le médecin généraliste en téléconsultation de médecine générale

Résumé :

Introduction : L'incertitude diagnostique est omniprésente en médecine générale. Avant 2020, les médecins craignaient que la téléconsultation majore l'incertitude diagnostique. Depuis, cette pratique s'est répandue et cette crainte semble se confirmer. Objectif : explorer la gestion de l'incertitude diagnostique par le médecin généraliste en téléconsultation de médecine générale dans la région d'Ile-de-France. **Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés avec un guide d'entretien. L'échantillonnage était initié en réseau, puis raisonné au fil des entretiens jusqu'à la suffisance des données. Deux investigateurs ont réalisé une analyse de contenu thématique. **Résultats :** De février 2022 à août 2022, 15 entretiens ont été réalisés d'une durée moyenne de 44 minutes. L'incertitude diagnostique était augmentée en téléconsultation et générait un vécu émotionnel négatif chez les médecins. Les conditions inadéquates à une téléconsultation, la difficulté à identifier, à récolter et à interpréter les symptômes par visio, devoir déléguer l'examen clinique à un non clinicien et la perte de l'intuition médicale engendraient des sur-prescriptions et non prescription, une dégradation de la relation médecin-patient et des consultations en présentiel. Pour faire face à ces situations, les médecins utilisaient des démarches diagnostiques analytiques. La présence d'un soignant avec des outils médicaux connectés réduisait efficacement l'incertitude diagnostique, plus que de déléguer l'examen clinique au patient ou à un tiers non clinicien. La communication avec le patient prenait une place importante pour gérer l'incertitude diagnostique et améliorer la relation médecin-patient. Les médecins impliquaient souvent le patient dans la prise en charge en leur exprimant leur incertitude diagnostique et en leur dictant les symptômes à surveiller et la conduite à tenir en fonction de l'évolution des symptômes. **Discussion :** Des sources de l'incertitude diagnostique en téléconsultation ont été identifiées et rappellent l'importance de respecter le cadre et les recommandations de bonnes pratiques. La communication reste essentielle dans la relation

de soin et pour maintenir une médecine centrée patient en situation d'incertitude diagnostique. Le vécu émotionnel négatif de l'incertitude diagnostique et la démarche diagnostique complexifiée par la téléconsultation nécessite d'innover dans la manière de téléconsulter. L'incertitude diagnostique en téléconsultation est un sujet encore à explorer.

Spécialité :

[DES de médecine générale](#)

Mots clés français :

[fMeSH](#)

[Consultation à distance ; médecine générale ; recherche qualitative ; incertitude](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Résumé et indexation en anglais

Title: The management of diagnostic uncertainty by General Practitioners (GPs) in teleconsultation

Abstract:

Introduction: Diagnostic uncertainty is present in general practice. Before 2020, doctors were concerned that teleconsultation would increase diagnostic uncertainty. Since then, the practice has become more widespread giving legitimacy over concerns. Objective: to explore the management of diagnostic uncertainty by GPs in teleconsultation in the Ile-de-France region. **Method:** Qualitative study comprised of one-on-one, semi-structured interviews led by a guided framework. Network and purposeful sampling have been used. Two investigators conducted a thematic content analysis. Interviews were carried out until data saturation. **Results:** From February 2022 to August 2022, 15 interviews were conducted with an average duration of 44 minutes. Results showed that diagnostic uncertainty was increased in teleconsultation versus in-person consultation and generated a negative emotional experience for the GPs. Some of the difficulties uncovered were the inadaptable nature of teleconsultations, issues identifying, collecting and interpreting symptoms, delegating the clinical examination to a non-clinician and the loss of medical intuition. These issues often led to overprescription or under prescription, a deterioration of the doctor-patient relationship and the need for face-to-face consultations. To tackle these stumbling blocks doctors used analytical diagnostic approaches. The presence of a caregiver with connected medical devices was more effective in reducing diagnostic uncertainty than delegating the clinical examination to the patient or a non-clinician third party. Communication with the patient was important in managing diagnostic uncertainty and improving the doctor-patient relationship. Doctors were often upfront and conveyed their uncertainty with patients and explained an array of symptoms to potentially monitor. **Discussion:** Sources of diagnostic uncertainty have been identified and show the limitations of teleconsultation and the importance of respecting its framework and recommendations of good practice. Managing diagnostic uncertainty requires communication which is essential in doctor-patient relationships to maintain patient-centred

care. Diagnostic uncertainty arising from teleconsultation complicates the clinical reasoning process, and can bring about negative emotional experiences, which calls for more innovation in the way teleconsultation is conducted. Diagnostic uncertainty in teleconsultation is a subject to be explored further.

English keywords:

MeSH

Remote consultation; general practice; qualitative research; uncertainty.

Publication type:

MeSH : Academic Dissertation

Liste des abréviations

- AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- CMG : Collège de Médecine Générale
- CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins
- COREQ : consolidated criteria for reporting qualitative research
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DPO : Data Protection Officer
- EBM : evidence based medicine
- GEP : groupe d'échanges et de pratiques
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Hôpital, patients, santé, territoires
- MSU : maître de stage des universités
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- SFMG : Société Française de Médecine Générale
- SNP : soins non programmés
- ZIP : zone d'intervention prioritaire

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS	6
RÉSUMÉ ET INDEXATION EN ANGLAIS	8
LISTE DES ABREVIATIONS	10
TABLE DES MATIERES	11
INTRODUCTION.....	14
1. L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE EN MEDECINE GENERALE	14
1.1 Définitions de l'incertitude diagnostique.....	14
1.2 Origine de l'incertitude diagnostique	14
1.3 L'incertitude diagnostique en chiffres	15
1.4 Le raisonnement médical en consultation.....	15
1.5 Conséquences de l'incertitude diagnostique	17
2. LA TELECONSULTATION EN PLEINE EVOLUTION.....	18
2.1 L'essor de la téléconsultation en France	18
2.2 Cadre légal et juridique de la téléconsultation	18
2.3 Cadre déontologique de la téléconsultation.....	19
2.4 Guides de bonnes pratiques et recommandations pour une téléconsultation de qualité et sécurisée	20
3. VECU ET EXPERIENCE DU MEDECIN SUR LA TELECONSULTATION.....	21
3.1 Avant la crise sanitaire du covid-19.....	21
3.2 Durant et après la crise sanitaire du covid-19.....	21
4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE	22
MATERIELS ET METHODES.....	23
1. TYPE DE METHODE	23
2. POPULATION.....	23
2.1 Choix de l'échantillon	23
2.2 Principe de l'échantillonnage	23
2.3 Modalité de recrutement	24
2.4 Taille de l'échantillon.....	24
3. METHODE DE RECUEIL DE DONNEES	24
3.1 Type d'entretien	24

3.2	<i>Guide d'entretien</i>	24
3.3	<i>Déroulement des entretiens</i>	24
3.4	<i>Enregistrement et retranscription</i>	25
4.	ANALYSE DES DONNEES	25
4.1	<i>Formation en analyse qualitative</i>	25
4.2	<i>L'étiquetage</i>	25
4.3	<i>Analyse et proposition d'un modèle explicatif</i>	25
4.4	<i>Triangulation de l'analyse</i>	25
5.	ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	26
RESULTATS		27
1.	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ETUDIE	27
2.	L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE EN MEDECINE GENERALE	28
2.1	<i>Difficulté à définir l'incertitude diagnostique</i>	28
2.2	<i>Perception de l'incertitude diagnostique</i>	28
2.3	<i>Vécu émotionnel des situations d'incertitude diagnostique</i>	29
3.	SOURCES D'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE EN TELECONSULTATION	33
3.1	<i>Les conditions de la téléconsultation inadaptées</i>	33
3.2	<i>Manque d'informations cliniques globales</i>	35
3.3	<i>Perte de l'intuition médicale par les écrans</i>	36
3.4	<i>Déléguer l'examen clinique à un non-clinicien</i>	37
4.	CONSEQUENCES DE L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE EN TELECONSULTATION	38
4.1	<i>Sur-prescription et non-prescription</i>	38
4.2	<i>Déclencher une consultation en présentiel</i>	39
4.3	<i>Relation médecin-patient difficile sans être le médecin habituel</i>	41
5.	GESTION DE LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE EN SITUATION D'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE	42
5.1	<i>Filtrer les motifs de téléconsultation et les patients</i>	42
5.2	<i>Eliminer directement l'urgence et les motifs inadaptés en début de téléconsultation</i>	42
5.3	<i>Stratégies anamnestiques adoptées en situation d'incertitude diagnostique</i>	43
5.4	<i>Récolter des éléments objectifs</i>	44
5.5	<i>Pratiquer un examen clinique à distance</i>	45
5.6	<i>Demander un avis</i>	46
5.7	<i>Temporiser</i>	46
5.8	<i>Faire des recherches et se former</i>	47
5.9	<i>Suivi et réévaluation téléphonique</i>	47
5.10	<i>Tracer la téléconsultation dans le dossier médical</i>	47
6.	GESTION DE L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE PAR LE DIALOGUE	48
6.1	<i>Exprimer son incertitude diagnostique</i>	48

6.2	<i>Rassurer le patient</i>	50
6.3	<i>Inclure le patient dans la prise en charge</i>	50
DISCUSSION		52
1.	RESULTATS PRINCIPAUX.....	52
1.1	<i>Perception et vécu émotionnel de l'incertitude diagnostique en téléconsultation</i>	52
1.2	<i>Les sources d'incertitude diagnostique identifiées en téléconsultation</i>	54
1.3	<i>Conséquences engendrées par l'incertitude diagnostique</i>	55
1.4	<i>Gestion de la démarche diagnostique en situation d'incertitude diagnostique</i>	57
1.5	<i>Gestion de l'incertitude diagnostique par le dialogue</i>	59
2.	PERSPECTIVES.....	60
3.	FORCES ET LIMITES	62
CONCLUSION		65
BIBLIOGRAPHIE		67
ANNEXES		76
	ANNEXE 1 : LA GRILLE D'ANALYSE SELON LES CRITERES COREQ	76
	ANNEXE 2 : LE GUIDE D'ENTRETIEN : VERSION INITIALE	78
	ANNEXE 3 : LE GUIDE D'ENTRETIEN VERSION FINALE	79
	ANNEXE 4 : LE DIAGRAMME DE FLUX DE LA POPULATION INTERROGEE	81
	ANNEXE 5 : LES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS PARTICIPANTS ET DES ENTRETIENS.....	82

Introduction

1. L'incertitude diagnostique en médecine générale

1.1 Définitions de l'incertitude diagnostique

L'incertitude est définie selon le Larousse (1) comme étant un état de doute ou de manque de certitude qui peut se référer à un manque de confiance dans une situation, une décision ou une information, ou à un état d'attente anxieuse en raison de l'incertitude quant à un événement futur. En sciences et en mathématiques l'incertitude est le majorant de la valeur absolue de l'erreur dans une mesure ou dans une estimation. Elle est définie selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG) (2) comme « *l'incapacité d'avoir la certitude sur l'étiologie des troubles, et leur évolution potentielle vers une maladie* ». La définition du Comité de la Prévention et de la Précaution pour le rapport ministériel "La décision publique face à l'incertitude" (3) semble être la plus adaptée car elle regroupe dans la notion d'incertitude l'impossibilité de prendre parti et inclus une notion de risque : « *L'incertitude signifie que les connaissances disponibles ne permettent pas de caractériser une situation aussi précisément qu'on le souhaiterait ; elle n'est pas synonyme d'ignorance. Il est donc important d'établir aussi clairement que possible les limites des connaissances existantes, afin d'en faire le meilleur usage. La représentation la plus simple d'une situation d'incertitude est le risque. On parle de risque lorsque l'on est en mesure de distinguer un ensemble d'issues possibles de la situation, de leur attribuer des degrés de vraisemblance et d'estimer l'ampleur des conséquences.* ».

1.2 Origine de l'incertitude diagnostique

La sociologue américaine Renée Fox a décrit 3 niveaux d'incertitude (4) :

- **L'incertitude de niveau 1** : résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible. Un médecin ne peut maîtriser que de manière imparfaite et incomplète l'ensemble des connaissances et des techniques médicales disponibles ;
- **L'incertitude de niveau 2** : résulte plutôt des limites mêmes de l'état des connaissances en médecine ;
- **L'incertitude de niveau 3** : relève de la difficulté pour un praticien donné de faire la part entre le premier et le deuxième niveau.

1.3 L'incertitude diagnostique en chiffres

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient en cas de symptômes et peut intervenir à un stade précoce et indifférencié de la maladie (5). Comme le montre le carré de White révisé en 2001 par Green et ses collègues (6) sur une population de 1000 américains : sur 800 personnes présentant des symptômes, seulement 217 consultaient un médecin dont 113 un médecin généraliste. En médecine générale, dans la moitié des cas l'incertitude persiste au-delà des trois étapes classiques du raisonnement hypothético-déductif médical, ainsi certains symptômes restaient inexpliqués malgré toutes les stratégies cliniques et paracliniques mises en jeu (7). Entre 20 et 74% des consultations étaient causées par des symptômes médicalement inexpliqués (8). Selon la SFMG (2), au terme de 18 minutes de consultation le médecin généraliste se trouve dans 70% des cas en situation d'incertitude diagnostique.

1.4 Le raisonnement médical en consultation

1.4.1 Les différentes démarches diagnostiques utilisées

1.4.1.1 Processus non analytique

Le diagnostic s'impose d'emblée en début de consultation sur une présentation typique de symptômes reconnue par le médecin. Cette démarche ne s'applique qu'à une proportion très limitée de consultation et pour des pathologies typiques sans diagnostic différentiel. Elle permet d'économiser du temps et de l'investissement intellectuel. Ce type de raisonnement devient fréquent avec l'expérience du médecin (9).

1.4.1.2 Processus analytique

La démarche hypothético-déductive

La démarche diagnostique hypothético-déductive est la plus utilisée en médecine. Lors du récit du patient, le médecin va identifier une série de situations cliniques antérieurement rencontrées compatibles avec la description actuelle. Les tableaux cliniques vont se clarifier avec des symptômes clés que le patient décrit. Le médecin émet des hypothèses diagnostiques, oriente son examen clinique et d'éventuels examens complémentaires, jusqu'à l'hypothèse principale (9).

La démarche en « chaînage avant »

La démarche en « chaînage avant » permet de travailler dans une consultation complexe en émettant des hypothèses *a posteriori*. Le processus part des données cliniques et aboutit au

diagnostic, ce qui est à l'opposé du processus hypothético-déductif qui part des hypothèses pour chercher des données pertinentes (9).

L'approche bayésienne

L'approche Bayésienne est une démarche en arbre décisionnel. Elle utilise un cheminement binaire par étapes et par élimination successive des diagnostics. C'est ce qu'utilisent les programmes informatiques d'aide au diagnostic. Cela ne tient pas compte de la chronologie ni de l'histoire des plaintes et de leur contexte (9).

La démarche exhaustive

Le modèle inductif et analytique par excellence. Cela consiste à établir une liste exhaustive de l'ensemble des éléments susceptibles d'aboutir au diagnostic sans orientation précise préétablie. Très utile dans l'approche de situations complexes grâce à sa systématisation rigoureuse du recueil de données. Elle est à la fois une méthode d'apprentissage et garde sa place dans des bilans préopératoires ou dans la médecine interne par exemple (10).

Il est important de noter que les médecins n'utilisent pas ces démarches diagnostiques isolément mais les associent pour s'adapter aux circonstances cliniques et aux patients (9).

1.4.2 Positionnement du médecin face à l'incertitude diagnostique en consultation

La sociologue Géraldine Bloy a identifié 4 positionnements que le médecin peut adopter face à l'incertitude en médecine générale (11) :

- **L'incertitude balisée** correspond à rapporter toute plainte du patient à un domaine connu, permettant ainsi de s'appuyer sur les recommandations officielles. Le protocole et l'objectivité sont mis en avant. Ces médecins valorisent le côté « carré, minimal, scientifique » de leur prise en charge. Cependant les demandes d'exams complémentaires ont une place importante afin d'éliminer des hypothèses graves, même très improbables afin de « ne pas passer à côté » d'un diagnostic ;
- **L'incertitude prégnante** est un régime d'incertitude maximal. La prise en charge est poussée assez loin avec de réelles ambitions techniques mais contrairement à l'incertitude balisée, la plainte du patient est accueillie en entier, considérée dans son ensemble sans tentative de réduction à priori ;
- **L'incertitude contenue** est guidée par le manque d'investissement des médecins ou bien l'appât du gain. La plainte est alignée dans tous ces cas sur les opportunités de

gain facile. La motivation proprement professionnelle est peu présente et la formation médicale continue est négligée ;

- **L'incertitude explorée** correspond à une distance vis-à-vis du savoir biomédical de la médecine. Les recommandations et les données actuelles de la science passent au second plan. La connaissance de proximité, individualisée, la capacité de l'écoute, de la parole ou du geste non technique sont valorisées.

1.4.3 Stratégie de gestion de l'incertitude diagnostique en consultation

Aborder l'incertitude en consultation pouvait se faire en cinq étapes (8) :

- 1- **Consolider la relation médecin-patient** en reconnaissant la légitimité de la démarche du patient et en exprimant son désir d'aider ;
- 2- **Evaluer le problème** en effectuant une anamnèse et un examen clinique minutieux ;
- 3- **Expliciter son analyse** en expliquant le caractère du problème, en excluant les diagnostics improbables et inquiétants, en répondant aux inquiétudes du patient et en exprimant son incertitude ;
- 4- **Convenir d'un plan d'évaluation et de traitement** en expliquant les pronostics, les options d'évaluations et de traitements et en s'assurant de la compréhension et du consentement ;
- 5- **S'engager à réévaluer le problème** en énonçant ce que serait une évolution inquiétante et en donnant des consignes claires de réévaluation.

1.5 Conséquences de l'incertitude diagnostique

L'incertitude diagnostique a des conséquences néfastes non seulement pour le médecin (sentiment d'échec ou d'incompétence professionnelle, anxiété, stress, burn-out, etc.) (12–14) mais également sur la relation avec le patient qui peut développer des sentiments de doute à l'égard des compétences de son médecin (15,16). Des tolérances à l'incertitude ou résiliences différentes peuvent aboutir à une prise en charge différente pour une même situation clinique (13,17,18). L'anxiété due à l'incertitude peut augmenter jusqu'à 17% les frais de santé moyen (19).

2. La téléconsultation en pleine évolution

2.1 L'essor de la téléconsultation en France

La télémédecine a été promue comme une solution aux principaux problèmes de santé publique en facilitant l'accès de la population à des soins de proximité, pour pallier le manque de personnel médical et renforcer les missions des établissements de santé isolés. L'entrée dans le droit commun en 2018 prévoyait une montée en croissance progressive du volume d'actes de téléconsultations réalisées : 500 000 en 2019, 1 000 000 en 2020 et 1 300 000 à partir de 2021 (20). Un an après le début de la téléconsultation, on dénombrait seulement 60 000 actes de téléconsultation facturés au 15 septembre 2019 dont 65% des actes de téléconsultation pratiqués par des médecins généralistes libéraux (21). Avant la crise du covid-19 seulement 1647 médecins libéraux ou structures ont facturé des téléconsultations sur l'année 2019 (21). En début mars 2020 l'assurance maladie a compté près de 10 000 téléconsultations par semaine, puis 80 000 la première semaine du confinement en mars 2020, au total 486 369 téléconsultations ont été facturées du 23 au 29 mars 2020 (22). Selon la DREES (23) les médecins généralistes libéraux ont effectué 13,5 millions de téléconsultations en 2020 et 9,4 millions en 2021, la fréquence des téléconsultations a été rythmée par l'épidémie de covid-19, puis s'est stabilisée pour représenter environ 3,7% des actes de médecine générale. Il s'agit majoritairement des médecins et patients en zone urbaine qui ont eu le plus recours à la téléconsultation en 2021.

2.2 Cadre légal et juridique de la téléconsultation en France

Le 15 septembre 2018, la téléconsultation est accessible et remboursée sur l'ensemble du territoire en France par la signature de l'avenant 6 de la convention nationale du 25 août 2016. Au cours de l'année 2020, dans le cadre de l'urgence sanitaire liée au covid-19, des confinements, de la disparité d'accès au numérique, des multiples et différents équipements de vidéotransmission, la téléconsultation a fait l'objet de nombreuses adaptations (24). La téléconsultation par téléphone a été autorisée ainsi que l'utilisation des applications grand public de vidéotransmission (Skype®, WhatsApp®, etc...) et l'avenant 8 de la convention médicale signé le 11 mars 2020 (25) a permis au patient de ne plus suivre le parcours coordonné par le médecin traitant.

La volonté du gouvernement était d'assouplir le cadre réglementaire de la téléconsultation au début de la pandémie covid-19 pour favoriser l'accès aux soins, ce qui a permis de contribuer au développement de cette pratique et de l'encadrer.

En 2022 pour permettre un remboursement par l'assurance maladie, le patient et le médecin doivent remplir plusieurs conditions (26) :

- **Le patient doit s'inscrire dans le parcours de soins coordonnés**, donc être orienté par son médecin traitant ou être reçu par un médecin déjà rencontré, et ayant consulté en présentiel dans les douze mois précédents. **Des exceptions dérogent à cette règle**, les patients âgés de moins de 16 ans, l'accès aux spécialistes en accès direct, les patients en situation d'urgence ou ne disposant pas de médecin traitant, ou non disponible avec l'état de santé du patient, les détenus et les personnes résidants en établissements pour personnes âgées dépendantes ou établissements accueillants ou accompagnants des personnes adultes handicapées ;
- **En pratique le médecin téléconsultant doit se situer à proximité du domicile du patient** afin de permettre un suivi régulier et d'organiser une consultation présenteielle si nécessaire. Dans un soucis d'amélioration de l'accès aux soins pour tous, **des exceptions existent** : pour les résidents dans les zones dites « Zone d'Intervention Prioritaire » (ZIP) ou lorsque les patients sont orientés par un médecin régulateur du service d'accès aux soins vers une téléconsultation avec un médecin ou en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire ;
- **Le recours obligatoire à la vidéotransmission** dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir sa qualité. Le lieu de la téléconsultation doit permettre la confidentialité des échanges et le médecin doit s'assurer de la sécurité des données du patient.

2.3 Cadre déontologique de la téléconsultation

Dès 2015, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) s'est placé dans une dynamique d'accompagnement de la santé connectée avec la publication du Livre Blanc « Santé Connectée » (27) qui avait pour vocation de porter des questions éthiques et déontologiques à la e-santé. A partir de 2018, le CNOM s'est inquiété des prestations proposées directement auprès d'assureurs ou de mutuelles de santé qui concurrençaient

l'organisation territoriale et le parcours de soins et tendaient à uberiser la télémédecine (28). Le CNOM a renforcé le cadre déontologique de la téléconsultation dans son rapport sur le « mésusage de la télémédecine » (29), cet acte doit respecter la même déontologie médicale que lors d'un acte sans télémédecine, ainsi que des règles déontologiques spécifiques (30) :

- **Le médecin doit s'assurer du consentement de son patient à la téléconsultation**, après l'avoir informé de ses modalités techniques ;
- **Il devra veiller à la sécurisation des moyens utilisés pour la vidéotransmission** ainsi que pour toute communication et transmission de documents pendant et à l'issue de la téléconsultation. Les vidéos des téléconsultations ne doivent pas être conservées ;
- **Toute publicité à caractère commercial pour des offres de soins est interdite** par le code de la santé publique.

2.4 Guides de bonnes pratiques et recommandations pour une téléconsultation de qualité et sécurisée

La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019 (31), le CMG (Collège de Médecine Générale) en 2021 (32) ainsi que la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie (CPAM) en avril 2022 (33) ont établi des guides qui ont pour objectif de contribuer à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des patients en proposant aux professionnels des recommandations sur l'organisation, la réalisation, et l'évaluation des actes de téléconsultation :

- **L'environnement physique du médecin et du patient permettent de réaliser la téléconsultation** dans de bonnes conditions ;
- **En raison de la barrière liée à l'écran le médecin doit être attentif à sa posture** pour maintenir un contact visuel avec le patient, **sa communication** pour s'assurer que le patient comprend bien les informations transmises, et à **la qualité du son et de l'image** ;
- **Le médecin doit considérer la situation clinique du patient, la disponibilité des données du patient, la capacité du patient à communiquer** à distance et à utiliser les outils informatiques ;
- **La capacité du patient à bénéficier d'une téléconsultation est prise en compte** (état cognitif, état psychique, état physique (vue, audition, etc.), barrières liées à la langue, barrières liées à l'utilisation des technologies) ;

- Si nécessaire et avec l'accord du patient, **la présence d'un professionnel de santé est possible au côté du patient** pour aider le médecin dans la réalisation de certains éléments de l'examen clinique ou de gestes techniques ;
- **La téléconsultation est plus pertinente lorsque la relation médecin-patient est bien établie.** Dans le cas d'une première téléconsultation, il est important **d'adapter la durée de la téléconsultation** pour permettre un interrogatoire détaillé afin d'établir une relation médecin-patient efficace ;
- Le médecin a la **possibilité d'interrompre la téléconsultation à tout moment s'il estime que la situation clinique du patient n'est pas adaptée** à la téléconsultation. Dans ce cas, il doit proposer une prise en charge adaptée pour répondre aux besoins du patient.

3. Vécu et expérience du médecin sur la téléconsultation

3.1 Avant la crise sanitaire du covid-19

La téléconsultation a fait l'objet de nombreuses thèses en France (34–37), malgré leurs connaissances sur la téléconsultation les médecins ne se sentaient pas prêts à cette pratique et très peu l'utilisaient de par les nombreux freins évoqués : manque de temps, manque de formation, dégradation de la relation médecin-patient, les problèmes techniques, la perte de l'examen clinique, le risque d'erreur diagnostic. Selon les médecins la téléconsultation était utile dans des situations cliniques bien précises (cystite, rhume...), sans besoin d'examen clinique (suivi de bilan biologique, patients chroniques, avis...). Il n'y avait pas d'indication ni de contre-indication fixées par des guides de bonnes pratiques ou référentiels, cela relevait de l'appréciation du médecin (31).

3.2 Durant et après la crise sanitaire du covid-19

Des thèses récentes ont montré que la téléconsultation s'est imposée comme une obligation par le contexte de crise sanitaire du covid-19 (38,39). La satisfaction de la téléconsultation était hétérogène, 16% des médecins généralistes se disaient très ou tout à fait satisfaits par cette pratique contre 38% moyennement satisfaits (23). De nombreuses thèses et études ont permis d'avoir des retours d'expériences récents depuis son déploiement (37,39–50). Les médecins avaient des avis contrastés, séduits par les avantages (revalorisation du travail informel, diversification de l'offre de soin, praticité de l'outil...) mais relevaient des inconvénients (réservé aux patients technophiles, l'incertitude diagnostique, l'absence

d'examen clinique, le manque d'équipements du patient, la déshumanisation, la dégradation des soins, les risques d'erreurs diagnostiques...). De nouvelles difficultés ont été identifiées en lien avec des motifs inadapés à la téléconsultation comme de devoir guider un patient pour s'auto-examiner, surprescrire, la crainte d'un mésusage et d'une dégradation de la qualité des soins. Les problèmes techniques étaient moins importants que dans les études antérieures et la relation médecin-patients n'était pas altérée si le patient alternait entre téléconsultation et consultation chez le même praticien.

4. Objectif de l'étude

Avant 2020, les médecins avaient des craintes et attentes quant à l'utilisation de la téléconsultation. La crise sanitaire a conduit à son développement, et les médecins ont confirmé ou évoqué de nouveaux avantages et inconvénients à cette pratique dont l'incertitude diagnostique. Nous allons donc étudier la gestion de l'incertitude diagnostique en téléconsultation de médecine générale dans la région d'Ile-de-France car elle représente en valeur absolue la région avec le plus grand nombre de téléconsultations après deux ans de démocratisation en France (23). L'objectif était d'explorer la gestion de l'incertitude diagnostique chez les médecins généralistes d'Ile-de-France, d'identifier les facteurs déclenchants l'incertitude diagnostique, les conséquences qu'elle engendre et comment les médecins s'adaptaient pour y faire face. Les hypothèses étaient que l'incertitude diagnostique était perçue comme majorée et moins bien gérée par les médecins généralistes en téléconsultation comparativement à la consultation, que cela pouvait engendrer plus de consultations au décours de la téléconsultation, plus de prescriptions et donc une augmentation des dépenses de santé.

Matériels et méthodes

1. Type de méthode

Une analyse qualitative de contenu thématique inductive a été réalisée par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes. L'analyse de contenu thématique inductive permet d'identifier « *des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets* » (Mucchielli, 1996:259). Les objectifs de cette méthode de recherche sont de condenser les données brutes dans un format résumé, d'établir des liens entre les objectifs de la recherche et des catégories découlant de l'analyse de données brutes et de développer un cadre de références à partir des nouvelles catégories émergentes (51).

L'étude a été menée en respectant au maximum les critères de la grille consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) (52), garante des critères de bonnes qualités d'une recherche qualitative (Cf annexe N°1).

2. Population

2.1 Choix de l'échantillon

- **Critères d'inclusions** : être médecin généraliste thésé ou non, exerçant la téléconsultation régulièrement dans la région d'Ile-de-France ;
- **Les critères d'exclusions** : les médecins d'une autre spécialité que la médecine générale, les médecins généralistes n'exerçant pas la téléconsultation, les médecins généralistes n'exerçant pas en Ile-de-France.

Nous avons décidé d'exclure les médecins qui téléconsultaient par téléphone, qui avaient arrêtés de téléconsulter ou qui n'en n'avaient jamais fait afin de minimiser les préjugés négatifs et les biais de mémoire.

2.2 Principe de l'échantillonnage

L'échantillonnage était initié en réseau, puis dirigé au fil des entretiens sur ces variables : le genre, l'âge, thésé ou non, le mode d'exercice et le lieu d'installation, le type de téléconsultations et la participation à une activité d'enseignement.

Cette technique permet d'avoir une vision exhaustive et diversifiée de la gestion de l'incertitude en téléconsultation chez les médecins. L'échantillon en recherche qualitative n'a pas pour but la représentativité statistique mais d'obtenir des avis aussi variés que possible.

2.3 Modalité de recrutement

Le recrutement a été initié via le réseau personnel de l'investigateur et de la directrice de thèse, puis par effet boule de neige d'autres médecins ont été contactés, par mail, par message, via Facebook®, via Whatapp® et par téléphone après avoir vérifié s'ils effectuaient des téléconsultations sur Doctolib®.

Les entretiens étaient réalisés bénévolement.

2.4 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée au cours de l'étude lorsque la suffisance des données a été admise entre l'investigateur et la directrice de thèse.

3. Méthode de recueil de données

3.1 Type d'entretien

L'entretien individuel a été préféré pour respecter une certaine intimité afin d'avoir une réponse libre et spontanée sans influence ni jugement d'un tiers. Les entretiens étaient semi-dirigés autour de différents thèmes concernant l'incertitude diagnostique.

3.2 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré par l'investigateur, il traite des différentes thématiques identifiées dans les études portant sur l'incertitude en consultation. Il n'a pas été testé préalablement mais a été adapté au fur et à mesure des entretiens en accord avec la directrice de thèse (Cf. : annexe N° 2 et 3).

Il est composé en 5 parties : une présentation générale du sujet étudié avec une question « brise-glace » sur les caractéristiques du médecin et sur ses débuts en téléconsultation, la gestion de la démarche diagnostique, la gestion de la communication, la gestion des émotions et enfin la réflexion qu'il a eu après cette téléconsultation.

3.3 Déroulement des entretiens

Les participants étaient préalablement informés oralement ou par mail que l'entretien porterait sur l'incertitude en téléconsultation. Les entretiens étaient faits soit en tête-à-tête sur le lieu de convenance ou par visioconférence via Zoom®.

3.4 Enregistrement et retranscription

Les entretiens ont été enregistrés via une application nommée « Enregistreur » sur un smartphone déconnecté du réseau internet, puis retranscrits dans les 48h après l'entretien par l'investigateur sur son logiciel. La retranscription s'est faite manuellement mot à mot sur le logiciel Word®, les silences, les rires et les soupirs... ont été intégrés pour restituer l'ambiance. Les entretiens ont été anonymisés selon la méthode suivante : tous les lieux et noms de personnes évoqués permettant d'identifier les participants ont été retranscrits par « *** ». Les retranscriptions ont été vérifiées par l'auteur mais non soumises aux participants.

4. Analyse des données

4.1 Formation en analyse qualitative

L'investigateur a bénéficié grâce à son université Paris Cité d'une formation dédiée à l'analyse qualitative.

4.2 L'étiquetage

L'analyse des données s'est effectuée par une analyse thématique de contenu qui se décomposait en 4 étapes. Dans un premier temps la retranscription puis une première lecture de l'entretien a permis une bonne imprégnation du discours et de pré-repérer les futurs verbatims, puis un codage a été effectué pour mettre en évidence les sous-thèmes abordés, puis ont été élaborés des catégories pour l'organisation des thèmes qui surgissaient et leur classement, enfin l'inférence pour l'analyse interprétative des données a été élaborée.

L'analyse des données fut assistée par ordinateur avec le logiciel NVivo® pour les phases de codage, de catégorisation et de mise en relation.

4.3 Analyse et proposition d'un modèle explicatif

L'analyse consiste à identifier les thèmes, leurs contenus et leurs relations. L'investigateur s'est positionné vis-à-vis des entretiens de manière totalement inductive, sans hypothèse préalable sur son contenu thématique. Les catégories et les thèmes identifiés pouvaient toujours faire l'objet de modification jusqu'à l'écriture des résultats.

4.4 Triangulation de l'analyse

L'étiquetage a été codé par l'investigateur et par la directrice de thèse en aveugle. De même pour la réflexion des thèmes et de l'analyse dont découlent les résultats.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement éclairé a été recueilli à l'écrit et de manière orale auprès des médecins participants avant chaque entretien. L'étude assurait la confidentialité des médecins participants. Les entretiens ont été anonymisés selon le code suivant : « I » désigne l'Investigateur, « M » désigne le Médecin participant, suivi du numéro de l'entretien. Exemple M1 désigne le médecin de l'entretien n°1.

Concernant l'aspect réglementaire, il n'a pas été nécessaire de le déclarer à la CNIL et l'étude n'entrait pas dans le cadre de la loi Jardé. Une demande auprès du service *Data Protection Officer* (DPO) de l'université Descartes a été effectuée dans le but de publier ce travail.

Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon étudié

Les entretiens ont eu lieu de février 2022 à août 2022. 15 entretiens ont été menés auprès de médecins exerçant en Ile-de-France dans les départements 75, 91, 92, 93 et 94 sur un total de 44 demandes d'entretiens. Les refus ou désistements n'ont pas été justifiés exceptés par un médecin dans le 93 car sa patientèle était jugée difficile à prendre en charge en téléconsultation et donc malgré l'équipement numérique pour la téléconsultation il n'en pratiquait pas, le deuxième médecin dans le 91 ne souhaitait pas être inclus car ses téléconsultations étaient programmées en amont avec ses patients sur des sujets vus en consultation, il estimait n'avoir aucune incertitude diagnostique. Deux médecins ont été exclus car ils téléconsultaient par téléphone. Les autres sont restés sans réponse suite à la demande (Cf. : annexe N°4).

La suffisance des données a été atteinte à partir du 12^{ème} entretien mais 3 entretiens additionnels ont été réalisés pour équilibrer les variables étudiées et avoir un échantillon varié de médecins téléconsultants sur le genre et l'expérience professionnelle.

Afin de préserver l'anonymat des participants, il a été convenu de ne pas communiquer leurs noms, ni d'informations sur l'âge précis, ni leur ville d'exercice. Notre échantillon regroupait un éventail de toutes les tranches d'âges de 25 à 65 ans. Notre échantillon était composé de 8 hommes et 7 femmes. 8 médecins étaient de Paris (75), 3 de l'Essonne (91), 2 des Hauts de Seine (92), 1 de Seine Saint-Denis (93), 1 du Val-de-Marne (94). Leur mode d'exercice était majoritairement urbain. Aucun des médecins n'exerçaient en zones rurales. 6 médecins exerçaient en libéral, 4 en salariat et en libéral, 5 en tant que remplaçant dont un effectuant son Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). 5 médecins étaient des Maître de stage des Universités (MSU), 4 médecins exerçaient la téléconsultation sur des plateformes de téléconsultation de soins non programmés (SNP), les autres médecins téléconsultaient majoritairement leur patientèle ou la patientèle du médecin remplacé. 3 médecins avaient débutés une activité de téléconsultation avec vidéo transmission avant le début de l'épidémie de covid-19. Un médecin avait déjà téléconsulté avec une cabine de téléconsultation disposant d'appareils médicaux connectés et avait arrêté ce mode de

téléconsultation. Aucun des médecins participants n'utilisaient de cabines de téléconsultation, 2 médecins utilisaient parfois des objets médicaux connectés manipulés par des soignants au cours de notre étude.

Les entretiens ont duré de 33 à 71 minutes pour une moyenne de 44 minutes.

Les variables étudiées et les caractéristiques des médecins sont exposées dans l'annexe N°5.

2. L'incertitude diagnostique en médecine générale

2.1 Difficulté à définir l'incertitude diagnostique

Les participants ont éprouvé des difficultés à définir l'incertitude diagnostique. « *Alors qu'est-ce que tu appelles incertitude diagnostique aussi ? C'est large pour moi.* » (M2). La définition de l'incertitude diagnostique pouvait faire l'objet d'un sujet philosophique car il pouvait y avoir plusieurs définitions : « *Quelle définition..., de l'incertitude diagnostique... waouh... c'est difficile. C'est extrêmement vague, c'est un sujet de philo que tu fais.* » (M14). Certains paraphrasaient la définition : « *bah c'est...dit comme tel c'est quand tu n'es pas sûr de ton diagnostic* » (M15). Des médecins citaient directement des sources à l'incertitude diagnostique en téléconsultation : « *C'est quand il y a besoin de palpations en fait. Quand il y a besoin vraiment de palper et qu'on ne peut pas le faire en téléconsultation* » (M11). Certains avaient très bien défini les différents niveaux d'incertitudes diagnostiques connus en complétant la définition dans le cadre de la téléconsultation : « *et je rajoute à ça dans la téléconsultation qui est le manque d'informations cliniques recueillie [...] donc ça rajoute une quatrième volet d'incertitude qui lui est lié à l'absence de possibilité de récupérer des informations cliniques* » (M7).

2.2 Perception de l'incertitude diagnostique

L'incertitude diagnostique est permanente en médecine générale

Les médecins rapportaient que l'incertitude diagnostique faisait partie du quotidien du médecin généraliste : « *j'y suis extrêmement et fréquemment confronté du fait qu'on est médecin généraliste et qu'on voit des maladies à des stades très variés.* » (M7) ; « *ah elle est permanente, ça fait partie de notre quotidien. Elle est beaucoup plus fréquente que la certitude.* » (M12).

L'incertitude diagnostique stimulante

Ces situations pouvaient être enrichissantes pour le médecin et permettaient de rompre avec la routine et stimuler la réflexion : « *Moi j'en ressens souvent de l'incertitude, du doute et*

heureusement d'ailleurs. Parce que si je ne ressentais pas le doute je pense que je commencerais à faire de la mauvaise médecine. Donc je préfère ça à être trop sûr » (M12).

L'incertitude diagnostique est inconfortable

Elle pouvait être vécue de manière inconfortable : « L'incertitude c'est quelque part l'absence de situation de confort, c'est-à-dire en effet, on est face à une situation où l'on se pose des questions pour lesquelles on n'a pas de réponse nette et précise. » (M9).

La téléconsultation augmente l'incertitude diagnostique

Selon des participants, la téléconsultation plaçait d'office le médecin dans une position d'incertitude diagnostique : « cela va de soi, c'est inhérent. C'est normal puisqu'on est en téléconsultation. » (M6) et augmentait le degré d'incertitude : « Je pense que... voilà l'outil rajoute de l'incertitude » (M9).

L'incertitude diagnostique en téléconsultation n'est pas une difficulté

La solution en situation d'incertitude diagnostique était la consultation : « je suis au bout de ce que je peux faire et que la solution c'est la consultation en présentiel » (M3) ; « Soit, c'est clair et net et donc il n'y a pas plus d'examens qu'en présentiel, soit il y a un doute, donc là, je les fais venir. » (M6). La téléconsultation permettait aux médecins d'opter pour cette solution de facilité : « tu vas plus facilement botter en touche je dirai, parce que la téléconsultation te le permet quelque part. C'est-à-dire que quand tu es en téléconsultation tu peux dire là c'est insuffisant il faut que vous consultiez un médecin » (M5), tandis qu'en consultation les médecins devaient faire face à cette incertitude diagnostique et réfléchir à une solution : « Alors que quand il est dans ton cabinet et que tu te confrontes à l'incertitude, il faut que tu trouves une issue à l'incertitude et ce n'est jamais la même, rarement. » (M5).

2.3 Vécu émotionnel des situations d'incertitude diagnostique

2.3.1 Stress, inquiétude et peur

Généré par le patient

Un patient inconnu ou avec des comorbidités pouvait générer plus de stress chez le médecin : « Quand on connaît le patient ni d'Eve ni d'Adam, il y a plus de stress et d'émotion et plus d'incertitude. » (M6) ; « chez des patients qui ont des antécédents un peu plus lourds et vers qui tu pourrais te dire ah merde est-ce que je ne passe pas à côté de quelque chose ? » (M13).

Par le degré d'incertitude diagnostique

L'incertitude diagnostique devait être importante pour générer du stress ou de l'inquiétude : « *Il n'y avait pas d'enjeu, pas de stress, pas d'inquiétude [...] Il m'en faut plus.* » (M12).

Par l'absence de diagnostic

L'incertitude diagnostique en téléconsultation pouvait générer de l'inquiétude chez le médecin par l'absence de diagnostic : « *Voilà, si le doute est passé par là il faut aller jusqu'au bout sinon le doute il va te poursuivre toute la soirée.* » (M2) ; « *quand on n'a pas le diagnostic il y a quand même une inquiétude derrière...* » (M11).

Si le patient ne consulte pas au décours de la téléconsultation

L'inquiétude planait après la téléconsultation si l'incertitude n'était pas résolue : « *Il y a de l'inquiétude lié à la téléconsultation, quand les gens ne viennent pas en présentiel.* » (M3) ; « *généralement dans ces situations là on est soulagé de savoir qu'ils vont venir.* » (M10).

Doute sur la compréhension des consignes et de la conduite à tenir

Les médecins pouvaient être inquiets car ils n'étaient pas sûr de la bonne compréhension des consignes et conseils par le patient : « *Je suis inquiète des suites du patient qui n'a pas voulu venir en présentiel, est-ce qu'il a bien compris les consignes pour consulter ? Est-ce qu'il a compris les consignes en cas d'urgence ?* » (M3).

Peur d'une erreur diagnostique

L'inquiétude d'une erreur diagnostique se rapprochait de la peur et des conséquences médico-légales qui pouvaient suivre : « *Si je n'ai pas exploré mon doute, euh ouai. Je vais avoir des euh...Alors sur le moment, si après ça m'emmerde, je dis merde ouai, du coup je vais rappeler le patient.* » (M2) ; « *j'aurai mieux répondu à une obligation de moyen. [...] j'ai fait l'examen clinique, je l'ai performé, je sais que j'ai fait tout ce qui était en mon pouvoir cliniquement pour évaluer les patients. Si c'est eux qui s'examinent je ne pourrai pas m'empêcher de me dire : « ah est-ce que j'ai bien fait de m'arrêter à un examen par le patient ou j'aurai dû être intransigente et leur dire de revenir », et, si sous-entendu, si il y a un problème de santé ça ne pourra pas m'être reproché de pas avoir convoqué le patient au cabinet »* (M7) ; « *des patients qui ont des antécédents un peu plus lourds et vers qui tu pourrais te dire ah merde est-ce que je ne passe pas à coté de quelque chose ?* » (M13).

2.3.2 Frustration

Manque d'informations sur le patient

Le manque d'informations sur le patient générait une frustration : « *premier contact en téléconsult c'est trop frustrant et on perd trop d'informations.* » (M12).

Manque d'informations cliniques globales

L'impossibilité de récolter des informations cliniques et d'examiner le patient générait de la frustration : « *Ce sont simplement les limites de la téléconsultation qui font que des fois on se prive de certaines possibilités d'examens et donc de modalités d'examens et du coup on se prive d'avoir certains diagnostics* » (M1) ; « *L'examen clinique n'est pas là pour nous éclairer davantage sur quoi on pense et il y a une certaine frustration.* » (M11).

Ne pas pouvoir donner une réponse et une solution au patient

Les médecins étaient frustrés de ne pas apporter une réponse aux patients et de ne pas pouvoir leur proposer une solution : « *De pas répondre à une attente généralement qui est une réponse franche..., enfin une réponse complète à une plainte du patient* » (M10) ; « *de ne pas savoir quoi donner, de ne pas faire d'ordonnance, au final, parce qu'on ne sait pas à quoi ça correspond. Donc oui une certaine frustration sur ces téléconsultations* » (M11).

Ne pas faire une prise en charge optimale mais « dépanner » le patient

Ne pas pouvoir proposer au patient une médecine de qualité frustrait les médecins : « *on doit pouvoir mettre en œuvre tout ce qu'on a appris et tout ce qu'on sait faire pour le patient mais quand on est limité, c'est difficile...* » (M10) ; « *Je me suis dit, c'est chiant parce que je ne peux pas faire une prise en charge vraiment optimale* » (M13). Pour les médecins, la téléconsultation était vu comme une solution de dépannage : « *Non parce que pour moi la téléconsulte ça ne remplace pas une consultation normale, ça reste du dépannage. [...] Ce n'est pas forcément de la grande médecine* » (M12).

Devoir proposer comme unique solution une consultation

Ce sentiment de frustration était assez fréquent car les médecins ne voyaient comme seule solution à l'incertitude diagnostique la consultation en présentiel : « *j'ai quasiment 4 téléconsultations sur 5 ou je suis frustrée. [...] en fait, je me dis très vite que de toute façon je suis au bout de ce que je peux faire et que la solution, c'est la consultation en présentiel, et quasiment à chaque fois en fait. Je suis assez frustrée de cette pratique.* » (M3).

2.3.3 Agacement

Les motifs inadaptés et/ou multiples

Les médecins étaient souvent agacés lorsque les motifs étaient inadaptés à une téléconsultation ou multiples : « *Bah moi j'ai trouvé euh... pardon du mot... mais stupide de consulter pour une otalgie en visio. Un petit peu d'agacement peut-être* » (M4) ; « *après quand elle m'a parlé de ses douleurs, je pense que je me suis dit : oh relou.* » (M13).

Sous pression pour gérer son temps

Si l'incertitude diagnostique se répétait dans la journée cela devenait chronophage et créait une pression pour la gestion du temps afin de respecter le planning de rendez-vous : « *je n'ai pas eu besoin de la reconvoquer, il y avait juste l'ECBU à vérifier [...] ça m'a pas saoulé parce que ça ne m'a pas donné de travail supplémentaire.* » (M7) ; « *Je n'aime pas trop quand les téléconsultations durent trop longtemps [...] Parce que sur Doctolib® c'est dix minutes, tu vois le temps qui défile et tu dois passer à l'autre patient et tu accumules du retard.* » (M13).

2.3.4 Insatisfaction/déception

Ne pas apporter de réponse au patient

Il pouvait y avoir un sentiment d'incomplétude lorsque les médecins n'apportaient pas une réponse satisfaisante en situation d'incertitude diagnostique : « *pour moi-même si ce n'est pas satisfaisant, pour eux j'ai donné, apporté une réponse quand même.* » (M8) ; « *Bah c'est finir sa consultation sans être satisfait de la conclusion qu'on a pu apporter.* » (M10).

Ne pas remplir son rôle de médecin généraliste

Ils avaient la sensation de ne pas remplir leur mission de médecin : « *voilà, de pas bien faire son boulot de médecin* » (M10) au point de remettre en cause la continuité de cette pratique : « *on se demande même si ça vaut le coup de faire de la téléconsultation ou pas après* » (M10).

Manque de reconnaissance

Les médecins ressentaient un manque de reconnaissance du patient en téléconsultation lorsqu'ils n'avaient pas de réponse : « *tu ne peux pas les aider. Donc les gens sont pas reconnaissants quoi.* » (M5).

2.3.5 Impuissance

L'incertitude diagnostique en téléconsultation rendait les médecins impuissants, ils n'avaient aucune solution à proposer au patient ni la possibilité de faire quoi que ce soit de plus après la téléconsultation, ils avaient l'impression d'abandonner les patients à leur sort : « *c'est les consultations qui m'ont le plus bouleversées, parce que, en fait, je passais mon temps à m'excuser parce que je ne pouvais pas leur envoyer un médecin à domicile, que c'était..., que je comprenais que ça pouvait être déstabilisant.* » (M3). Parfois c'était la décision des patients au décours de ces situations qui déclenchait ce sentiment d'impuissance : « *j'accepte le fait qu'ils ne veulent pas venir [...] j'étais dans l'incompréhension étant donné que je leur propose une solution, [...] Mais bon, chacun est libre, le patient est libre* » (M4).

3. Sources d'incertitude diagnostique en téléconsultation

3.1 Les conditions de la téléconsultation inadaptées

3.1.1 Motif inadapté

Le motif était source d'incertitude diagnostique : « *L'incertitude vient du motif généralement j'ai l'impression.* » (M10). Les motifs de téléconsultations évoqués lors des entretiens faisaient tous l'objet de SNP pour des motifs somatiques aigus : « *quand elle m'a expliqué que c'était pour un motif somatique aigu je lui ai expliqué que c'était un peu compliqué et qu'il y avait des limites à la téléconsultation et qu'il faudra probablement se revoir au cabinet pour étayer parce que ça ne sera peut-être pas assez satisfaisant.* » (M7).

3.1.2 Horaires et distances géographiques de la téléconsultation non adaptés

La gestion de l'incertitude diagnostique lors d'une téléconsultation avec un patient éloigné du lieu de consultation était plus difficile : « *quand elle m'a dit je suis en Autriche c'est encore plus relou parce que vraiment je ne peux rien faire* » (M13) ; « *j'avais envie de dire cystite mais...dans le doute...elle n'était pas dans la région, elle était dans le sud de la France* » (M14) ; « *Là c'était facile, c'était dans Paris, le patient habitait dans Paris.* » (M15). Téléconsulter des patients à des horaires tardifs réduisaient le choix des solutions : « *trouver un médecin un vendredi soir* » (M2).

3.1.3 Ne pas connaître les patients

Ne pas connaître le patient qui téléconsultait augmentait le degré d'incertitude lié au manque d'information sur le patient : « *Quand on connaît le patient ni d'Eve ni d'Adam, il y a plus de stress et d'émotion et plus d'incertitudes.* » (M6) ; « *premier contact en téléconsulte c'est trop frustrant et on perd trop d'information je pense, il faut faire avec des gens qu'on connaît* » (M12).

3.1.4 Patients difficiles

Patients comorbides

Les patients avec de nombreuses comorbidités augmentaient le niveau de l'incertitude diagnostique : « *chez les patients jeunes effectivement l'incertitude m'embête moins que chez des patients qui ont des antécédents un peu plus lourds et vers qui tu pourrais te dire ah merde est-ce que je ne passe pas à coté de quelque chose ?* » (M13).

Personnes âgées

La téléconsultation n'était pas adaptée pour certaines personnes âgées qui présentaient des inaptitudes à la téléconsultation et avaient besoin de l'aide d'un soignant : « *si c'est la personne âgée qui a des troubles de la mémoire, il va falloir l'aide d'une infirmière ou d'une aide-soignante* » (M1) ; « *ils ne me voyaient pas forcément et donc ils regardaient comme ça en l'air. Ils ne savaient pas bien où il fallait regarder, ils n'entendaient pas bien* » (M3).

3.1.5 Urgence ressentie du patient

L'urgence ressentie par le patient génèrait de l'incertitude diagnostique : « *quand il y a une situation un peu d'urgence qui peut déclencher une certaine angoisse je trouve ça complètement inadapté.* » (M3) ; « *bah pourquoi il appelle ? c'est-à-dire que si elle était bien elle aurait pu pas appeler, on part de ce principe. La deuxième chose si ça pouvait attendre le lendemain, elle n'aurait pas appelé le soir. Donc tous ces éléments-là me disent, pourquoi elle n'a pas appelé la veille ?* » (M9).

3.1.6 Recommandations non respectées par les médecins

Absence d'utilisation de guides de pratiques

La majorité des médecins interrogés n'utilisaient pas les guides de bonnes pratiques ou de référentiels sur la téléconsultation, n'en n'avaient pas lu ou n'avaient fait aucune recherche : « *Peut-être qu'effectivement il faudrait que j'applique plus des recommandations que mon bon sens clinique.* » (M3) ; « *Alors non, je ne suis pas au courant mais je n'ai pas cherché aussi* » (M7).

Limites fixées par les médecins téléconsultants

Les limites de la téléconsultation étaient définies en fonction du médecin téléconsultant car les recommandations étaient perçues comme trop strictes : « *le collège de médecine générale qui a sorti de grandes recommandations donc là je trouve que sur certaines pathologies c'est un peu trop strict, [...] Ils ont mis des règles qui sont un peu trop pures* » (M2) ; « *Je pense que de toute façon on connaît nos limites, [...] j'ai envie de dire on n'a pas besoin de référentiel pour se rendre compte de ça,* » (M9).

3.2 Manque d'informations cliniques globales

Manque de précision dans la description des symptômes

Des patients avaient du mal à exprimer ou à décrire leurs symptômes de manière précise rendant la bonne compréhension de leur état de santé difficile par le médecin : « *elle n'a pas su me dire si elle avait une oppression thoracique, c'est là où j'ai bloqué.* » (M2) ; « *elle n'arrivait pas à s'exprimer et dans les mots ou la description que je proposais ça ne collait avec aucun symptômes, elle ne savait pas décrire.* » (M9).

Difficulté d'interprétation les symptômes sans examen clinique

Il était difficile pour les médecins d'être sensibles aux différences de chaque patient face à leurs ressentis de la douleur ou des symptômes et de les interpréter sans les confronter à un examen clinique : « *par rapport à la gêne ressentie par le patient, la réponse que je pouvais apporter était insuffisante et la réponse diagnostique incomplète donc il faut consulter* » (M10) ; « *les patients ils en font des tonnes tu vois, ils en rajoutent un peu et du coup comment tu fais la part des choses. [...] tu vois tu ne sais pas trop comment prendre la chose, de te dire est-ce que c'est vraiment grave ou pas* » (M13).

Difficulté de récolte des signes cliniques en vidéo

La téléconsultation ne permettait pas de récolter autant d'informations cliniques qu'en consultation : « *J'imagine une céphalée fébrile, en consultation, tu vois en 2 secondes si le patient est souple de sa nuque en te parlant et tout, alors que en vidéo avec une connexion qui lague c'est compliqué à évaluer* » (M7) ; « *C'est super difficile, parce que la qualité elle n'est pas bonne, ce n'est pas la même. Quelqu'un qui par exemple n'est pas bien tu vois la pâleur, en téléconsulte non pas toujours, ils sont dans l'ombre [...] Ta médecine, ton diagnostic a commencé alors même que tu n'es pas encore dans la salle d'examen, autour du bureau tu es dans l'inspection, l'observation et la téléconsultation est une barrière dingue* » (M14) ; « *tu ne vois pas la détresse respi parce que tu ne vois pas en visio que le mec il respire à 40 par minute, bah tu peux passer à côté.* » (M15).

Besoin d'une approche globale du patient

C'était l'ensemble des paramètres vitaux, de l'examen clinique et des examens que les médecins avaient à disposition en cabinet (BU, ECG...) qui leur permettaient de dresser un tableau clinique global et d'adopter un bon raisonnement clinique : « *Il fallait que je puisse prendre la tension, que je fasse un examen neurologique, il fallait que je fasse un test covid, que j'apprécie sa raideur de nuque ou pas. Que je prenne sa température. Bref, il me manquait pleins d'éléments objectifs pour pouvoir statuer sur un diagnostic* » (M5) ; « *Parce qu'on n'a pas tous les éléments en notre possession et on n'est pas à 100% de nos moyens pour pouvoir faire un bon diagnostic juste en visuel.* » (M6).

3.3 Perte de l'intuition médicale par les écrans

Absence de la connexion intime médecin-patient

Il était difficile d'établir une « connexion » intime et mutuelle entre le médecin et le patient, communication nécessaire pour développer un « sixième sens » : « *C'est vraiment du domaine du ressenti intime et c'est presque une histoire de flux énergétique entre deux personnes. Ça, par la télé ça ne marche pas quoi.* » (M5) ; « *c'est du flair, c'est expérientiel et ça s'inscrit dans un truc beaucoup plus scientifique mais qu'on n'arrive pas bien à expliquer, c'est un peu du 6ème sens tu vois.* » (M7) ; « *tu sais l'espèce de feeling que tu ressens en consultation et que tu n'as pas en vidéo. C'est pas du tout comme une consultation où tu vas ressentir qu'il y a un motif caché.* » (M8).

Communication non verbale difficile à interpréter

Il était difficile pour les médecins de percevoir et d'interpréter le langage non verbal en téléconsultation : *« le fait de ne pas voir réellement la personne face à toi, ça te prive de certaines émotions voilà, quand même. [...] La douleur, l'étonnement, l'inquiétude quand on parle de quelque chose, la réflexion, il suffit qu'on voit une image heu... la réaction d'une personne, la position qu'elle peut avoir face à une question, pour qu'on se dise tient ça va peut-être générer autre chose. Alors qu'en visio, l'espace est un peu plus étriqué et du coup on ne peut pas tout voir et on ne voit pas aussi bien qu'en réel. » (M1) ; « Je trouve que je perds en sensoriel, en finesse de perception » (M12) ; « en plus tu ne vas pas palper autre chose parce qu'elle ne te laisse pas la possibilité. » (M14).*

Difficulté d'adopter un raisonnement basé sur l'intuition

Les médecins n'arrivaient pas en téléconsultation à générer des hypothèses diagnostiques et à les éliminer facilement en téléconsultation comparé à la consultation : *« d'habitude tu as plus un raisonnement heuristique et qui va rapidement éliminer certains points et rapidement te centrer sur des choses, [...] et aller te cibler sur les hypothèses les plus probables » (M7).*

3.4 Déléguer l'examen clinique à un non-clinicien

Doute sur la maîtrise des outils médicaux par le patient

Des outils médicaux simples, comme le thermomètre, ou plus spécialisés, comme l'otoscope connecté, étaient parfois difficiles à utiliser par le patient et pouvaient faire douter les médecins : *« C'est sûr que dirigé par le patient c'est compliqué. [...] si tu as une cabine avec un otoscope, le patient le met mais si il le met mal tu peux passer à côté. [...] un patient tu lui dis droite gauche le patient il est perdu, même des fois le thermomètre c'est limite » (M2) ; « elle a une tension, d'après ce qu'elle me dit, correcte. J'aurai bâti mon raisonnement sur des éléments objectifs dont je n'ai pas assuré moi la collecte. Je ne peux pas apprécier la manière dont c'est collecté. » (M5).*

Faible valeur ajoutée de l'examen clinique à distance

Parfois l'auto-examen n'apportait aucune information supplémentaire permettant de réduire l'incertitude diagnostique car trop difficile de l'interpréter en vidéo même si l'examen était dirigé par le médecin à distance : *« on a besoin de sentir, on a besoin de savoir comment on appuie, si c'est beaucoup ou pas beaucoup et quand c'est quelqu'un qui le fait on n'a pas forcément les mêmes sensations » (M1) ; « On ne remplacera jamais les mains du médecin »*

(M2) ; « on n'est pas tout à fait sûr qu'il ait touché tous les endroits, qu'il ait bien appuyé, qu'il ait bien touché, enfin...même si on le voit visuellement ça reste compliqué. » (M9) ; « appuyez là pour voir...ah oui ça fait mal ! tu ne sais pas si il y a une contracture, une défense, tu n'en sais rien, un examen clinique fait par le patient ça ne sert à rien. » (M15).

4. Conséquences de l'incertitude diagnostique en téléconsultation

4.1 Sur-prescription et non-prescription

4.1.1 Sur-prescription

Pallier le manque d'examen clinique si il n'y a pas de consultation au décours

Les examens complémentaires étaient un moyen d'investiguer le patient d'une autre manière et de pallier le manque de l'examen clinique si le patient ne pouvait pas consulter : « *par contre je prescris plus d'examens complémentaires. Parce que je pense que le patient doit du coup être exam...investiguer d'une autre façon. Je n'ai pas pu mettre les mains donc il va être investigué par une radio, un bilan bio* » (M7). Si les patients avaient la possibilité de venir consulter alors les médecins préféraient attendre la consultation pour prescrire : « *En bio, je ne sais pas, parce que c'est plus en rapport avec le présentiel, ça va dépendre de l'examen clinique.* » (M10).

Satisfaire et rassurer le patient

Les médecins étaient parfois obligés de devoir prescrire des examens ou traitements pour satisfaire la demande du patient, et ce, même si c'était contre leurs principes : « *les patients ils n'aiment pas que tu ne leurs prescribes rien* » (M13) ; « *il me dit nan je ne viendrai pas je veux que vous me traitiez maintenant et tout et bah pour une angine je l'aurai mis sous antibio. [...] je ne sais pas tu l'adresses tout de suite vers quelqu'un, tu prescris des bilans bio, tu fais des trucs que tu ne ferais pas forcément.* » (M15).

Se rassurer et se protéger médico-légalement

Prescrire des examens complémentaires, des traitements probabilistes, ou sur-traiter le patient étaient un moyen de se rassurer et de se protéger médico-légalement : « *c'est histoire de se rassurer et de ne pas passer à côté de quelque chose.* » (M11) ; « *tu vois je traite plus...enfin je mets plus le bazooka que si j'étais en consulte* » (M14) ; « *je préfère autant couvrir une angine à strepto et que le patient ne revienne pas 48H après avec un phlegmon* »

plutôt que de ne rien lui mettre et lui dire c'est sûrement une rhino. [...] vaut mieux donner plus que moins. Déjà tu te couvres toi et puis au moins tu mets le patient à l'abri. » (M15).

Anticiper la prise en charge en attendant la consultation

Parfois, la téléconsultation permettait au médecin d'anticiper les examens complémentaires qui seront probablement nécessaires à la consultation qui va suivre : *« je lui ai dit de se rapprocher au plus vite d'un médecin près de chez lui. Moi j'ai débrouillé le truc en lui envoyant une ordonnance de bio et d'un ECBU pour la prise en charge d'une hématurie macroscopique en ville » (M10).*

4.1.2 Non-prescription

Par prudence, les médecins pouvaient ne rien prescrire en cas d'incertitude diagnostique ou se limitaient à des traitements symptomatiques : *« Moi j'ai dit que je ne prescrirai rien sans avoir examiné l'enfant. » (M4) ; « je lui ai expliqué que je ne prescrirai rien parce que je n'étais pas sûr de moi. » (M15).* Comme nous le verrons par la suite les médecins préféraient consulter le patient en cas d'incertitude diagnostique et faire une prescription après la consultation : *« L'incertitude en téléconsultation va te faire dire, « allez consulter », l'incertitude en consultation va te faire prescrire plus d'examens complémentaires. » (M5).*

4.2 Déclencher une consultation en présentiel

4.2.1 En fonction du degré d'incertitude diagnostique

Les situations d'incertitude diagnostique sans urgence

Le médecin était prêt à accepter cette incertitude car moins prégnante et ne nécessitant pas forcément un diagnostic précis ni même d'être vu en présentiel. Le médecin arrivait à écarter l'urgence facilement lors de la téléconsultation : *« Savoir que ça va s'éteindre tout seul il n'y aura rien besoin de faire bah tu t'en fous de savoir quel virus c'est et à partir du moment où il n'y a pas de risque de pertes de chances » (M8) ; « est-ce que j'ai plus d'incertitude là que si elle était venue me voir ? Non c'est pareil » (M12).*

Les situations d'incertitude diagnostique avec un certain degré d'urgence

Elles pouvaient entraîner une perte de chance pour le patient et devaient faire l'objet d'une consultation : *« celles qui peuvent amener à une perte de chance je les élimine je les vois en vrai. » (M8) ; « Est-ce qu'il faut qu'on les voit en urgence ou plutôt du soin programmé dans les 48H » (M10).*

Les situations d'incertitude diagnostique avec un risque vital

Elles devaient être levées en urgence avec nécessité d'hospitalisation : « *c'était pendant le Covid et il était en téléconsultation dans le 93, et il était vraiment en train de s'étouffer devant moi* » (M10).

4.2.2 Voies d'adressage utilisées par les médecins en situation d'incertitude diagnostique

Médecin téléconsultant depuis un cabinet médical

En fonction de leur planning et du degré d'urgence de l'incertitude diagnostique, les médecins proposaient :

- Une consultation en présentiel : « *je leur propose de venir en présentiel, [...] je peux les caser entre deux,* » (M4) ; « *j'ai des créneaux d'urgence et je les programme dans les 48H donc ce n'est pas un problème.* » (M12) ;
- Une visite au domicile du patient ou orientaient le patient vers un service proposant des visites à domicile : « *j'y vais parce que ce n'est pas loin et que je peux me déplacer [...] soit un système de garde de type SOS où les UMP quand ils sont sur Paris intra-muros* » (M1) ;
- Adressaient le patient aux urgences ou en maison médicale de garde : « *je lui demande d'aller consulter soit à la maison médicale de garde soit aux urgences* » (M1).

Médecin téléconsultant depuis une plateforme de téléconsultation pour du soin non programmé

Ils ne connaissaient pas le patient et n'avait pas la possibilité de consulter le patient en présentiel. Selon le degré d'incertitude diagnostique, ils adressaient les patients soit aux urgences ou bien à un autre médecin pour une consultation en présentiel : « *on a décidé de lui envoyer une ambulance pour qu'elle soit bilantée aux urgences plus par rapport à ses troubles.* » (M2) ; « *le patient doit se rendre aux urgences aujourd'hui ou s'il peut consulter et dans quel délais* » (M3).

4.3 Relation médecin-patient difficile sans être le médecin habituel

Les médecins remplaçants et les médecins pratiquants du SNP avaient plus de difficulté à établir une bonne relation médecin-patient.

4.3.1 Perception négative et remise en question de la prise en charge

Incertitude diagnostique mal perçue par le patient

L'incertitude diagnostique pouvait être mal perçue par les patients si ils ne connaissaient pas le médecin : *« quand la personne te connaît ça ne pose pas de soucis, ça va être géré de la même manière qu'en présentiel. Par contre, si tu es devant quelqu'un qui téléconsulte et que tu ne connais pas, j'ai plein de nouveaux patients, l'incertitude diagnostique en téléconsulte quand tu rencontres la personne pour la première fois ça peut être mal accueillie. » (M14).*

Patient moins confiant avec le médecin

Les patients remettaient facilement en cause la prise en charge du médecin si l'évolution n'était pas favorable : *« je dirai qu'ils vont plus facilement remettre en question le diagnostic si ça va pas mieux » (M3).*

4.3.2 Difficile de convaincre un patient sans être le médecin habituel

Difficile d'utiliser son aura de médecin par la vidéo

Les médecins se sentaient moins efficaces pour convaincre les patients et pour vérifier qu'ils adhéraient au projet thérapeutique. Ils avaient l'impression que les patients ne pouvaient pas ressentir les émotions, le langage corporel du médecin et l'assurance qu'il pouvait dégager : *« Je pense que quand on est sur place c'est quand même différent, quand le patient n'est pas d'accord on a plus de moyens de le convaincre et de vérifier qu'il va vraiment bien adhérer au projet thérapeutique. » (M3) ; « l'expression faciale, on met en confiance finalement. [...] donc je pense qu'il y a... le présentiel ce qu'un médecin peut dégager, un sourire, les yeux qui froncent, il y a la communication verbale et non verbale. Et dans le non verbal il y a le physique. » (M14).*

Besoin d'insister pour que le patient vienne en consultation

Les médecins ne connaissant pas le patient devaient se montrer très persuasif ou contraindre le patient à venir consulter : *« si vous voyez qu'il y a 2 médecins, en gros si il est d'accord avec moi, on n'attendra pas le papa demain matin » (M2) ; « Donc peut être j'essaye de me montrer persuasif, j'essaye lourdement quand je veux les voir en présentiel oui. » (M4) ; « Bon après au*

final, c'était après négociation, explication après...ce n'était pas une téléconsultation à distance facile. J'ai mis du temps à lui expliquer » (M9) ; « je lui ai dit de toute façon je veux vous revoir dans la journée. Donc je n'ai rien mis en place pendant la téléconsultation. » (M15).

La connaissance du patient facilitait la collaboration

La collaboration était naturelle entre le médecin et le patient si une relation était préétablie : *« ils comprennent et ils viennent. Il n'y a pas vraiment de négociation, on est de bonne foi et de bonne volonté donc ils sont rarement dans la résistance. » (M10) ; « Au contraire, c'est très bien accepté. Les gens nous connaissent [...] Il y a une confiance et une relation médecin patient. » (M11).*

5. Gestion de la démarche diagnostique en situation d'incertitude diagnostique

5.1 Filtrer les motifs de téléconsultation et les patients

Filtrer les patients

Afin de diminuer l'incertitude diagnostique les médecins réservaient les téléconsultations à leur patientèle uniquement, ce qui rendait la téléconsultation plus simple et l'incertitude plus acceptable : *« Là, mes patients je les connais donc je ne suis pas stressé » (M6) ; « De les connaître ça nous aide bien, c'est plus facile et plus fluide. » (M11) ; « Je ne fais que à des patients que je connais maintenant. Mais pendant les confinements, je faisais tout le monde et c'est encore pire, c'est dur. On ne les cerne pas bien. » (M12).*

Filtrer les motifs de téléconsultation

Les médecins utilisaient un filtre ou des notifications destinés aux patients pour les informer des motifs adaptés à la téléconsultation. Chaque médecin avait la liberté de décider quels motifs étaient adaptés à la téléconsultation : *« j'ai des confrères qui prennent de la traumato, pour moi la traumato en téléconsultation c'est niet ! » (M2) ; « les téléconsultations sont faites pour discuter des résultats d'une prise de sang, éventuellement un suivi programmé, et pour tous certificats médicaux ou plaintes physiques ce n'est pas adapté » (M7).*

5.2 Eliminer directement l'urgence et les motifs inadaptés en début de téléconsultation

Les médecins identifiaient en début de téléconsultation si le motif était adapté à la téléconsultation et si cela relevait de l'urgence ou non : *« il m'énonce un motif que je considère inadapté, je coupe court et on va prendre un rendez-vous présentiel » (M12) ; « on fait du tri,*

on va éliminer les urgences déjà [...] Une personne qui n'arrive pas à articuler, qui est verte, polypnéique, en période covid on repère rapidement l'urgence. » (M10).

5.3 Stratégies anamnestiques adoptées en situation d'incertitude diagnostique

5.3.1 Anamnèse habituelle ou affinée

L'anamnèse était similaire à une consultation présentielle pour certains : *« Pareil, il est pas plus ou moins complet, c'est la même chose. Il n'y a pas de différence » (M12).* Pour d'autres l'anamnèse était vraiment affinée comparé à une consultation : *« L'interrogatoire est beaucoup plus important et plus limier en téléconsultation que en consultation. » (M2).* L'interrogatoire permettait d'arriver à un diagnostic de forte probabilité : *« souvent un interrogatoire bien mené tu as, en fonction de la pathologie, fait le diagnostic. Donc tu poses beaucoup plus de questions. » (M2).*

5.3.2 Utilisation d'une démarche analytique

Via une approche en chaînage avant et bayésienne

Les médecins reconnaissaient un ensemble de données critiques et appliquaient des règles stockées en mémoire. L'interrogatoire était dirigé et binaire. En raisonnant à partir des données cliniques recueillies les médecins aboutissaient de manière causale ou conditionnelle au diagnostic. Chaque élément complémentaire incorporé au problème conduisait à un calcul de la nouvelle probabilité, a posteriori, du diagnostic envisagé : *« moi c'est très protocolaire l'infection urinaire. On me dit en téléconsultation : « Docteur ça me brûle quand je fais pipi. » Bon je pars sur une cystite aiguë et je vais à la pêche aux symptômes, « vous avez une hématurie, vous avez ça, ça, ça ». On confirme. Quand j'ai bien confirmé l'infection urinaire basse, je pose deux questions fièvre et douleurs lombaires si j'ai soit l'un soit l'autre bah tiens pyélo. Donc en fait, l'incertitude est très carrée dans ma tête. Je raisonne par tiroir [...] quand ça vire en pyélo ça s'est plus atténué, on vire plus sur des symptômes du rein et j'ai été gêné par le fait que ce soit très présent mais après je ne me suis pas trop posé de questions. Pyélo à tort... » (M14).*

Via une approche hypothético-déductive et exhaustive

Des hypothèses diagnostiques apparaissaient dès le début de l'anamnèse à l'esprit des médecins, à partir du motif, des plaintes du patient, et du contexte perçu lors de la téléconsultation : *« t'as vite fait le tour dans ta tête pour te dire quelles pathologies*

infectieuses peuvent donner ce type de symptômes » (M15). Le nombre d'hypothèses émises étaient élevées et servaient de cadre pour l'interrogatoire. Les données cliniques étaient interprétées en permanence pour juger si elles étaient compatibles avec l'hypothèse testée : « tu fais douze milles circonvolutions, tu rajoutes pleins de questions d'interrogatoires dont tu n'aurais pas besoin et ça t'élimineras 3 ou 4 diagnostics et là du coup tu es obligé de les éliminer en ratissant hyper large. [...] Ça oblige à avoir un arbre diagnostic à l'interrogatoire beaucoup plus large par ce que tu cherches à recueillir des signes indirects que tu ne peux pas obtenir par l'examen clinique [...] tu dois tout tout tout tout tout envisager de façon un peu comme une intelligence artificielle et de façon non exhaustive [...] je pense que pour cibler les hypothèses les plus probables il y a un vrai travail très exhaustif et très fastidieux d'élimination de tous les diagnostics alternatifs » (M7).

5.4 Récolter des éléments objectifs

[Avoir des paramètres vitaux](#)

Les paramètres vitaux réduisaient l'incertitude diagnostique et rassuraient le médecin lors d'une urgence ressentie : « sur une personne qui a un malaise si on n'a pas un pouls, une tension, une glycémie, une sat, c'est...embêtant, » (M1) ; « je demande souvent aux patients si ils ont un tensiomètre, un saturomètre, mais pas connectés. C'est eux qui donnent les valeurs [...] ça nous rassure quand tu as une urgence » (M3) ; « j'ai pu éliminer une pyélo parce qu'il n'y avait pas de fièvre, » (M7).

[Partager des fichiers photos](#)

Le patient pouvait partager des photos souvent de meilleure qualité que la vidéo : « il va y avoir une histoire d'éruption cutanée, et là les gens vont t'envoyer une photo parce que sur la vidéo c'est de mauvaise qualité, c'est pixélisé, tu ne vois rien. » (M5) ; « je ne peux pas voir, ils mettent le téléphone dans la bouche mais je ne vois rien, donc, il y en a certains ils peuvent se débrouiller en prenant des photos, 2-3 fois ça a plutôt bien marché » (M10).

[Partager les examens complémentaires ou les comptes-rendus](#)

Les examens complémentaires (biologie, radio...) transférés par le patient via l'application de téléconsultation aidaient la démarche diagnostique des médecins : « Pareil les gens envoient des documents aussi, ils envoient les biologies, les comptes-rendus de radio. Ils envoient même les images de radios aussi, c'est pas mal ça. Ça peut aider à lever de l'incertitude ça les partages de documents. » (M12).

5.5 Pratiquer un examen clinique à distance

5.5.1 Evaluation clinique empirique et par l'Evidence Based Medicine (EBM)

Evaluation clinique empirique du patient

Il y avait un travail d'observation et d'écoute du patient plus important en vidéo : « *calculer la fréquence respiratoire et tu vas écouter un peu plus le patient quand il parle en fait, tu le fais parler. [...] De ce fait là le raisonnement il est différent. Tu as un travail d'observation plus important* » (M2) ; « *j'ai demandé à la maman de soulever son t-shirt pour regarder comment elle respire, [...] je lui ai demandé de tousser, donc il n'y avait pas de toux rauque type laryngite, c'était plutôt une toux mixte* » (M4).

Utiliser l'EBM

L'utilisation de scores cliniques tel que le test de Roth en cas de gêne respiratoire ou le Mac Isaac permettaient d'aider le médecin dans sa démarche diagnostique et thérapeutique : « *là, tu vas utiliser le test de Roth [...] On ressort le score de Mac Isaac* » (M2) ; « *Il fallait qu'ils comptent, je ne me souviens plus exactement... mais donc on s'adaptait avec ce genre de trucs* » (M8).

5.5.2 Demander au patient de devenir le clinicien

Demander au patient de s'observer et de s'auto-examiner

Les médecins demandaient aux patients de s'observer et de s'auto-examiner pour affiner leurs hypothèses diagnostiques : « *elle peut me la localiser si elle est mobile, dure, si elle est molle* » (M4) ; « *je leur demande d'appuyer sur les sinus comme ça pour voir si c'est pas douloureux, ce genre de truc tout ce qui est palpations faciles on peut le faire.* » (M8) ; « *Je lui ai demandé de regarder ses conjonctives dans le miroir et de me dire si elles sont un peu jaune, parce que moi en vidéo je n'avais pas l'impression mais en général on ne voit pas très très bien en vidéo.* » (M13) ; « *elle arrivait à bien pincer c'était sensible ça me suffisait pour m'aiguiller.* » (M14).

Expliquer, montrer et contrôler l'examen clinique à distance

Les médecins expliquaient, montraient et contrôlaient les gestes cliniques à effectuer par le patient en visio : « *je me suis retrouvé à me mettre debout devant la webcam en disant attendez faites comme ça, mettez la main comme ça, tapez, est-ce que ça fait mal ?* » (M7) ; « *Donc si je vois que c'est mal fait... je m'adapte en fonction ou je demande de refaire.* » (M8).

5.5.3 Recourir à un soignant pour examiner le patient

Avoir des données objectives fiables

Un soignant était plus apte pour manipuler les appareils médicaux et pour communiquer avec le médecin : « *l'otoscope sera mieux utilisé, je peux donner plus d'indications techniques à un paramédic qu'à un patient. [...] à un infirmier je ne vais pas lui demander comment on place l'oxymètre.* » (M2).

Faire un examen clinique à distance plus complet

Un soignant au côté du patient permettait de faire un examen clinique à distance plus complet et de réduire l'incertitude diagnostique efficacement : « *On va lui dire appui sur le ventre, mets la caméra face au visage de la personne, on va voir si ça fait mal. [...] Des fois le personnel c'est le bras thérapeutique ou diagnostic du médecin de l'autre côté* » (M1) ; « *si jamais au stéto il y a des bruits parasites je vais lui demander d'écouter les poumons, parce qu'un infirmier anesthésiste sait aussi bien écouter les poumons qu'un médecin clairement* » (M2).

5.6 Demander un avis

Demander un avis extérieur à un confrère permettait de ne pas se retrouver seul face à son incertitude diagnostique et d'avoir rapidement un deuxième regard sur la situation. Les médecins demandaient un avis via leur réseau de communication personnel (WhatsApp®, Skype®, Slack®), à un médecin du cabinet ou auprès de praticien à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) via un site internet : « *je vais me renseigner en demandant un avis à un spécialiste, par exemple : un avis infectieux que j'ai déjà demandé via le site de l'AP-HP.* » (M2) ; « *on a Skype, et on a une conversation qui tourne en permanence et on demande des avis très facilement.* » (M6) ; « *j'avais demandé à ma collègue qui m'a dit de faire un scan dans le doute* » (M13).

5.7 Temporiser

Dans des situations avec un faible degré d'incertitude diagnostique les médecins utilisaient le temps pour laisser les choses se clarifier naturellement, plutôt que de prendre des décisions hâtives : « *je pense qu'on utilise beaucoup plus le temps comme outil pour aider à sortir de l'incertitude diagnostique [...] on a encore plus de doutes je pense qu'on utilise plus le facteur temps pour voir comment les choses vont évoluer.* » (M3).

5.8 Faire des recherches et se former

Utiliser internet

En situation d'incertitude, les médecins recherchaient des informations sur internet : « *Après je vais aussi sur internet si j'ai un trou ou un doute* » (M6) ; « *Des fois, je vais dans le Vidal pour faire une recherche quand j'ai un doute sur un médoc, des effets secondaires en général.* » (M11).

Utiliser un référentiel de téléconsultation

En cas de situations inédites ou rares, avoir un guide adapté à la téléconsultation était utile : « *Si c'est une nouvelle situation, un nouveau motif que je n'ai jamais eu en téléconsultation. Oui je vais aller checker ce qui se passe dans le référentiel. J'ai un classeur de référentiel sur les prises en charge des pathologies en téléconsultation avec les scoring et tout ça.* » (M2).

Retravailler une situation dans un groupe d'échange

Retravailler la situation dans un groupe d'échanges permettait d'améliorer la pratique de chacun : « *sur un autre centre de téléconsultation il y a carrément un Slack, officiel, avec 2 référents médicaux, [...] un référent médical qui est là aussi à qui tu peux poser des questions et il y a aussi les autres qui interviennent, et là c'est référencé par un cas clinique. [...] Et on va demander un avis [...] et là on va réfléchir à plusieurs et là c'est officiel.* » (M2) ; « *Les GEP m'ont beaucoup aidé, j'ai beaucoup aimé pour la téléconsultation [...] j'ai beaucoup plus appris. [...] on pense moins à la pratique de la téléconsultation, donc on n'y pense pas donc je ne règle pas cette incertitude tandis qu'en GEP on s'est tous posé la question et on a abordé le sujet.* » (M14).

5.9 Suivi et réévaluation téléphonique

Les médecins informaient le patient de rappeler si l'évolution n'était pas favorable : « *je lui ai dit de me rappeler* » (M12), ou bien les rappelaient à distance pour le réévaluer : « *Donc, euh par prudence je rappelle et je rappellerai la maman demain.* » (M11).

5.10 Tracer la téléconsultation dans le dossier médical

Laisser une trace pour le suivi

Ça permettait de laisser une trace écrite et de se souvenir de l'histoire de la maladie, des données cliniques, des hypothèses diagnostiques recherchées et éliminées : « *j'ai mis : « c'est doute sur cystite mais pyélonéphrite droite »* » (M14) ; « *c'est important d'écrire les choses que tu as éliminé et qui sont importantes d'éliminer à chaque fois* » (M15). C'était une aide-

mémoire pour se remettre en situation en cas d'oubli : « *Des fois tu ne te rappelles pas tes vingt patients que tu as vu.* » (M15).

Retranscrire et synthétiser son raisonnement

Noter permettait aux médecins d'avoir une vue d'ensemble sur la situation, de refaire son processus de réflexion et d'insister sur les conseils et la conduite à tenir en cas d'évolution de la maladie : « *j'écris des longues phrases et j'écris, j'explique au patient que entre guillemets « blabla : compréhension de la personne » »* (M14).

Etablir une preuve médico-légale

Bien rédiger un dossier médical permettait d'établir une preuve médico-légale en cas de litige : « *si tu veux te protéger, on me l'a toujours dit, tu notes dans le dossier, le juge regardera le dossier donc tout doit être noté.* » (M2) ; « *Et surtout je me suis backé puisque j'ai donné les conseils qui doivent faire consulter en présentiel, j'ai également précisé ça dans le dossier médical, la mère a bien compris.* » (M4) ; « *Je montre vraiment que j'ai fait quelque chose et qu'il a compris* » (M14) ; « *tu notes dans ton dossier que le motif de la téléconsultation n'était pas adapté et que tu lui as proposé une consultation et qu'il ne voulait pas et donc que à la suite de ça tu lui as proposé tel examen complémentaire, tu lui as proposé tel chose et donc du coup tu es couvert.* » (M15). Les jeunes médecins remplissaient plus le dossier médical que leur confrères plus âgés : « *donc dans le dossier ce que j'ai écrit, j'ai mis : « c'est doute sur cystite mais pyélonéphrite droite » et j'ai bien mis pour me protéger : « mais en regard de la téléconsultation et de la difficulté de voir un médecin dans le sud de la France, décision partagée de prendre tel antibiotique.* » » (M14) ; « *Lui, il a 65 ans et je pense qu'il en a pu rien à faire. Moi j'écris toujours tout* » (M15).

6. Gestion de l'incertitude diagnostique par le dialogue

6.1 Exprimer son incertitude diagnostique

Assumer ne pas savoir

Il était important pour les médecins d'exprimer leur incertitude diagnostique au patient et de l'assumer : « *donc voilà je l'exprime clairement parce que sinon la personne est capable de raccrocher et de provoquer une autre téléconsultation avec un autre médecin pour essayer d'avoir un diagnostic* » (M1) ; « *pour moi ce que je pense, vaut mieux dire la vérité au patient et dire j'ai des doutes plutôt que de faire le médecin « ouai, non mais c'est sur » [...] moi je préfère dire la vérité au patient. Lui dire la non je botte en touche, [...] vaut mieux assumer le*

fait de ne pas savoir. » (M2) ; « L'incertitude s'exprime oralement et...de la transparence en fait » (M14).

Justifier son incertitude diagnostique

Les médecins justifiaient leur raisonnement et leurs hypothèses diagnostiques aux patients afin qu'ils comprennent l'origine de l'incertitude diagnostique : *« j'ai dit que pour l'otalgie il y a plusieurs diagnostics, ça peut être une otite externe, une otite moyenne aiguë, ça peut être un eczéma du conduit auditif et qu'il m'est impossible de prescrire le produit adapté sans l'otoscopie. » (M4).* C'était aussi un moyen « d'éduquer » les patients aux limites de la téléconsultation : *« il faut arriver à « éduquer » les patients et à leur faire comprendre quels sont les modalités pour lesquelles il y a un intérêt. [...] Ce n'est pas de leur faute, je leur explique gentiment bah vous comprenez bien je ne peux pas examiner votre épaule, je ne les mets pas en porte-à-faux [...] on leur offre un service, derrière c'est à nous d'assurer. » (M10).*

Conserver et soigner la relation médecin-patient

Partager son incertitude diagnostique n'était pas un frein pour le médecin et n'altérait pas la relation médecin-patient : *« j'ai une assez grande facilité à communiquer sur l'incertitude et sur le type et degré d'incertitude qu'on peut avoir avec les patients, donc ça non plus ce n'est pas problématique dans la relation et dans la prise en charge des patients. » (M7)* voire pouvait la renforcer : *« L'incertitude s'exprime oralement et...de la transparence, en fait, et c'est très bien venu, les patients le prennent très bien. » (M14)* et rendre le patient moins procédurier en cas de litige : *« pour moi la personne qui se sent accompagnée par le médecin, elle aura moins tendance à être procédurière » (M4).*

Partager son incertitude diagnostique avec des confrères

Partager son incertitude diagnostique à un confrère permettait aux médecins de ne plus se sentir seuls face à cette situation : *« Dans ces cas-là si c'est mal vécu j'en parle à mes collègues mais sinon on rappelle le patient. » (M10) ; « Dans les groupes de GEP à la fac on a déjà abordé des situations similaires. On était tous d'accord qu'il fallait demander fièvre, pesanteur lombaire et qu'il fallait mieux traiter par excès et cela m'avait conforté. » (M14).*

6.2 Rassurer le patient

Sur ce qu'il pense de la situation

En situation d'incertitude diagnostique les médecins essayaient de rassurer les patients : « *Leur dire bah voilà il y a des points on n'a pas de réponse pour telle raison, à réassurer les gens malgré tout, je ne sais pas ce que c'est mais ce n'est pas urgent.* » (M7).

Evoquer des hypothèses bénignes mais masquer les plus graves

Les médecins évoquaient les hypothèses possibles auxquelles ils pensaient : « *Je lui avais dit que grosso modo ça pouvait être une atteinte de la vésicule biliaire sans plus donner de détails j'avoue.* » (M13). Ils ne révélaient pas les hypothèses plus graves : « *je ne lui ai pas dit qu'il y a des chances que ce soit une méningite.* » (M5) ; « *ça paraît bizarre il n'y a pas de fièvre, est-ce que c'est un coup qu'il a pris, est-ce que c'est une cellulite de face euh... [...] Je lui dis qu'il avait peut-être pris un coup à l'école et que je ne vois pas ce que ça pouvait être d'autre.* » (M11).

Rester disponible pour le patient

Il était important pour le médecin d'accompagner le patient dans la quête du diagnostic et de rester disponible pour le patient : « *qu'elle n'hésite pas à nous consulter en présentiel, [...] ils sont pas seul dans la nature et pour moi ça participe aussi au lien médecin malade.* » (M4) ; « *Complètement, face à l'incertitude diagnostique je leur dis, si vous n'allez pas bien, si vous avez des drapeaux rouges qui apparaissent, fièvre, frissons n'hésitez pas à venir au cabinet.* » (M14).

6.3 Inclure le patient dans la prise en charge

Faire une alliance avec le patient

Pour permettre une cohésion et une alliance avec le patient les médecins utilisaient le pronom « on », pour que le patient se sente inclus dans la prise en charge : « *leur dire bah écoutez je ne sais pas mais on va traiter et j'explique ma démarche thérapeutique et les gens adhèrent complètement.* » (M14).

Utiliser un langage simple et adapté au patient

Plus les explications étaient claires et compréhensibles pour le patient, plus le patient appréciait l'échange avec le médecin : « *Mais il n'y a pas de jargon médical et les patients me remercient beaucoup en général de ça.* » (M14). Connaître ses patients permettait aux médecins d'adapter les consignes de surveillance et conseils : « *Dans la mesure où je les*

connais déjà je sais si il vont percuter ou pas. Donc je sais, j'arrive à bien cerner le patient et je vais faire mes consignes en fonction de ce que je sais d'eux. » (M6).

Informé et préciser les signes cliniques à surveiller

Les médecins rendaient acteurs les patients de la prise en charge en leur expliquant précisément les signes cliniques à surveiller et la conduite à tenir face à cette situation d'incertitude diagnostique : *« ce qu'ils doivent surveiller c'est l'état général de l'enfant, l'alimentation, les lésions cutanées éventuellement où alors une fièvre qui dure au-delà de 72H et que dans ces situations-là, la téléconsultation devient insuffisante et qu'il fallait qu'ils s'orientent vers un médecin généraliste. » (M3) ; « en téléconsultation c'est plus dirigé, c'est plus précis... [...] On va beaucoup plus cadrer la surveillance pour être sûr que si ça se passe mal qu'il ait bien compris qu'il y a besoin d'une deuxième consultations derrière. » (M6) ; « Je lui ai demandé de surveiller, et que si ça continuait de gonfler qu'elle aille aux urgences. » (M11).*

S'assurer de la bonne compréhension du patient

Une grande partie du temps des téléconsultations étaient accordées aux explications fournies aux patients, de s'assurer qu'ils avaient compris les différentes hypothèses, les signes à surveiller, les modalités de traitement, l'intérêt de la prise en charge et des examens complémentaires : *« je prends beaucoup de temps pour expliquer et à la fin je demande tout le temps si ils ont des questions » (M14).* Les médecins n'hésitaient pas à reformuler, à répéter et faire répéter aux patients pour s'assurer de la compréhension des informations : *« Il y avait une barrière de la langue, elle était asiatique, mais elle parlait français, j'ai récapitulé et je lui ai refait formuler les signes qui doivent faire reconsulter et elle me les a reformulés correctement. » (M4) ; « Il y a quand même une part de réassurance pour moi aussi. Je pense. Tu te dis bon ça va elle a compris que si jamais il y a ça ça ça il faut qu'elle fasse ça. » (M13).*

Discussion

1. Résultats principaux

La médecine générale était caractérisée, selon les médecins interrogés, par une incertitude diagnostique omniprésente exacerbée par la téléconsultation. Perçue à la fois comme une situation inconfortable et stimulante, elle était exacerbée en téléconsultation. Elle a suscité des émotions négatives telles que l'inquiétude, le stress, la peur, la frustration, l'agacement, l'insatisfaction, la déception et l'impuissance.

Les sources de cette incertitude diagnostique étaient multiples selon les médecins : les conditions inadéquates de la téléconsultation, la difficulté à identifier récolter et interpréter les symptômes du patient, devoir déléguer l'examen clinique à un non-clinicien et la perte de l'intuition médicale. L'incertitude diagnostique altérait la relation médecin-patient si le médecin n'était pas le médecin habituel.

Pour remédier à l'incertitude les médecins s'appuyaient sur une démarche diagnostique analytique. Ils avaient besoin de nombreux éléments objectifs (paramètres vitaux, photos, scores cliniques...) et déléguaient l'examen clinique au patient ou à un soignant pour avoir le plus d'informations cliniques possibles. Ils pouvaient être amenés à rappeler les patients à distance ainsi qu'à prescrire des examens complémentaires, des traitements ou bien consulter le patient pour réduire l'incertitude diagnostique. L'expression de l'incertitude diagnostique, la communication des consignes de surveillance et d'une conduite à tenir aux patients permettait aux médecins de rendre le patient acteur de sa prise en charge et ainsi de se créer un allié dans la quête diagnostique.

1.1 Perception et vécu émotionnel de l'incertitude diagnostique en téléconsultation

Bien qu'omniprésente dans la pratique, les médecins interrogés ont rencontré une difficulté à définir l'incertitude diagnostique en médecine générale. A la fois inconfortable et stimulante en consultation, en téléconsultation, l'incertitude diagnostique était augmentée mais pouvait être évitée facilement en consultant le patient en présentiel. Elle provoquait de nombreuses émotions négatives difficiles à gérer pour les médecins.

Nos résultats suivent ceux publiés par Viraj Bhise en 2018 (53), une méta-analyse de 123 articles qui n'a pas permis de définir, ni de mesurer l'incertitude diagnostique en médecine.

Le risque d'erreur diagnostique en situation d'incertitude diagnostique n'a pas été clairement évoqué par les médecins interrogés. Cependant les médecins décrivaient une incertitude diagnostique augmentée en téléconsultation. Les émotions ressenties et les mécanismes utilisés par les médecins interrogés étaient proches de ceux observés face au risque d'erreur diagnostique et face à l'incertitude diagnostique en consultation (54,55) et en téléconsultation (41,49,56–58). Ce qui confirme que la téléconsultation augmente l'incertitude diagnostique et tend à majorer le risque d'erreur diagnostique.

Le vécu émotionnel en téléconsultation était négatif. Amandine Clavillier et Yécin Charni dans leur thèse sur la gestion de l'incertitude diagnostique en consultation de médecine générale (54,55), retrouvaient aussi que l'incertitude était stimulante et qu'elle déclenchait, en majorité, des émotions tels que du stress, de l'inquiétude, de la frustration, de la peur, de l'insatisfaction, de la déception et de l'impuissance. Nos résultats sont soutenus par différentes thèses sur la téléconsultation (49,56) qui retrouvaient des émotions telles que de la frustration, de l'inquiétude, de l'impuissance, en partie liées à l'absence d'examen clinique, le manque de contact humain et le risque d'erreur diagnostique augmenté. Notre étude n'a pas permis d'identifier les moyens pour les gérer. Il serait donc intéressant d'explorer de manière plus approfondie les émotions ressenties par les médecins en situation d'incertitude diagnostique en téléconsultation et la gestion de ces émotions au vu des répercussions négatives que cela peut avoir sur la prise en charge des patients et sur le quotient des médecins (12,14,17,19).

Face à l'incertitude diagnostique les médecins avaient une certaine facilité à l'éviter mais il se pourrait que les médecins, par ce mécanisme d'évitement dénie l'incertitude diagnostique en téléconsultation. Géraldine Bloy (11) décrit ce positionnement « d'incertitude contenue » qui correspond à un standard d'effort plus faible et/ou à une pratique dans laquelle domine un opportunisme économique qui ne s'encombre pas de scrupule. Pour contenir l'incertitude cela peut se faire sur les modes radicaux du déni ou du défi, ou bien en multipliant les examens complémentaires pour pallier les insuffisances d'un interrogatoire ou d'un examen clinique rapide. Ce comportement permet l'enchaînement d'actes brefs et répétés permis par un système de santé rémunéré à l'acte.

1.2 Les sources d'incertitude diagnostique identifiées en téléconsultation

Ont été identifiées comme sources d'incertitude diagnostique en téléconsultation : les conditions de la téléconsultation, la difficulté d'identifier, de récolter et d'interpréter des informations à distance, la perte de l'intuition médicale et le fait de devoir déléguer l'examen clinique à un non clinicien.

Nos résultats sont soutenus par plusieurs études qui ont démontré l'importance du contexte et du cadre de la téléconsultation. Un motif adapté et sans urgence ressentie par le patient, un patient connu du médecin, adepte de la téléconsultation, avec peu d'antécédents et téléconsultant dans le territoire du médecin diminuait le risque d'incertitude diagnostique et facilitait la téléconsultation (57,59). Cette stratégie de filtrer les motifs et patients, est recommandée dans les guides de bonnes pratiques de la HAS (31) et de l'assurance maladie (33).

Bien que certains connaissaient les recommandations, elles étaient peu suivies par les médecins de notre étude, ce qui a été confirmé par le travail d'Alexandre Carrier de 2021 réalisé dans le Grand-Est (60), qui soulignait la méconnaissance et le faible respect des bonnes pratiques des médecins généralistes : 13,6% avaient lu les recommandations sur les bonnes pratiques de la HAS, 25,4% avaient de bonnes connaissances sur la téléconsultation et 18% utilisaient correctement l'outil. Respecter un cadre et des conditions adaptées à la téléconsultation était nécessaire pour compenser la position d'analyse limitée du médecin causée par l'absence d'examen clinique, l'absence de vision d'ensemble et d'approche globale du patient d'après le CMG (32).

Les médecins interrogés ont exprimé une difficulté à identifier, récolter et interpréter les informations cliniques des patients malgré un interrogatoire similaire voir plus affiné qu'en consultation. La perte d'informations cliniques, la dégradation de la qualité de communication et de la relation médecin-patient a été décrit dans de nombreuses études et n'est plus à prouver en téléconsultation (37,39,61,62).

Selon Anes Hamada, qui avait effectué une revue de la littérature sur l'impact de la téléconsultation sur la communication et la relation médecin-patient (58), le flux d'informations visuelles limité et l'altération du contact visuel avec le patient, entraînait des difficultés pour les médecins à lire le langage non verbal des patients ce que nous retrouvons aussi chez les médecins de notre étude. La téléconsultation, par la perte d'informations verbales et visuelles, pourrait donc être, responsable d'une diminution de l'intuition médicale

et perturber le raisonnement non analytique des médecins en empêchant la reconnaissance spontanée d'une conjonction de signes cliniques.

Toujours selon Anes Hamada, l'impact de la téléconsultation sur la qualité des échanges se manifestait par le fait que les médecins semblaient parler davantage en téléconsultation, au détriment du temps de parole des patients et de fait se sentaient moins écoutés, exprimaient plus de difficultés à intervenir et exposaient moins précisément leurs symptômes et leurs problématiques en téléconsultation. Cela rejoint ce qui a déjà été observé en consultation, les médecins surestiment le temps de parole des patients et le médecin redirige l'interrogatoire après 23 secondes d'écoute puis le patient n'a que 6 secondes en moyenne pour répondre à la demande du médecin engendrant une déperdition importante de contenu (63). Les médecins doivent être plus à l'écoute et laisser le patient s'exprimer pleinement afin de ne recueillir le plus d'information lors d'une téléconsultation où l'incertitude diagnostique est plus importante.

1.3 Conséquences engendrées par l'incertitude diagnostique

L'incertitude diagnostique engendrait une sur-prescription, ou à l'inverse une non-prescription et déclenchait plus de consultation en présentiel. La relation médecin-patient était plus compliquée pour les médecins remplaçants ou ceux impliqués dans du SNP en situation d'incertitude diagnostique.

Nos résultats vont à l'encontre de plusieurs thèses quantitatives (42,43) où les problèmes médico-légaux étaient considérés comme minimes en téléconsultation, mais rejoignent ceux des études qualitatives sur la téléconsultation et sur l'incertitude diagnostique en consultation (39,49,54). Les médecins interrogés, pour pallier le manque d'examen clinique, rassurer et satisfaire le patient, se rassurer et se protéger médico-légalement, avaient tendance à sur-prescrire des examens complémentaires et des traitements. Nos résultats sont soutenus par le travail de Alexandra Jollivet (64) qui avait mis en évidence une sur-prescription d'ECBU et un surtraitement par fluoroquinolone dans le cas de cystite en téléconsultation ou encore cette étude américaine rétrospective sur les infections respiratoires en pédiatrie (65), l'étude montrait des résultats en défaveur de la téléconsultation avec une sur-prescription d'antibiotiques dominant dans le bras téléconsultation comparé à une prise en charge aux urgences ou en consultation. Les médecins avaient par ailleurs des difficultés à refuser certains

motifs de téléconsultation selon Chou-Ka-Ying Sin (39), ce qui entraînait des prises en charges incongrues.

Notre étude a aussi montré que les médecins avaient tendance à ne rien prescrire en cas d'incertitude diagnostique. Résultats démontrés également par une étude menée en Australie en 2020 (66) qui a révélé que la proportion de prescriptions était plus élevée en consultation par rapport aux téléconsultations téléphoniques, ainsi que par Chou-Ka-Ying Sin dans son travail de thèse sur le vécu des téléconsultation (39). Ce comportement pourrait être attribué par l'absence d'examen clinique mais aussi pour motiver le patient à consulter au décours de la téléconsultation. Pour respecter des règles de bonnes prescriptions, le CMG ainsi que le Collège National Professionnel de Pédiatrie ont rédigé conjointement des recommandations de bonnes pratiques concernant la prescription d'antibiotiques à l'occasion des infections aiguës en soins primaires (67).

Selon une étude de la DRESS de 2020, jusqu'à 53% des médecins estimaient que l'examen clinique en présentiel était indispensable au décours de la téléconsultation (40). Pourtant en consultation 82% des diagnostics étaient posés seulement grâce à l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires n'apportaient chacun que 9% supplémentaire de bons diagnostics (68). Lorsque la plainte principale et l'anamnèse n'ont pas permis de générer dans les hypothèses le diagnostic correct en consultation, le risque d'erreur final est multiplié par 5 (69). Ce besoin d'examen clinique pourrait s'expliquer comme nous l'avons vu, par le manque d'information clinique verbal et visuel générant une perte d'intuition médicale mais aussi parce que l'examen clinique en consultation a pour objectif principal d'éliminer des hypothèses diagnostiques (69).

Comme l'a évoqué Carolyn Nagenranft (70), dans sa thèse « Les objets connectés en médecine générale : attentes et craintes des patients », les patients avaient conscience des risques de la téléconsultation et craignaient que les médecins ne soient pas assez objectifs en téléconsultation par manque d'informations cliniques, d'éléments verbaux et non verbaux. Notre étude confirme indirectement cette crainte car les médecins ont exprimé que les patients avaient une perception négative de l'incertitude diagnostique et pouvaient remettre fréquemment en question la prise en charge du médecin dans ces situations, surtout si celui-ci n'était pas le médecin habituel.

On retrouve qu'il était plus difficile pour les médecins remplaçants ou praticiens du SNP de convaincre les patients et d'avoir une bonne relation médecin-patient pour faire face à

l'incertitude diagnostique. En effet, selon Anes Hamada (58), il apparaît que la construction d'une nouvelle relation médecin-malade s'avérait plus difficile en téléconsultation alors que dans le cadre d'une relation préexistante, la téléconsultation pouvait permettre l'entretien de la relation voire son renforcement. De plus selon le Professeur Philippe Jaury, la téléconsultation est de meilleure qualité lorsqu'une consultation est faite au préalable ou que le patient s'inscrit dans un parcours de soins connu du médecin (62). Avoir donc, au préalable, établi une bonne relation médecin-patient était vitale en situation d'incertitude diagnostique en téléconsultation. Il semblerait que tout comme en consultation elle permettrait une confiance et que le patient se sente accompagné face à l'incertitude diagnostique comme l'avait démontré Margaret O'Riordan dans une étude sur la gestion de l'incertitude en médecine générale (71).

1.4 Gestion de la démarche diagnostique en situation d'incertitude diagnostique

Pour réduire l'incertitude diagnostique les médecins ont mis en place des filtres de motifs de téléconsultation et ne consultaient que leur patientèle. En début de téléconsultations, les médecins régulaient l'urgence et l'éligibilité du motif. Déléguer l'examen clinique au patient et récolter des données objectives complétaient leurs démarches diagnostiques analytiques. Les médecins traçaient manuscritement ce qui a été fait et dit durant la téléconsultation dans le dossier médical. Ils étaient souvent amenés à réévaluer les patients à distance par téléphone.

Notre étude semble être en accord avec la littérature, les médecins insistaient plus sur l'interrogatoire avec des questions précises et évocatrices d'un diagnostic unique comme cela était observé en consultation (54). Les médecins ont une meilleure compétence diagnostique lorsque le cas est typique que lorsqu'il ne l'est pas (9).

Face au manque d'examen clinique et pour réduire l'incertitude diagnostique, les médecins interrogés utilisaient les patients, ou un tiers, pour pratiquer un examen clinique par la visio, s'aidaient des outils médicaux dont disposaient les patients pour avoir des paramètres vitaux utiles à leurs démarches diagnostiques. Comme l'avait évoqué Chou-Ka-Ying Sin (39) mettre à contribution les patients pour s'auto-examiner pourrait permettre de compenser l'absence d'examen clinique mais notre étude révèle que l'examen clinique pratiqué par un non-clinicien a peu de valeur aux yeux des médecins, présente de nombreuses limites et n'apporte que très peu d'éléments cliniques utilisables pour le médecin en situation d'incertitude diagnostique.

Nos résultats confortent l'idée que la présence d'un personnel soignant assistant le patient durant la téléconsultation, et du matériel médical connecté permet de repousser les limites de l'examen clinique en téléconsultation, tout en assurant une qualité d'information clinique et en renforçant le lien médecin-patient. Ce résultat est retrouvé dans de nombreuses thèses sur la téléconsultation (39,49,56,72). Il paraît donc important pour l'avenir de développer et favoriser ce mode de téléconsultation qui peut être pratiqué par les infirmiers sans avoir besoin d'ordonnance du médecin que ce soit au domicile du patient ou dans un lieu dédié à la téléconsultation (73). Notre étude a révélé que les médecins avaient des doutes sur la bonne utilisation des outils médicaux, il serait intéressant d'évaluer la qualité des soins et le ressenti des médecins entre des cabines de téléconsultation utilisées par les patients seuls et assistées par des soignants avec du matériel médical connecté.

Nos résultats ont montré que les médecins utilisaient des démarches diagnostiques analytiques (démarche hypothético-déductive, bayésienne, chaînage avant) ou l'EBM. Comme l'expliquait Mathieu Lorenzo dans sa thèse, portant sur la tolérance à l'incertitude en médecine générale en consultation (74), afin d'évaluer leur tolérance à l'incertitude et de différencier un risque acceptable d'un risque inacceptable, les médecins utilisaient ces méthodes diagnostiques analytiques ainsi que les mécanismes intuitifs. La méthode intuitive en consultation est la plus utilisée pour estimer le risque d'une situation et se base sur la mémorisation de cas prototypiques ou concrets et nos résultats révèlent que les médecins ne pouvaient pas utiliser cette démarche en téléconsultation et donc s'appuyaient sur une démarche en chaînage avant et inférences bayésiennes et sur une démarche hypothético-déductive exhaustive. Il est prouvé qu'en utilisant uniquement une approche analytique les médecins ont une moins bonne performance diagnostique qu'en associant une approche analytique et non analytique (9).

Comme évoqué par Lorenzo (74), l'utilisation de l'EBM semblerait être une réponse possible au problème de l'incertitude diagnostique, applicable aussi en téléconsultation selon nos résultats. Une étude française de 2010 (75) avait mis en évidence que 75 % des médecins généralistes interrogés utilisaient l'EBM dans leurs pratiques quotidiennes en consultation quand le patient était âgé ou le diagnostic incertain. Le test de Roth, évoqué par les médecins de notre étude, même s'il comportait de nombreux biais, était fréquemment utilisé pour évaluer la gêne respiratoire d'un patient en téléconsultation durant l'épidémie de covid-19 (76). Ceci suggère que pour guider la pratique clinique des médecins l'EBM joue un rôle

important, tout comme les guides de bonnes pratiques ou référentiels, dans le processus décisionnel en situation d'incertitude diagnostique. Cela rejoint l'idée qu'avait établie Géraldine Bloy en 2008 sur les positionnement « d'incertitude balisé » et « d'incertitude prégnante » que les médecins devraient adopter à l'avenir (11).

Les médecins traçaient manuscritement ce qui a été dit et fait en téléconsultation afin de permettre le suivi du patient, de refaire un point sur son raisonnement et de pouvoir se protéger en cas de litige ce qui est retrouvé en situation d'incertitude diagnostique en consultation (54,55).

L'incertitude diagnostique en téléconsultation a engendré une modification de la pratique des médecins. En effet les médecins rappelaient plus fréquemment les patients à distance pour les réévaluer, tandis qu'en consultation c'est les patients qui sont amenés à rappeler ou reprendre contact avec le médecin (54,77). Notre étude retrouve qu'en téléconsultation les médecins n'adressaient pas les patients à un spécialiste ce qui diffère des études en situation d'incertitude diagnostique en consultation où les médecins étaient souvent amenés à adresser le patient à un spécialiste après la consultation (18,54). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les médecins déclenchent souvent une consultation en présentiel au décours de la téléconsultation en situation d'incertitude diagnostique.

Nos résultats présentent plusieurs similarités dans la démarche diagnostique observée en consultation, les médecins faisaient des recherches personnelles, demandaient des avis à des confrères, temporaient la situation et retravaillaient ces situations dans des staffs ou des groupes d'échanges de pratiques (54,55). Mais nos résultats sont à nuancer car peu de médecins ont évoqués ces moyens bien que l'échange entre confrère est pourtant un excellent moyen de partager son incertitude et d'avoir un avis extérieur face à la situation d'incertitude diagnostique (54). Cela permet d'exprimer leurs difficultés, confronter leurs connaissances, d'en extraire de nouvelles informations et d'enrichir leurs connaissances tout en prenant conscience de leurs insuffisances comme il est observé en GEP (78).

1.5 Gestion de l'incertitude diagnostique par le dialogue

Afin de garder une bonne relation médecin-patient et assurer une bonne qualité de soins les médecins exprimaient leur incertitude diagnostique et la partageaient au patient. Donner des consignes de surveillance et une conduite à tenir et s'assurer de leurs bonne compréhension permettait d'inclure le patient dans la prise en charge afin de se créer un

allié face à l'incertitude diagnostique et de faire une synthèse orale de la situation clinique au patient.

On retrouve cette attitude en situation d'incertitude diagnostique dans plusieurs thèses (54,79) les médecins fournissaient le savoir aux patients pour permettre une prise de décision partagée. Le partage de l'incertitude améliorait l'efficacité thérapeutique, la qualité des soins et l'observance du patient, en lien avec l'amélioration de la compréhension de la démarche diagnostique du médecin.

Notre étude montre que les procédés utilisés par les médecins en téléconsultation étaient proche de ceux attendus par les patients en situation d'incertitude en consultation comme l'avait démontré Cécile Parnière (80). Plus que d'exiger du médecin un diagnostic certifié, les patients demandaient d'abord à être reconnus et compris par lui, qu'ils expliquent leur stratégie et la situation. La prise en compte, de ce fait par le médecin limiterait l'incertitude relationnelle, le risque de iatrogénie et de dépenses inutiles.

Nos résultats sont en contradiction avec ceux retrouvés par Anes Hamada (58), où il semblerait que les médecins malgré plus de temps de parole avaient tendance à moins prodiguer d'informations ou de conseils aux patients, au prix de discussions dites informelles afin de renforcer le lien médecin-patient pour assurer une proximité et la satisfaction du patient. Dans notre étude, les médecins interrogés utilisaient majoritairement le dialogue nourrit d'informations pour gérer l'incertitude diagnostique et pour renforcer le lien médecin-patient. Effectivement la communication entre le médecin et le patient constitue le cœur de l'approche centrée patient et est un élément indispensable à la construction d'une relation de soin efficace (81). Mais nos résultats sont à nuancer car nous n'avons pas étudié une situation d'incertitude diagnostique en particulier et donc la gestion de la communication pourrait varier en fonction du degré d'incertitude diagnostique et du profil des médecins.

2. Perspectives

L'incertitude diagnostique en téléconsultation a un impact sur les émotions ressenties par les médecins. Ce même vécu émotionnel de l'incertitude diagnostique a été identifié en consultation par Amandine Clavilier (54). Les médecins interrogés de manière individuelle avaient parfois du mal à reconnaître leurs émotions et à identifier comment ils les géraient. Il pourrait être intéressant de mener une recherche qualitative sur le vécu émotionnel des médecins généralistes en situation d'incertitude diagnostique en téléconsultation afin

d'explorer les émotions ressenties par les médecins et les moyens utilisés pour y faire face (2).

Les résultats de notre étude soulignent une mauvaise divulgation et application des recommandations et bonnes pratiques de la téléconsultation auprès des médecins généralistes. Or certains médecins avaient évoqué un réel bénéfice à utiliser un référentiel ou à rediscuter d'un dossier après une situation d'incertitude diagnostique. Pour exemple, les médecins ayant pratiqué la régulation étaient mieux formés à l'interrogatoire pour repérer les signes d'urgences et de gravité car ils respectaient et se conformaient aux critères de qualité de la régulation (49). Des formations, des groupes d'échanges de pratiques ou l'utilisation de référentiels sur la téléconsultation devraient être davantage développés et promulgués auprès des médecins afin d'améliorer les pratiques en téléconsultation (37,78). Il est nécessaire que l'enseignement commence au plus tôt avant l'internat pour que les futurs médecins acquièrent les compétences théoriques et pratiques nécessaires pour la téléconsultation afin d'assurer une sécurité et une qualité de soins aux patients (82,83).

Il est important de souligner l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour minimiser l'incertitude diagnostique en téléconsultation. Les infirmiers et autres professionnels de la santé peuvent jouer un rôle clef dans la collecte d'informations cliniques grâce à leurs connaissances médicales, aux outils médicaux connectés et leur présence aux côtés du patient. Cela pourrait contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge et semble réduire l'incertitude diagnostique des médecins. Des initiatives de collaboration interprofessionnelle pourraient être développées en ce sens pour améliorer la coordination des soins et augmenter l'offre de téléconsultation dans le soin primaire comme il a pu être organisé par Nathalie Salles entre les maisons de retraites et les hôpitaux gériatrique de la région bordelaise (84,85). Il serait en ce sens intéressant de comparer la gestion de l'incertitude diagnostique en téléconsultation de médecine générale entre des médecins téléconsultant à l'aide d'une cabine de téléconsultation avec et sans soignant assistant le patient.

3. Forces et limites

Choix du sujet

L'incertitude diagnostique en téléconsultation était un sujet préoccupant et appréhendé par tous les médecins généralistes. Il n'y avait encore aucune donnée sur ce sujet, ce qui le rend innovant et intéressant à étudier.

Méthodologie

- **Forces**

Le choix d'une étude qualitative par une analyse thématique inductive était pertinent pour explorer la complexité de la gestion de l'incertitude diagnostique. L'analyse quantitative, sans donnée scientifique préalable aurait amené à supposer que l'incertitude diagnostique en téléconsultation serait similaire à la consultation et aurait certainement entraîné une réduction de l'information émergente face à un sujet d'actualité préoccupant et jamais exploré.

Le caractère inductif de l'étude et le soin accordé à l'échantillonnage raisonné des caractéristiques socio-démographiques (âge, genres, modes d'exercices, l'activité d'enseignement, etc.) a permis d'avoir un échantillon hétérogène avec une approche globale et diversifiée de la question d'étude.

- **Limites**

L'utilisation de l'analyse qualitative a permis une exploration de la gestion de l'incertitude diagnostique mais n'a pas de valeur statistique fondée. En effet, l'échantillon n'est pas représentatif et aucune généralisation à la population générale n'est réalisable. L'étude n'a pas été complétée par une analyse quantitative et cela pourrait donner lieu à un travail complémentaire par la suite.

Un biais de recrutement est possible lié au fait que seuls les interviewés intéressés par le sujet ont accepté de participer car le sujet était annoncé sommairement. Le recrutement initial a débuté dans l'entourage du thésard et de la directrice de thèse.

Un biais de représentativité est possible si nous émettons l'hypothèse que les médecins MSU auraient un avis plus critique que leurs confrères.

Les entretiens

- **Forces**

La réalisation d'entretiens individuels et de manière anonymisée permettait une expression libre de la gestion diagnostique sans craindre d'être influencé ou jugé par un confrère. La diversité d'environnement des entretiens : au domicile du médecin, au cabinet du médecin, dans un lieu public, ou par visio... a permis de garantir la variabilité du conditionnement des participants et donc de leur expressivité.

Le guide d'entretien a été de nombreuses fois modifié au cours de l'étude pour s'adapter aux nouvelles données émergentes recueillies au cours des entretiens.

- **Limites**

S'agissant d'une primo-expérience de recherche pour l'enquêteur, les entretiens ont été menés de manière semi-directive alors qu'il aurait été préférable de mener un entretien non-directif.

Pour des raisons de logistique et de convenances personnelles, de nombreux entretiens ont été réalisés par visioconférence, les conditions d'entretiens étaient moins qualitatives liées aux aléas techniques et informatiques et connus de nos jours.

Il peut exister un biais de mémorisation et également un biais de perception de la réalité de leurs pratiques vu que la situation d'incertitude avait déjà eu lieu.

Il peut exister un biais de désirabilité sociale entraînant une déformation de la réalité pour répondre aux recommandations.

L'analyse

- **Forces**

La force de l'analyse était sa triangulation par le double-étiquetage d'une part par le thésard (novice) et secondairement par la directrice de thèse expérimentée en recherche qualitative qui garantissait la scientificité de la démarche et limitait la subjectivité du codage.

L'utilisation du logiciel Nvivo® a permis de coder de nombreux verbatims et faciliter l'analyse des résultats.

- **Limites**

La retranscription et le codage initial ont été faits par l'enquêteur, auteur de cette thèse, pouvant induire un biais de subjectivité, même si celui-ci a été réduit par la double triangulation.

Par ailleurs, il est à noter que la directrice de thèse ne possédait pas le logiciel NVivo®, et que l'enquêteur ne maîtrisait pas l'intégralité des fonctions d'analyse que proposait le logiciel Nvivo® ce qui a compliqué le co-étiquetage.

Conclusion

L'incertitude diagnostique en téléconsultation est une préoccupation majeure pour les médecins interrogés et mise en exergue depuis la pandémie du Covid-19. En effet, c'est lors de ce sombre moment que l'on constate une forte croissance des actes de téléconsultation qui étaient rythmés par les confinements. Les médecins ont dû s'adapter à ce nouveau mode d'exercice en pleine expansion.

Omniprésente et exacerbée par la téléconsultation, elle suscite un inconfort et un vécu émotionnel négatif favorisant le risque d'erreur diagnostique. L'incertitude diagnostique en téléconsultation est facilement évitée par les médecins en proposant une consultation en présentiel.

Les sources d'incertitude diagnostique identifiées en téléconsultation sont les conditions inadaptées de la téléconsultation, la difficulté à identifier, à récolter et à interpréter les symptômes par vidéotransmission entraînant une déperdition de l'information clinique verbale et non verbale et altérant l'intuition médicale du médecin.

Pour y faire face, les médecins utilisaient une démarche hypothético-déductive exhaustive ou une démarche en chaînage avant et bayésienne. Ils devaient récolter de nombreux éléments objectifs pour obtenir le plus d'informations cliniques possible. Déléguer l'examen clinique à un non clinicien semble peu efficace pour réduire l'incertitude diagnostique comparé à un examen clinique mené par un soignant à l'aide de matériels médicaux connectés.

Ils étaient amenés à prescrire plus d'examens complémentaires ou de traitements afin de se rassurer et de rassurer le patient si il n'y avait pas de consultation présentielle au décours. Si une consultation présentielle était organisée les médecins préféraient s'abstenir de prescrire afin de maîtriser et contrôler l'incertitude diagnostique.

En outre, la pratique de la téléconsultation repose énormément sur la confiance que le médecin possède envers sa patientèle dans la mesure où le degré de gravité est évalué par le patient lui-même et avoir une relation de confiance déjà établie est un prérequis important pour communiquer l'incertitude diagnostique au patient, dicter les signes à surveiller, la conduite à tenir au patient le rendant confiant et acteur de sa prise en charge. Le médecin y

trouve un allié face à l'incertitude diagnostique tout en permettant d'améliorer la relation médecin patient.

Aujourd'hui pour une prise optimale en situation d'incertitude diagnostique lors d'une téléconsultation, proposer une consultation en présentiel au décours semble être la solution la plus efficace pour maîtriser et contrôler cette incertitude diagnostique.

Bibliographie

1. Larousse É. [En ligne]. Définitions : incertitude, incertitudes - Dictionnaire de français Larousse [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incertitude/42222>
2. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Griot E, Kandel O, Thomas Desessarts Y. Comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique [En ligne]. GMSanté editeur; 2017 [cité le. Disponible: https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_home/888/fichier_abrege-incertitude-diagnostique-vfff4be.pdf
3. COMITÉ DE LA PRÉVENTION ET DE LA PRÉCAUTION. la décision publique face à l'incertitude: Clarifier les règles, améliorer les outils [En ligne]. Paris: MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE LA MER; mars 2010 [cité le. Disponible: <https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/PPP%20avis%20201003.pdf>
4. Fox RC. L'incertitude médicale. Paris, France, Belgique: L'Harmattan; 1988.
5. Allen DJ, Heyrman PJ. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE [En ligne]. WONCA EUROPE; 2002 [cité le. Disponible: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/congres_clermont_2013/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
6. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med. Massachusetts Medical Society; 2001;344(26):2021-5. DOI: 10.1056/NEJM200106283442611
7. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, et al. Diagnostic strategies used in primary care. BMJ. British Medical Journal Publishing Group; 2009;338:b946. DOI: 10.1136/bmj.b946
8. Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle: travailler sans filet. Le Médecin du Québec [En ligne]. 2010;45(5). Disponible: <https://lemedecinquebec.org/Media/108003/037-041DrSanche0510.pdf>
9. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. Pédagogie Médicale. EDP Sciences; 2005;6(4):235-54. DOI: 10.1051/pmed:2005028
10. Bouhon J-P. Fédération des maisons médicales [En ligne]. 1 octobre 2008. Le difficile enseignement de la démarche clinique [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://www.maisonmedicale.org/le-difficile-enseignement-de-la/>

11. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2008;26(1):67-91. DOI: 10.3917/sss.261.0067
12. Zhou AY, Zghebi SS, Hodkinson A, Hann M, Grigoroglou C, Ashcroft DM, et al. Investigating the links between diagnostic uncertainty, emotional exhaustion, and turnover intention in General Practitioners working in the United Kingdom. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.936067
13. Bettés M. Étude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017. Disponible: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1691/1/2017TOU31017.txt.pdf>
14. Cooke GP, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education*. 2013;13(1):2. DOI: 10.1186/1472-6920-13-2
15. Dahm MR, Crock C. Understanding and Communicating Uncertainty in Achieving Diagnostic Excellence. *JAMA*. 2022;327(12):1127-8. DOI: 10.1001/jama.2022.2141
16. May CR, Rose MJ, Johnstone FCW. Dealing with doubt: How patients account for non-specific chronic low back pain. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000;49(4):223-5. DOI: 10.1016/S0022-3999(00)00168-9
17. Burman RA, Zakariassen E, Hunskaar S. Chest pain out-of-hours – an interview study of primary care physicians' diagnostic approach, tolerance of risk and attitudes to hospital admission. *BMC Family Practice*. 2014;15(1):1127. DOI: 10.1186/s12875-014-0207-4
18. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale: étude quantitative en Corrèze [Thèse d'exercice]. France: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.
19. Allison JJ, Kiefe CI, Cook EF, Gerrity MS, Orav EJ, Centor R. The Association of Physician Attitudes about Uncertainty and Risk Taking with Resource Use in a Medicare HMO. *Med Decis Making*. SAGE Publications Inc STM; 1998;18(3):320-9. DOI: 10.1177/0272989X9801800310
20. ANNEXE 10-FICHES D'ÉVALUATION PRÉALABLE DES ARTICLES DU PROJET DE LOI. [En ligne]. PLFSS 2018 2018.
21. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation: Un mode de consultation qui se développe progressivement [En ligne]. Caisse Nationale d'Assurance Maladie; 12 septembre 2019 [cité le. Disponible: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2019-09-12-dp-remboursement-teleconsultation-1-an.pdf>

22. Ameli [En ligne]. 31 mars 2020. Téléconsultation : une croissance record en mars 2020 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-03-31-cp-teleconsultation-croissance-record-mars>
23. Bergeat M, Kamionka J. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 8 décembre 2022 [cité le 15 mars 2023]. Rapport no 1249. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1249.pdf>
24. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 Téléconsultation et télésoin [En ligne]. Haute Autorité de Santé; 18 novembre 2020 [cité le. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponses_rapides_dans_le_cadre_du_covid-19_teleconsultation_et_telesoin.pdf
25. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Signature d'un nouvel avenant avec les médecins favorisant l'accès aux soins [En ligne]. Caisse Nationale d'Assurance Maladie; 12 mars 2020 [cité le. Disponible: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-03-12-cp-signature-avenant-medecins.pdf>
26. Ameli [En ligne]. La téléconsultation [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/telemedecine/teleconsultation>
27. Bouet, P, Lucas J. SANTÉ CONNECTÉE DE LA E-SANTÉ À LA SANTÉ CONNECTÉE: Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins [En ligne]. Conseil National de l'Ordre des médecins; janvier 2015 [cité le. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/lu5yh9/medecins-sante-connectee.pdf>
28. Conseil National de l'Ordre des médecins. La Télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales : Rappel des positions du Conseil national de l'Ordre des médecins. [En ligne]. Conseil National de l'Ordre des médecins; 8 février 2018 [cité le. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/tmzmr/cnom_telemedecine-uberisation.pdf
29. Conseil National de l'Ordre des médecins. Mésusage de la télémédecine [En ligne]. Conseil National de l'Ordre des médecins; 4 février 2022 [cité le. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/10ax7i9/cnom_mesusage_de_la_telemedecine.pdf
30. Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. 9 mai 2019. Le point sur la téléconsultation [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/point-teleconsultation>
31. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise: Guide de bonnes pratiques [En ligne]. Haute Autorité de Santé; mai 2019

- [cité le. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf
32. Astruc A, Bronner C, Coindard G, Courtin M, Grichy J, Lacoïn F, et al. La Télémédecine en médecine générale [En ligne]. Collège de la Médecine Générale; mars 2021 [cité le. Disponible: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/02/Telemedecine-en-MG-20210318.pdf>
 33. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Charte de bonnes pratiques de la téléconsultation [En ligne]. Caisse Nationale d'Assurance Maladie; janvier 2022 [cité le. Disponible: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Charte-bonnes-pratiques-teleconsultation.pdf>
 34. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique. Laxou: S.F.S.P.; 2016;28(4):487-97. DOI: 10.3917/spub.164.0487
 35. Bouquet T. Téléconsultation: représentation et avis des médecins généralistes en Région Sud en 2019 [Thèse d'exercice en ligne]. 2012-2018, France: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116792>
 36. Mathieu S. La téléconsultation: l'avis des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes [Thèse d'exercice]. France: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2012.
 37. Khanchouche H. Téléconsultation en médecine générale: le ressenti des médecins [Thèse d'exercice en ligne]. 2012-2018, France: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03148465>
 38. Nadolny J, Rahuel C. La télémédecine, approches et propositions des médecins généralistes libéraux français: étude qualitative menée auprès de médecins généralistes libéraux de l'ancienne région Midi-Pyrénées du mois de mai au mois d'août 2018 [Thèse d'exercice]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Ranguel; 2019.
 39. Sin C-K-Y. Vécu de la téléconsultation par les médecins généralistes de l'Est-Francilien, les solutions développées face à leurs difficultés depuis le début de la pandémie covid-19 [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de santé; 2022 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://athena.u-pec.fr/primo-explore/search?query=any,exact,998287865104611&vid=upec>
 40. Monziols M, Chaput H, Verger, P, Scronias D, Ventelou B. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 [En ligne]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; octobre 2020 [cité le. Rapport no 1162. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201162-te%CC%81e%CC%81consultation-BAT.pdf>

41. Cail-Rolet F. Pratique de la téléconsultation en médecine générale depuis la crise sanitaire de la COVID-19 dans la région des Hauts-de-France [Thèse d'exercice en ligne]. 2018-2021, France: Université de Lille; 2021 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM637.pdf
42. Leroux M. La téléconsultation en pratique quotidienne en réponse à l'épidémie de COVID-19: le point de vue des médecins généralistes aveyronnais [Thèse d'exercice]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2021.
43. Obry R. Evolution de la pratique de la téléconsultation en médecine générale libérale dans le Nord et le Pas-de-Calais suite à la crise sanitaire due au COVID-19 [Thèse d'exercice en ligne]. 2018-2021, France: Université de Lille; 2021 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM222.pdf
44. Perrier T. La téléconsultation lors de l'épidémie de SARS-CoV-2: son usage chez SOS Médecins France [Thèse d'exercice]. France: Université de Bourgogne; 2022.
45. Maurin S. Perceptions et attitudes des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise sanitaire: étude qualitative phénoménologique [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2021 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03281280>
46. Bourbon A-S. Perception de la téléconsultation par rapport à la consultation présenteielle de médecine générale, PERCETELEMG: étude menée auprès des patients Français, dans le contexte d'épidémie Covid-19 [Thèse d'exercice]. France: Université de Rennes 1; 2021.
47. Wallet N. Quel a été l'apport de la téléconsultation lors de la crise COVID 19 ? : Étude qualitative auprès des médecins spécialistes libéraux du Finistère [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université de Bretagne Occidentale; 2022 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03788062>
48. Courtial F. L'expérience des médecins généralistes avec la téléconsultation pendant le premier confinement [Thèse d'exercice en ligne]. 2012-...., France: Aix-Marseille Université; 2021 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03432421>
49. Hassimaly D. Quel est le vécu du médecin généraliste de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de la crise COVID-19 ? [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université de la Réunion. UFR Santé; 2021 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03635183>
50. Pelissie Du Rausas F. Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA [Thèse d'exercice en ligne]. 2012-...., France: Aix-Marseille Université; 2021 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03153662>

51. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale :description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 2006;26(2):1. DOI: 10.7202/1085369ar
52. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):50-4. DOI: 10.1016/j.kine.2014.11.005
53. Bhise V, Rajan SS, Sittig DF, Morgan RO, Chaudhary P, Singh H. Defining and Measuring Diagnostic Uncertainty in Medicine: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2018;33(1):103-15. DOI: 10.1007/s11606-017-4164-1
54. Clavilier A. Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale: analyse des réponses mises en oeuvre par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. 2021-....., France: Université Clermont Auvergne; 2021.
55. Charni Y. Gestion de l'incertitude diagnostique chez les médecins généralistes remplaçants dans le département du Val-de-Marne [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de santé; 2022 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://athena.u-pec.fr/primos-explore/search?query=any,exact,998060063204611&vid=upec>
56. Moisan J-P. Téléconsultation: expérience des médecins généralistes de Normandie pendant la crise sanitaire liée à la covid-19 [Thèse d'exercice]. France: Université de Rouen Normandie; 2021.
57. Conte M, Robert M, Forte J, Lutaud R, Aix-Marseille Université. Faculté des sciences médicales et paramédicales. Quelles sont les situations propices à l'utilisation de la téléconsultation en médecine générale ? Points de vue médecins et patients. [En ligne]. 2012-....., France: Aix-Marseille Université; 2022 [cité le 15 mars 2023].
58. Hamada A. L'impact de la téléconsultation sur la communication et la relation médecin malade: une revue générale de la littérature [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de santé; 2022 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://athena.u-pec.fr/primos-explore/search?query=any,exact,998251265304611&vid=upec>
59. Pagliero S, Feugier A, Forte J, Lutaud R, Aix-Marseille Université. Faculté des sciences médicales et paramédicales. Quelles sont les situations propices à l'utilisation de la téléconsultation en médecine générale ? : Points de vue médecins et patients. [En ligne]. 2012-....., France: Aix-Marseille Université; 2022 [cité le 15 mars 2023].
60. Carrier A. Téléconsultation en médecine générale: état des connaissances actuelles sur sa réalisation et le respect des bonnes pratiques dans le Grand Est [Thèse d'exercice]. France: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2021.
61. Martin T. La téléconsultation du médecin généraliste en zone rurale fragile : vers une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins ? [Mémoire M2 Ethique en ligne]. 2021 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03521622>

62. Jaury P, Larangot-Rouffet C, Gay B, Gonthier R, Ourabah R, Queneau P. Rapport 21-08. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2021;205(8):852-6. DOI: 10.1016/j.banm.2021.07.008
63. faire_dire_references_bibliographiques.pdf. [En ligne]. [cité le 3 mai 2023].
64. Jollivet A. Évaluation de la prise en charge des cystites aiguës de l'adulte, en téléconsultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. Nantes, France: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2021.
65. Ray KN, Shi Z, Gidengil CA, Poon SJ, Uscher-Pines L, Mehrotra A. Antibiotic Prescribing During Pediatric Direct-to-Consumer Telemedicine Visits. Pediatrics. 2019;143(5):e20182491. DOI: 10.1542/peds.2018-2491
66. Wabe N, Thomas J, Sezgin G, Sheikh MK, Gault E, Georgiou A. Medication prescribing in face-to-face versus telehealth consultations during the COVID-19 pandemic in Australian general practice: a retrospective observational study. BJGP Open. 2022;6(1):BJGPO.2021.0132. DOI: 10.3399/BJGPO.2021.0132
67. Cohen J, Cohen R, Gilberg S, Gonthier D, Rybak A, Villebrun F. 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]. Collège de la Médecine Générale et Collège National Professionnel de Pédiatrie; février 2021 [cité le. Disponible: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/02/Contribution-CMG-Antibioresistance-2021-02.pdf>]
68. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. Br Med J. 1975;2(5969):486-9. DOI: 10.1136/bmj.2.5969.486
69. Fouzai-Jaouani A. La contribution des différents temps de la consultation dans l'établissement du diagnostic en médecine générale [Thèse d'exercice]. France: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016.
70. Nagenranft C. Les objets connectés en médecine générale: attentes et craintes des patients [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de santé; 2021 [cité le 16 mars 2023]. Disponible: <https://athena.u-pec.fr/primo-explore/search?query=any,exact,998028153104611&vid=upec>
71. O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JMB, Dağdeviren N, Elwyn G, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. Qual Prim Care. 2011;19(3):175-81.
72. Hommes F. L'après covid: quelle place pourrait occuper la téléconsultation en médecine générale ? [Thèse d'exercice en ligne]. 2009-....., France: Université de Strasbourg; 2021

- [cité le 16 mars 2023]. Disponible: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_HOMMES_Frederic.pdf
73. [En ligne]. Tarifs [cité le 16 mars 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/paris/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs>
 74. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale: une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens [Thèse d'exercice]. France: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2013.
 75. Sarazin M, Chiappe SG, Kasprzyk M, Mismetti P, Lasserre A. A survey of French general practitioners and a qualitative study on their use and assessment of predictive clinical scores. *Int J Gen Med.* 2013;6:419-26. DOI: 10.2147/IJGM.S39022
 76. Ten Broeke CEM, Himmelreich JCL, Cals JWL, Lucassen WAM, Harskamp RE. The Roth score as a triage tool for detecting hypoxaemia in general practice: a diagnostic validation study in patients with possible COVID-19. *Prim Health Care Res Dev.* 2021;22:e56. DOI: 10.1017/S1463423621000347
 77. Hassimaly D. Quel est le vécu du médecin généraliste de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de la crise COVID-19 ? [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université de la Réunion. UFR Santé; 2021 [cité le 15 mars 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03635183>
 78. Jonathan Cohen-Scali, Pierre Séguret, Philippe Lambert, Michel Amouyal. Les groupes d'échanges de pratiques tutorés pendant l'internat de médecine générale : modalités pratiques, pertinence pédagogique et perspectives pour l'enseignement. *exercer la revue française de médecine générale.* 2013;24(107):126. DOI: 2013;107:126-30
 79. Moegle S. Le partage de l'incertitude entre médecin et patient [Thèse d'exercice en ligne]. 2009-...., France: Université de Strasbourg; 2019 [cité le 16 mars 2023]. Disponible: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_MOEGLE_Sylvain.pdf
 80. Parniere C. Incertitude diagnostique: quels ressentis pour les patients ? [Thèse d'exercice]. France: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
 81. Aïm P. Chapitre 7. La relation d'aide. Dans: Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Paris: Dunod; 2020. (Psychothérapies). DOI: 10.3917/dunod.bioy.2020.04.0112
 82. Balaji A, Clever SL. Incorporating Medical Students Into Primary Care Telehealth Visits: Tutorial. *JMIR Med Educ.* 2021;7(2):e24300. DOI: 10.2196/24300
 83. Wamsley M, Cornejo L, Kryzhanovskaya I, Lin BW, Sullivan J, Yoder J, et al. Best Practices for Integrating Medical Students Into Telehealth Visits. *JMIR Med Educ.* 2021;7(2):e27877. DOI: 10.2196/27877

84. Société Française de Gériatrie et Gérologie (SFGG) [En ligne]. 1 novembre 2019. Que peut la télémédecine pour les patients (âgés) ? Par Nathalie Salles, Présidente du Conseil Scientifique de la SFGG – SFGG [cité le 16 mars 2023]. Disponible: <https://sfgg.org/espace-presse/interviews/que-peut-la-telemedecine-pour-les-patients-ages-par-nathalie-salles-presidente-du-conseil-scientifique-de-la-sfgg-et-presidente-de-la-societe-francaise-de-sante-digitale/>
85. Salles N. Télémédecine en EHPAD - Les clés pour se lancer [En ligne]. 1ère édition. Partages D'expert; 2017 [cité le . Disponible: <https://www.edition-lecoudrier.fr/produit/10/9782919374199/telemedecine-en-ehpad-les-cles-pour-se-lancer>

Annexes

Annexe 1 : La grille d'analyse selon les critères COREQ

N°	Item	Guide questions/description	Réponses
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	Poignonec Charles a mené les entretiens individuels
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Etudiant en fin de DES de médecine générale
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Novice, 1ère expérience en recherche qualitative
Relations avec les participants			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	4 connus : M1, 4, 9, 15 11 non connus : M2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	La thématique de recherche était annoncée au préalable
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>	Absence de conflit d'intérêt
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse thématique inductive
Sélection des participants			
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>	Initié par effet boule-de-neige puis raisonné
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	2 via message ; 7 via mail ; 3 via WhatsApp® ; 2 via Facebook® ; 1 via Téléphone
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15

13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	23 refus ou sans réponse ; 6 perdus de vue pour varier la population de l'échantillon	
Contexte				
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	9 par visio: 7 de leur domicile 2 de leur cabinet	6 en présentiel : 3 à leur domicile ; 1 à leur cabinet ; 2 dans un lieu public
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non	
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf. tableau 2 en annexe N°5	
Recueil des données				
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guides étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Le guide d'entretien a été élaboré (par l'auteur), validé (par la directrice de thèse) et n'a pas été testé au préalable	
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien réalisé par participant	
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio uniquement	
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	Oui, pendant et juste après	
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	33min le plus court 71min le plus long 44min de moyenne	
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, seuil de saturation admis par l'investigateur et la directrice de thèse au cours de l'étude	
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non	
Domaine 3 : Analyse et résultats				
Analyse des données				
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 : l'investigateur et co-étiquetage par la directrice de thèse	
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non	
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Thèmes déterminés à partir des données	
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Retranscription avec Word® Etiquetage avec Nvivo®	
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non	

Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>	Non
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Pas d'objectif secondaire dans notre étude

[Création personnelle]

Annexe 2 : Le guide d'entretien : version initiale

Bonjour, je m'appelle Charles. Je suis étudiant en médecine générale en année de thèse. Je réalise un travail de thèse qui a pour objectif d'explorer la gestion de l'incertitude diagnostique par le médecin généraliste en téléconsultation. Je vous remercie de m'accorder cet entretien. Il ne s'agit pas d'un questionnaire prédéfini, mais plutôt d'une conversation au cours de laquelle je vous orienterai vers différents thèmes. Pour faciliter le recueil des données, l'entretien est enregistré. Il s'agit d'un entretien confidentiel et anonyme. Par la suite je retranscrirai intégralement l'entretien, puis l'enregistrement sera détruit à la fin de la retranscription. Êtes-vous d'accord ?

- Est-ce que vous pouvez vous décrire de façon générale ? Dire vos formations, votre pratique, votre patientèle ?
- Racontez-moi la dernière fois où vous avez eu une incertitude diagnostique en téléconsultation.
- Comment avez-vous géré cette situations ?
 - o Comment vous raisonnez ?
 - o Comment vous adaptez vous ?
- Comment vous faites pour expliquer au patient votre incertitude diagnostique ?
 - o Que dites-vous au patient dans ces cas-là ? Que faites-vous ?
 - o Vous sentez-vous obligé de donner un diagnostic ?
 - o Comment se passe la communication avec le patient ?
- Lors de ces situations, quelles émotions ressentez-vous ?

- Vous arrive-t-il d'y repenser ?
- La situation a-t-elle engendré une réflexion par la suite ?
 - Avez-vous fait des recherches ?
 - En avez-vous parlé à des collègues ?
 - Cette situation a été retravaillé a posteriori ?
- Comment vous compareriez l'incertitude diagnostique en consultation et en téléconsultation ?
 - Est-on face au même problématique et comment s'adapter ?
 - Avez-vous cherché à régler ses problématiques ? comment ?

Thèmes à aborder :

- Définition de l'incertitude diagnostique
- Gestion de la démarche diagnostique
- Gestion de la communication
- Gestion des émotions

Annexe 3 : Le guide d'entretien version finale

Présentation de la thèse et de l'interview

Bonjour, je m'appelle Charles. Je suis étudiant en médecine générale en année de thèse. Je réalise un travail de thèse qui a pour objectif d'explorer la gestion de l'incertitude diagnostique par le médecin généraliste en téléconsultation. Je vous remercie de m'accorder cet entretien. Il ne s'agit pas d'un questionnaire prédéfini, mais plutôt d'une conversation au cours de laquelle je vous orienterai vers différents thèmes. Pour faciliter le recueil des données, l'entretien est enregistré. Il s'agit d'un entretien confidentiel et anonyme. Par la suite je retranscrirai intégralement l'entretien, puis l'enregistrement sera détruit à la fin de la retranscription. Vous êtes en droit à tout moment de m'indiquer que vous ne souhaitez plus que j'utilise l'enregistrement de notre entretien dans ma thèse. Êtes-vous d'accord ?

Question brise-glace

- Est-ce que vous pouvez vous décrire de façon générale et anonyme ? vos formations, vos pratiques et votre patientèle ? Depuis combien de temps vous faites de la téléconsultation et à combien s'élève votre pourcentage de téléconsultation sur l'année ?
 - A quel moment de la journée faites-vous vos téléconsultations ?

- Est-ce que vous dédiez une journée ou un temps spécialement pour la téléconsultation ?

Définir l'incertitude diagnostique en téléconsultation

- Le sujet de mon travail porte sur l'incertitude en téléconsultation, comment vous définiriez l'incertitude pour un médecin de façon générale ?

Gestion de la démarche diagnostique

- Racontez-moi la dernière téléconsultation où vous avez eu une incertitude diagnostique.
 - Comment l'incertitude diagnostique a été déclenchée ?
 - Quels ont été les éléments déclencheurs de l'incertitude selon vous ?
 - Quelles ont été les difficultés rencontrées lors de cette téléconsultation ?
 - Pouvez-vous expliquer votre raisonnement, le cheminement de votre réflexion durant la consultation ?
 - Le raisonnement était-il différent d'une consultation ?

Gestion de la communication

- Comment avez-vous expliqué au patient votre incertitude diagnostique ?
 - Que dites-vous au patient dans ces cas-là ?
 - Avez-vous besoin de vous justifier ? Pour quelles raisons ?
 - Vous sentez-vous obligé de donner un diagnostic ? Pour quelles raisons ?

Gestion des émotions

- Quelles émotions avez-vous ressenties avant, pendant et après la téléconsultation ?
 - Pourquoi ?

Stimulation liée à l'incertitude

- Quelle réflexion avez-vous eue après cette téléconsultation ?
 - Comment avez-vous trouvé des réponses ou des solutions ?
 - Avez-vous fait des recherches ?
 - En avez-vous eu une discussion avec des collègues ?
 - Retraavaillez-vous cette situation a posteriori ?
 - Connaissez-vous des référentiels ou des formations sur la téléconsultation ou l'incertitude ?
 - Envisagez-vous de faire des formations ?
 - Avez-vous réfléchi à des moyens pour éviter ou diminuer l'incertitude ?

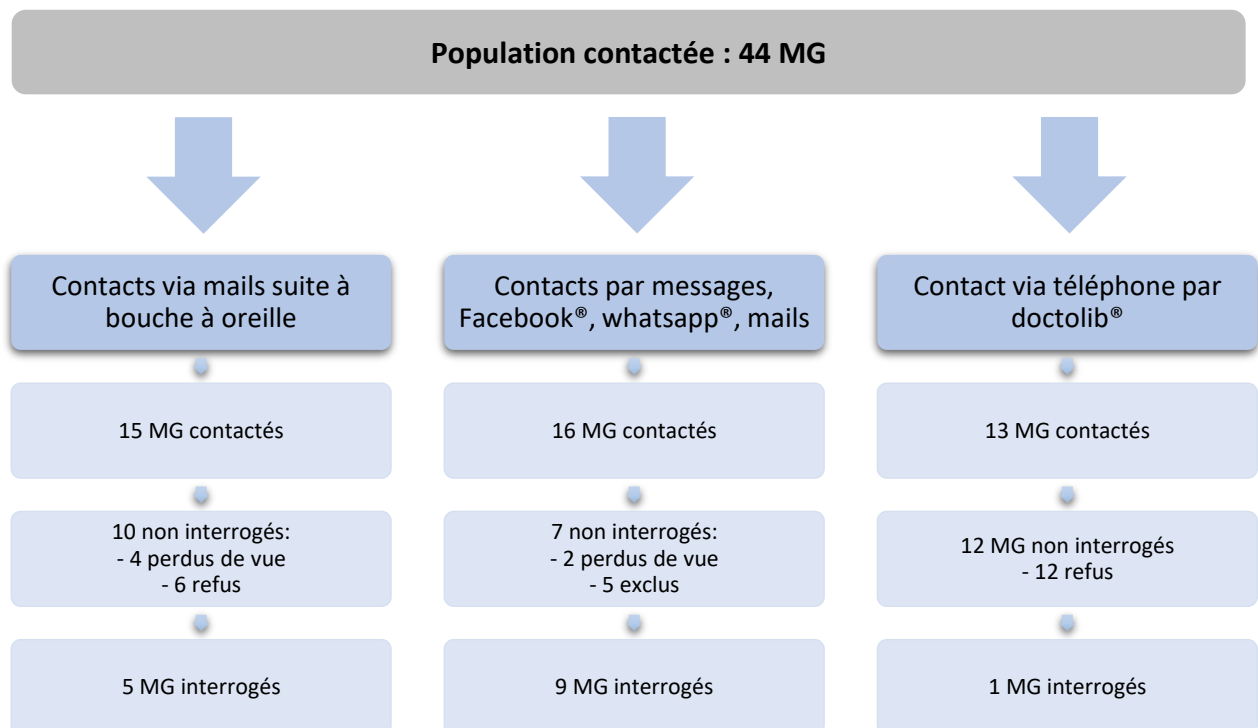
Question générale téléconsultation vs consultation

- Pour vous quelles sont les différences entre l'incertitude diagnostique en consultation et celles téléconsultation, positive et négative ?
 - o Qu'est-ce que la téléconsultation apporte de plus ou de moins ?
 - o Même problématique ?
 - o Même stratégie/raisonnement ?
 - o Certains ont parlé de régulation vous en pensez quoi ?
 - o Autre façon de s'adapter aux problématiques ?
 - o La communication avec le patient est-elle différente ? Pour quelles raisons
 - o Avez-vous cherché à régler ses problématiques ? comment ?

Thèmes à aborder :

- Définition de l'incertitude diagnostique
- Gestion de la démarche diagnostique
- Gestion de la communication
- Gestion des émotions

Annexe 4 : Le diagramme de flux de la population interrogée



[Création personnelle] MG : Médecins généralistes

Annexe 5 : Les caractéristiques des Médecins participants et des entretiens

MG participants	Genre	Age	Type d'exercice	Dpt	Activité	Thèse	Enseignement /MSU	Début TLC	% de TLC	TLC de SNP	Durée de l'entretien (mins)	Mode d'entretien	Lieu d'entretien
1	H	Entre 50 et 60 ans	Semi-urbain	91	Salariat et libéral	Thésé	Non	févr-20	Entre 10 et 20%	Non	37'	présentiel	domicile médecin
2	F	Entre 40 et 50 ans	Urbain	75	Salariat et libéral	Thésé	Non	févr-20	> 20%	Oui	66'	visio	domicile médecin
3	F	Entre 35 et 40 ans	Urbain	75	Liberal	Thésé	Oui	févr-20	Entre 10 et 15%	Oui	48'	visio	domicile médecin
4	F	Moins de 30 ans	Urbain	92	Remplacement	Non thésé	Non	juin-20	> 20%	Oui	41'	présentiel	domicile médecin
5	H	Entre 30 et 35 ans	Urbain	75	Remplacement	Thésé	Non	mai-20	entre 5 et 10%	Non	35'	visio	cabinet médecin
6	H	Entre 40 et 50 ans	Urbain	92	Salariat et libéral	Thésé	Non	févr-20	7%	Non	33'	visio	domicile médecin
7	F	Entre 35 et 40 ans	Urbain	75	Liberal	Thésé	Oui	févr-20	10%	Non	34'	visio	cabinet médical
8	H	Entre 40 et 50 ans	Semi-urbain	91	Liberal	Thésé	Non	nov-19	15%	Non	39'	visio	domicile médecin
9	F	Entre 40 et 50 ans	Urbain	75	Salariat et libéral	Thésé	Non	févr-20	> 20%	Oui	36'	visio	domicile médecin
10	H	Entre 40 et 50 ans	Urbain	75	Liberal	Thésé	Oui	janv-19	entre 10 et 20%	Non	36'	visio	domicile médecin
11	H	Plus de 60 ans	Urbain	94	Liberal	Thésé	Oui	janv-20	10%	Non	36'	visio	domicile médecin
12	H	Plus de 60 ans	Semi-urbain	91	Liberal	Thésé	Oui	mai-19	> 20%	Non	44'	présentiel	cabinet médical
13	F	Entre 30 et 35 ans	Urbain	75	Remplacement	Thésé	Non	mars-20	20%	Non	58'	présentiel	lieu public
14	F	Moins de 30 ans	Urbain	93	Remplacement	Non thésé	Non	juin-20	entre 10 et 15%	Non	71'	présentiel	lieu public
15	H	Moins de 30 ans	Urbain	75	SASPAS/Remplacement	Non thésé	Non	mai-20	< 5%	Non	48'	présentiel	domicile médecin

[Création personnelle] MG : médecin généraliste ; H/F : Homme/Femme ; Dpt : département, MSU : maître de stage ; TLC : téléconsultation ; SNP : Soins Non Programmés

Titre de la thèse : Gestion de l'incertitude diagnostique par le médecin généraliste en téléconsultation de médecine générale

Résumé :

Introduction : L'incertitude diagnostique est omniprésente en médecine générale. Avant 2020, les médecins craignaient que la téléconsultation majore l'incertitude diagnostique. Depuis, cette pratique s'est répandue et cette crainte semble se confirmer. Objectif : explorer la gestion de l'incertitude diagnostique par le médecin généraliste en téléconsultation de médecine générale dans la région d'Ile-de-France. **Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés avec un guide d'entretien. L'échantillonnage était initié en réseau, puis raisonné au fil des entretiens jusqu'à la suffisance des données. Deux investigateurs ont réalisé une analyse de contenu thématique. **Résultats :** De février 2022 à août 2022, 15 entretiens ont été réalisés d'une durée moyenne de 44 minutes. L'incertitude diagnostique était augmentée en téléconsultation et générait un vécu émotionnel négatif chez les médecins. Les conditions inadéquates à une téléconsultation, la difficulté à identifier, à récolter et à interpréter les symptômes par visio, devoir déléguer l'examen clinique à un non clinicien et la perte de l'intuition médicale engendraient des sur-prescriptions et non prescription, une dégradation de la relation médecin-patient et des consultations en présentiel. Pour faire face à ces situations, les médecins utilisaient des démarches diagnostiques analytiques. La présence d'un soignant avec des outils médicaux connectés réduisait efficacement l'incertitude diagnostique, plus que de déléguer l'examen clinique au patient ou à un tiers non clinicien. La communication avec le patient prenait une place importante pour gérer l'incertitude diagnostique et améliorer la relation médecin-patient. Les médecins impliquaient souvent le patient dans la prise en charge en leur exprimant leur incertitude diagnostique et en leur dictant les symptômes à surveiller et la conduite à tenir en fonction de l'évolution des symptômes. **Discussion :** Des sources de l'incertitude diagnostique en téléconsultation ont été identifiées et rappellent l'importance de respecter le cadre et les recommandations de bonnes pratiques. La communication reste essentielle dans la relation de soin et pour maintenir une médecine centrée patient en situation d'incertitude diagnostique. Le vécu émotionnel négatif de l'incertitude diagnostique et la démarche diagnostique complexifiée par la téléconsultation nécessite d'innover dans la manière de téléconsulter. L'incertitude diagnostique en téléconsultation est un sujet encore à explorer.

Spécialité :

[DES de médecine générale](#)

Mots clés français :

[fMeSH](#)

[consultation à distance ; médecine générale ; recherche qualitative ; incertitude](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

**Université de Paris
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris**