

2021-2022

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

La téléconsultation répond-elle aux spécificités attendues d'une consultation de médecine générale en présentiel ?

Etude quantitative descriptive à travers le regard des médecins généralistes des Pays de la Loire

PIERRET Héloïse

Née le 10/07/1994 au Mans (72)

HOËZ Lucie

Née le 02/11/1994 à Alençon (61)

LACHEMET Ismaïl

Né le 11/06/1993 à Kouba, Algérie (99)

Sous la direction de Dr LEROY Olivier et Dr PEUROIS Matthieu

Membres du jury

Monsieur le Professeur MARTIN Ludovic | Président

Monsieur le Docteur LEROY Olivier | Directeur

Monsieur le Docteur PEUROIS Matthieu | Codirecteur

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Membre

Monsieur le Docteur DELAHAYE Josselin | Membre

Soutenue publiquement le :
2 Juin 2022

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Lucie HOEZ

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **14/01/2022**

Je, soussignée Héloïse PIERRET

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **14/01/2022**

Je, soussigné Ismail LACHEMET

déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **14/01/2022**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédiopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie

FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine

RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine

CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDALI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine

RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS COMMUNS :

• À NOS DIRECTEURS DE THÈSE

Nous remercions sincèrement nos deux directeurs de thèse, le Docteur Olivier Leroy et le Docteur Matthieu Peurois, pour leurs engagements à nos côtés ces deux dernières années, pour leurs conseils avisés ainsi que pour leurs nombreuses relectures de qualité. Merci Olivier pour ton point de vue engagé et tes questionnements toujours très intéressants portés sur notre discussion, pour ton aide précieuse dans notre travail de synthèse. Merci Matthieu pour ton aide et ta réactivité dans le travail d'analyse statistique et dans le contenu de la méthodologie. Merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de notre travail de thèse. Sans vous notre travail de thèse ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui.

• À NOTRE PRESIDENT DU JURY

Merci au Professeur Ludovic Martin qui nous fait l'honneur de présider notre jury de thèse le jour de notre soutenance.

• À NOS MEMBRES DU JURY

Nous remercions nos membres du jury, le Professeur Laurent Connan, et le Docteur Josselin Delahaye pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre sujet de thèse et le temps qu'ils ont consacré pour juger notre travail.

• À L'UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DES PAYS DE LA LOIRE

Nous remercions L'URML Pays de la Loire pour avoir envoyé notre questionnaire de thèse et s'être rendu disponible pour nos questions ; nous remercions Mme Karine Retière pour sa réactivité dans nos échanges.

• À LA FACULTE DE MEDECINE D'ANGERS

Nous remercions la Faculté de Médecine d'Angers pour son encadrement tout au long de notre internat et pour l'envoi de notre questionnaire. Nous remercions tout particulièrement Mme Laurence Moreau pour sa disponibilité dans nos échanges.

• Nous remercions tous les médecins généralistes libéraux des Pays de La Loire qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire de thèse.

• Nous remercions le Dr Caroline Roland et le Dr Béatrice Borg pour leurs conseils dans la rédaction du questionnaire de la thèse.

• Nous remercions les bibliothécaires de la Bibliothèque Universitaire d'Angers pour leurs indications concernant la bibliographie de la thèse.

• Nous remercions le frère d'Ismail et la sœur d'Héloïse pour la création du site internet sur la téléconsultation. Nous remercions Eudes, le mari d'Héloïse, et Antoine, le frère de Lucie, pour leur aide dans la création de tableaux.

• Nous remercions la mère et la tante de Lucie, la grand-mère et la mère d'Héloïse pour leur relecture appliquée de la thèse.

• Nous remercions Christian Chaudon pour ses commentaires très intéressants sur notre discussion.

• Nous remercions le Dr Florence Durr-Hansmann pour ses conseils et son aide à l'élaboration de la thèse.

• Nous remercions Nolwenn pour son aide apportée à la rédaction du résumé en anglais.

REMERCIEMENTS

Remerciements de Lucie :

- À ma famille,

Merci à mes parents pour tout ce que vous m'avez transmis.

Merci à toi Maman, pour avoir toujours été là. Merci pour ton soutien, ton écoute et ta bienveillance. Merci de m'avoir toujours soutenue et motivée, merci pour toutes ces heures passées à m'avoir aidée à devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Merci pour tout ton courage dont je prends exemple au quotidien.

Merci à toi Papa, parti trop tôt cette année, pour avoir toujours cru en moi. Merci pour ta rigueur que tu as su me transmettre. Merci d'avoir été fier de moi.

Merci à mon frère, Antoine, et à ma sœur, Chloé. Merci d'avoir toujours été là. Merci pour votre soutien, votre humour et votre inspiration. Merci pour tous ces moments de complicité et de rires partagés. Merci pour cette force qui nous lie.

Merci à toi Mamie, partie bien trop tôt. Merci de m'avoir transmis ce goût pour la vie et cette ténacité. Merci d'avoir tant pris soin de moi.

Merci à Jeannine, à Claude, parti trop tôt, et à Jean et Florence, pour tout ce que vous faites pour nous, pour moi. Merci d'être de merveilleux oncles et tantes.

Merci à Arnault, mon parrain, d'avoir toujours été là malgré la distance.

- À mon amour,

Merci Julien, merci pour ton amour, ta tendresse, ton humour, ton écoute et ton soutien. Merci pour cette joie que tu m'apportes au quotidien. Merci de croire en moi et de me soutenir comme tu le fais si bien. Merci pour tes conseils et ton aide si précieux. Hâte de construire mon avenir près de toi.

- À ma belle-famille,

Merci à vous de m'avoir si bien accueillie. Merci pour votre bienveillance et votre soutien.

- À mes amis,

Merci à mes amis d'enfance, merci à Barbara et à Eva pour votre joie de vivre et votre écoute, merci pour cette amitié de longue date. Merci à Rosine, pour ton humour et ta générosité. Merci à vous trois pour tous ces appels et ces excursions.

Merci à mes amis caennais, et particulièrement à Margaux et à Sarah. Merci pour tous ces moments de fous rires et de soutien durant notre externat.

Merci à tous mes amis rencontrés durant l'internat, aux Angevins, et à ceux venus d'ailleurs. Un grand merci aux Petits mouchoirs, merci pour tous ces moments magiques partagés avec vous et merci pour votre soutien au quotidien. La douceur angevine, c'est vous.

- À mes co-thésards, mes amis,

Merci à vous, Ismaïl et Héloïse, merci d'avoir accepté de réaliser cette thèse avec moi, en gardant toujours votre joie de vivre, votre esprit critique et votre bienveillance. Merci pour tout le travail fourni.

- Aux médecins, aux soignants, aux patients,

Merci à tous les médecins qui m'ont guidée, formée et encouragée durant tous mes stages.

Merci au Dr Olivier Leroy, mon tuteur et notre directeur de thèse, qui a su me guider durant cet internat.

Merci aux équipes soignantes et merci aux patients.

REMERCIEMENTS

Remerciements d'Héloïse:

- À mon mari Eudes,

Merci pour ton soutien sans faille tout au long de ses dix années d'étude. Tu as toujours su me valoriser et me donner confiance dans mes capacités à faire le bien et à être un bon médecin. Tu as organisé notre quotidien pour que ma formation et mon métier soient toujours prioritaires et c'est grâce à tout ce que tu fais pour notre couple que j'ai su trouver le temps de devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Tu n'es certes pas médecin, mais tu connais ce métier comme si c'était le tien; tu sais me guider et me rassurer, m'écouter aussi quand j'ai besoin de parler. Tu m'as aidée à trouver un équilibre entre ma vie personnelle et ma vie de médecin.

- À ma famille,

Merci d'avoir toujours été présente pour moi, d'avoir compris pendant les années de concours que je n'avais « pas le temps » pour autre chose et de vous être toujours organisés pour faciliter mon quotidien. Merci pour votre soutien à toute épreuve.

Merci maman pour toutes les fois où tu m'as fait réciter, même le soir de Noël dans l'église en attendant le début de la messe. Merci d'avoir toujours pris soin de moi et d'avoir tout tenté pour me remonter le moral quand celui-ci n'était pas très haut. Tu as toujours été persuadée que j'étais un « super médecin » et je pense avoir fini par te croire aujourd'hui. Tu as pendant ces 10 ans cherché à me faire plaisir par tous les moyens; tu as toujours réussi à venir me voir à Angers quand je te le demandais alors que tu as toi aussi un travail qui te prend beaucoup de temps. Toutes les histoires que je te racontais t'ont toujours passionnée et j'ai pris beaucoup de plaisir à partager avec toi mon quotidien de médecin.

Merci papa d'avoir toujours réussi à me faire rire et me remonter le moral quand j'étais fatiguée. Merci pour ta disponibilité et tous tes conseils dans tous les domaines. J'ai beaucoup de chance de t'avoir vu aussi souvent sur Angers et nous ayons partagé autant de moment tous les deux.

Merci ma sœur pour tout ton soutien. Nos appels presque quotidiens sont une grande source de bonheur pour moi et notre relation est si précieuse. Je sais que je peux toujours tout partager avec toi et qu'il n'y aura jamais de jugement.

Merci mamie pour toutes ses journées où je suis venue me réfugier chez toi pour travailler des journées entières dans la petite salle à manger pour me couper du monde. Tu m'amenaient toutes les victuailles nécessaires à mon bien-être et m'obligeais à faire des pauses pour souffler un peu. Tu m'as toujours encouragé et soutenue.

Merci à mon Papi, qui nous a quittés cette année. Tu avais tellement hâte que je devienne docteur, le premier docteur premier docteur de la famille Pierret et c'est chose faite aujourd'hui. Ta rigueur et ton professionnalisme ont toujours été une source d'inspiration pour moi. Je sais que tu étais très fier de moi; je me souviens de chaque article de médecine que tu me découpais dans tous les journaux que tu lisais. Tu m'as offert 8 tomes de l'histoire de la médecine qui seront plus tard dans mon cabinet de médecin généraliste et qui m'accompagneront tout au long de ma carrière.

Merci à ma belle-famille,

Merci Serge et Sylvie pour votre présence tout au long de mon externat et pour vos encouragements. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous simplifier la vie avec Eudes; c'était précieux et ô combien apprécié.

- À mes Amis,

Merci à mon groupe d'amis de l'externat pour toutes ces années de bienveillance, d'amitié, de confiance. J'ai de la chance d'être si bien entouré et de pouvoir compter sur vous. Mon externat n'aurait jamais été aussi génial sans vous, vous l'avez rendu coloré, vivant et joyeux.

Merci à Isabelle, Hélène, Pauline, Adèle, Aline, Laure, Mégane, Mathilde et Élisabeth pour vos nombreux encouragements tout au long de mon externat et de mon internat. Merci pour tous ces moments de joies et d'excursions. J'ai beaucoup de chance de pouvoir compter sur vous. Les meilleures amies se comptent sur les doigts de la main et les miennes ont de la chance de vous avoir.

REMERCIEMENTS

• À mon chat Poupie, qui m'a accompagnée des journées entières dans mon travail de médecin et dans l'écriture de cette thèse, calme et câline.

• À mes co-thésards,

Merci Lucie et Ismail pour avoir fait de ce travail de thèse ce qu'il est aujourd'hui. Nos moments d'échanges et de rencontre ont toujours étaient très agréables. Merci d'avoir compris ma demande et d'avoir organisé le travail de thèse pour qu'il soit fait avant l'été 2022.

À mes MSU, Merci Caroline, Geneviève, Béatrice, Isabelle, Estelle, Agathe, les deux Emmanuel, Christian et Corine pour tout ce que vous m'avez appris pendant mon internat. J'ai grâce à vous eu une formation de très grande qualité et vous m'avez aidé à devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Je n'aurais pu rêver meilleur internat de médecine générale. Vous m'avez donné le goût de cette spécialité et de cette relation si particulière avec les patients.

• À mon Tuteur Josselin,

Merci Josselin d'avoir toujours été si bienveillant pendant nos différents échanges. Merci pour tes commentaires qui m'ont permis de progresser.

REMERCIEMENTS

Remerciement d'Ismail :

- A mes parents :

Merci Papa, merci Maman d'avoir fait l'adulte et le médecin que je suis devenu, merci du soutien indéfectible que vous avez su m'apporter. Mes remerciements à votre égard pourraient dépasser l'ensemble de ce travail même si je suis conscient que cela ne fait pas partie de nos valeurs.

- A mon petit frère, Amir :

Merci infiniment pour ton soutien et de tous les délicieux moments passés ensemble depuis notre tendre enfance, puissent-ils se répéter éternellement.

- A ma petite-sœur, Anaïs :

Merci de ton soutien et de ta patience, tu as été la première victime de mon cursus médical. J'espère que tu sauras pardonner mon absence, ton grand-frère sera toujours là pour toi.

- A l'ensemble de ma famille, de ma terre natale, adoptive et Outre-Atlantique :

Merci à tous les oncles, tantes, cousins, cousines qui ont continué à me soutenir malgré la distance qui nous séparent. J'espère vous revoir très bientôt.

Hommage à mon grand-père qui nous a quittés cette année, qui a su se battre tout au long de sa vie.
Merci de m'avoir transmis ton courage.

Merci à ma grand-mère maternelle pour ta gentillesse et ta bienveillance depuis toujours, en espérant que tu puisses garder la santé.

Merci à ma grand-mère paternelle de m'avoir transmis ta ténacité. Ton souvenir est profondément ancré dans mon être.

- A Nolwenn :

Merci à toi, mon amie, mon amour, qui m'accompagne déjà depuis des années, pour ton soutien, pour ta joie et pour ta tendresse au quotidien. A tes côtés, l'avenir sera toujours radieux.

- A mes amis les plus chers, mon autre famille :

Merci à mes amis Bretois, qui sauront se reconnaître, de tous les moments passés ensemble et du soutien précieux que vous avez su m'accorder tout au long de mes études. En espérant vous voir (beaucoup) plus souvent à l'avenir.

Merci à Pierre de tous les moments de joie qu'on a pu partager dès la première année, du soutien et de la foi que tu m'as accordés depuis notre rencontre. Merci à toi, à Déborah, à Olivier et à Sophie, en espérant vous revoir très bientôt.

Merci à Mathilde pour ton soutien et ton écoute depuis le début de l'externat.

Merci infiniment à tous mes amis Angevins et néo-Angevins rencontrés durant l'internat pour tous ces moments indélébiles, hors du temps, que ce soit en stage ou ailleurs. Votre présence a été essentielle, votre soutien salutaire. J'espère que nous pourrons poursuivre le chemin ensemble, le plus longtemps possible.

- A mes co-thésardes :

Lucie, Héloïse, merci infiniment pour cette thèse, merci de votre soutien, de votre bienveillance, de votre dévouement, du travail formidable que vous avez fourni. Je n'aurais pu rêver d'une meilleure équipe.

• Merci à l'ensemble des équipes médicales et paramédicales que j'ai pu rencontrer au travers de mes différents stages, qui ont cru en moi et qui m'ont transmis leurs enseignements les plus précieux. Je remercie particulièrement Florence Durr-Hansmann, Jérémy Lellouch et Moncef Afi pour leurs contributions directes et indirectes à ce travail.

Liste des abréviations

OMS	Organisation mondiale de la Santé
TC	Téléconsultation
MG	Médecin généraliste
TM	Télémédecine
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
DMG	Département de médecine générale
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ORS	Observatoire Régional de la Santé
URPS-ML	Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux
HAS	Haute Autorité de Santé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
VAD	Visite à domicile
ARM	Assistant(e) de Régulation Médicale
CNMG	Collège national de Médecine générale
SFSD	Société Française de Santé Digitale

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

1. Introduction générale

2. Définitions générales

2.1 Définition de la télémédecine

2.2 Définition de la téléconsultation

3. Chiffres clés de la téléconsultation

4. Cadre légal de la téléconsultation

4.1 Cadre légal avant la pandémie de COVID-19 et depuis septembre 2018

4.2 Cadre légal depuis la pandémie de COVID-19

MÉTHODES

1. Design de l'étude

2. Population

3. Outil de recueil : le questionnaire

4. Recueil des données

5. Analyses statistiques

6. Considération éthique et réglementaire

7. Conflit d'intérêt

RÉSULTATS

1. Description de la Population étudiée et de son exercice

1.1 Diagramme de Flux

1.2 Caractéristiques générales de la population étudiée

1.3 Caractéristiques de l'exercice des médecins réalisant des téléconsultations

1.4 Les freins à la réalisation de téléconsultation des médecins généralistes ne réalisant pas de téléconsultation

1.5 Comparaison sociodémographique entre les médecins réalisant des téléconsultations et ceux n'en réalisant pas.

2. Résultats descriptifs et analytiques de la perception des médecins généralistes réalisant des téléconsultations

2.1 Relation communication, approche centrée sur le patient

2.1.1 Résultats descriptifs

2.1.2 Résultats analytiques

2.2 Approche globale prise en compte de la complexité

2.2.1 Résultats descriptifs

2.2.2 Résultats analytiques

2.3 Premier recours, urgences

2.3.1 Résultats descriptifs

2.3.2 Résultats analytiques

2.4 Éducation dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire

2.4.1 Résultats descriptifs

2.4.2 Résultats analytiques

2.5 Continuité suivi, coordination des soins

2.5.1 Résultats descriptifs

2.5.2 Résultats analytiques

2.6 Organisation du temps de téléconsultation et expérience

2.6.1 Résultats descriptifs

2.6.2 Résultats analytiques

3. La question de l'accessibilité aux soins

3.1 Résultats descriptifs

3.2 Résultats analytiques

4. Poursuite des téléconsultations après le 1er juin 2021

5. Profil des médecins généralistes réalisant des téléconsultations, par analyse en correspondance multiple

DISCUSSION

1. Principaux résultats

1.1 Comparaison des caractéristiques de la population étudiée et recherche de profils de médecin généralistes.

1.1.1 Comparaison entre les médecins réalisant des TC et ceux n'en réalisant pas

1.1.2 Profil des médecins réalisant des TC

1.2 Résultats principaux de l'étude multidimensionnelle sur la perception des médecins généralistes

1.2.1 Approche globale du patient et complexité

1.2.2 Premiers recours et urgence

1.2.3 Education et dépistage

1.2.4 Suivi et coordination des soins

1.2.5 Organisation des consultations

1.2.6 La téléconsultation répond-elle aux problèmes d'accessibilité aux soins ?

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Forces de l'étude

2.2 Limites de l'étude

3. Perspectives

3.1 Quelles solutions apporter à l'absence d'examen clinique en téléconsultation ?

3.1.1 Les objets connectés

3.1.2 Les cabines de téléconsultation

3.1.3 Les consultations assistées

3.2 La téléconsultation, une nouvelle pratique de la médecine en réponse aux nouvelles attentes des patients ?

3.3 La téléconsultation est-elle un réel outil de soin ou un énième outil de consommation ?

3.4 La promotion de la formation en téléconsultation : une nécessité

3.5 Quelles solutions pour les problèmes techniques et les problèmes d'accès numériques rencontrés dans la téléconsultation ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE**LISTE DES FIGURES****LISTE DES FIGURES****LISTE DES TABLEAUX****TABLE DES MATIERES****ANNEXES**

ANNEXE I : Fiche FENCIS de la Faculté de Médecine d'Angers

ANNEXE II : Notre questionnaire

ANNEXE III: Codage des verbatims des freins à la TC

ANNEXE IV: Codage des verbatims sur l'accessibilité aux soins

ANNEXE V : Les résultats d'analyses de comparaison des médecins réalisant des TC et des médecins n'en réalisant pas.

ANNEXE VI : Les résultats d'analyses statistiques

ANNEXE VII: Analyse en correspondance multiple du profil des médecins généralistes

ANNEXE VIII : Marguerite des compétences de médecine générale

RÉPARTITION DU TRAVAIL ENTRE LES DIFFÉRENTS AUTEURS

Les chercheurs se sont répartis le travail de façon homogène afin que le rendu final soit représentatif de leur investissement mutuel.

Chacun a participé à l'élaboration de chaque étape : recherche bibliographique, création du questionnaire, analyse et rédaction.

Si l'un s'était quantitativement investi davantage dans l'une ou l'autre de ces étapes, cela était compensé sur les suivantes.

Ainsi :

La recherche bibliographique a débuté en octobre 2020 par Lucie, Ismail et Héloïse. Nous avons réalisé plusieurs réunions de mise en commun de notre recherche de bibliographie pour créer la fiche de thèse.

Le questionnaire a été écrit par Lucie dans sa partie initiale puis complété et corrigé jusqu'à sa version finale par Héloïse, Ismail et Lucie.

Le site internet d'information sur la téléconsultation pour les médecins généralistes a été écrit par Héloïse, Ismail et Lucie. Héloïse s'est chargée d'écrire la partie concernant la législation et Lucie a créé un tableau comparatif des différentes plateformes de téléconsultation existantes. Ismail a mis en forme le site internet.

Le questionnaire a été créé sur Limesurvey par Ismail puis contrôlé et validé par Lucie et Héloïse avant l'envoi aux différents médecins généralistes.

L'introduction a été écrite par tous les trois ensembles. Les sous-parties de l'introduction ont été écrites par Héloïse.

La méthodologie a été écrite par Héloïse et incrémentée par Ismail et Lucie.

La partie résultats a été écrite par chacun de nous trois selon la partie qu'il avait étudiée : Lucie et Héloïse sur l'analyse de la population, Ismail sur l'analyse des critères de jugements principaux. Nous avons tous participé à sa rédaction.

La discussion a été écrite par Lucie et Héloïse et incrémentée par Ismail.

RESUME

Introduction : La pandémie de COVID-19 a motivé un assouplissement de la réglementation de la téléconsultation ce qui a favorisé son expansion. Cet engouement pour la téléconsultation interroge sur l'évolution de la pratique de la médecine générale et de ses spécificités.

L'objectif principal de l'étude était d'explorer la perception des médecins généralistes lors d'une téléconsultation par rapport à une consultation en présentiel, à partir d'une analyse multidimensionnelle. Les objectifs secondaires étaient de décrire des profils de médecins réalisant des téléconsultations et de questionner l'accessibilité aux soins.

Matériels et Méthodes : Cette étude était observationnelle, transversale, descriptive et quantitative. Des questionnaires, réalisés à l'aide de la fiche FENCIS sur les compétences attendues en médecine générale, ont été envoyés par mail aux médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire.

Résultats : Les 109 médecins généralistes réalisant des téléconsultations se sentaient plutôt moins à l'aise dans les domaines suivants : la relation médecin-malade, poser un diagnostic, proposer un suivi, les actes de prévention et d'éducation thérapeutique et les problématiques psycho-sociales. Ils étaient globalement autant à l'aise pour expliquer un diagnostic et une thérapeutique, pour adresser le patient à un spécialiste, pour prescrire des examens complémentaires, pour adresser le patient aux urgences, pour la mise à jour du calendrier vaccinal ainsi que pour la gestion des problèmes d'ordre administratif. Il n'a pas été trouvé de différence statistique sur les variables sociodémographiques et sur l'exercice entre les médecins réalisant des téléconsultations et ceux n'en réalisant pas. 6,4% des médecins généralistes réalisaient des téléconsultations avant la pandémie,

ils étaient 59,6% à vouloir poursuivre. 53,27% des médecins répondants pensaient que la téléconsultation n'améliorait pas l'accessibilité aux soins. Les médecins généralistes souhaitant poursuivre les téléconsultations jugeaient que la téléconsultation améliorait l'accessibilité aux soins ($p<0,001$).

Conclusion : Le développement de la pratique de la téléconsultation a contribué à un changement de la culture médicale à l'égard des pratiques à distance. D'après notre étude, la téléconsultation n'offre pas les spécificités attendues d'une consultation en médecine générale. Elle restera probablement un outil complémentaire pour l'offre de soins et pourrait améliorer l'accès aux soins. Pour mieux l'appréhender, il semble essentiel d'en favoriser la formation.

INTRODUCTION

1. Introduction générale

La télémédecine a connu un essor pendant la pandémie de la Covid-19 qui a débuté en 2020. Cette crise sanitaire a motivé une adaptation mais surtout un assouplissement de la réglementation de ces pratiques de soin à distance¹. Les dérogations mises en place ont permis de soutenir l'usage massif des téléconsultations autorisant les pratiques médicales au-delà du cadre habituel telles que les TC par appel téléphonique ou encore l'exemption de parcours de soins.

La télémédecine est définie par le Code de santé publique comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». On distingue 5 types d'actes : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance, la téléassistance ainsi que la régulation médicale².

Ces dernières années la téléconsultation a été largement plébiscitée par les autorités de santé comme une des solutions face aux enjeux démographiques auxquels l'offre de soins est confrontée actuellement.

En effet, la consultation à distance provoquera nécessairement un bouleversement dans le parcours de soins. Cet enjeu de restructuration du système de santé est nécessaire pour pallier la problématique de démographie médicale et de diminution de l'offre de soin qui semble se dessiner pour les prochaines années³. L'impulsion de ces pratiques a été donnée en 2009 par la loi Hôpital Patient Santé Territoire. Cependant, l'intérêt et l'application par les médecins généralistes étaient à l'époque mitigés⁴.

En effet, avant 2020, de nombreuses réticences étaient rapportées (dans la pratique elle-même, dans l'organisation et dans l'aspect financier et juridique) notamment en zone rurale³.

Les médecins généralistes craignaient une altération de la relation médecin-patient et des habitudes de travail, ancrées de longue date dans la pratique médicale⁵.

L'engouement pour la téléconsultation interroge sur l'évolution de la pratique de la médecine générale, et particulièrement sur la relation médecin-malade. Cette relation est issue d'un colloque singulier dans lequel le médecin utilise des compétences scientifiques (savoir-faire) et des compétences humaines et relationnelles (savoir-être). Cette approche holistique du patient a pour ambition de tenir compte de la personne dans son ensemble dans le but de lui proposer la meilleure prise en charge possible en adaptant le programme à ses besoins et à ses attentes.

Beaucoup de médecins généralistes craignent une dégradation de la relation médecin-patient, et notamment un risque de déshumanisation de la médecine avec la téléconsultation^{3,6}.

Ils s'inquiètent également d'une possible industrialisation de la médecine, avec l'apparition de la notion de rendement aux dépens de la qualité⁴.

La pandémie de COVID-19 a semblé bouleverser les habitudes, comme en témoigne une étude de la DREES sortie en septembre 2020, où l'on estime que ¾ des médecins généralistes ont utilisé la téléconsultation, alors que moins de 5 % de ces médecins la pratiquait avant la pandémie⁷.

Dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire instauré par la loi du 23 mars 2020, la télémédecine est ainsi devenue, en quelques semaines, un outil essentiel pour l'accompagnement et le suivi médical des patients. Au moment du confinement, la

téléconsultation représentait une consultation sur quatre (consultation téléphonique y compris), selon la CNAM.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes, de 10 000 téléconsultations par semaine elles sont passées à 1 million au plus fort de la pandémie et plus de 80 % d'entre elles ont été réalisées par des médecins généralistes².

Ce récent intérêt en France chez les patients et chez les praticiens^{4,8}, nous interroge sur le maintien de la qualité de la prise en charge ainsi que sur la qualité de la relation lors d'une téléconsultation. Une étude anglaise de 2019 a comparé la qualité du contenu des consultations téléphoniques, des vidéo-consultations ainsi que des consultations en présentiel. Ils mettent en évidence que les consultations sont plus riches dans les consultations classiques (fourniture d'informations, conseils donnés) et l'expérience des patients a aussi semblé meilleure en présentiel⁸.

La téléconsultation répond-elle aux spécificités attendues par les médecins généralistes lors d'une consultation médicale ? Nous avons décidé de nous intéresser à ce sujet du point de vue des praticiens.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature, au moment de notre recherche bibliographique, d'études s'intéressant au vécu de la TC par les MG. Nous cherchons à savoir si cet outil de TC pourrait s'adapter à la pratique quotidienne du MG et sur quels champs de sa pratique il pourrait être pertinent.

L'objectif principal de l'étude est d'explorer la perception des médecins généralistes lors d'une téléconsultation par rapport à une consultation en présentiel à l'aide d'une étude multidimensionnelle se basant sur les différents champs de compétences qu'utilise un médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.

Les objectifs secondaires de l'étude sont de décrire les profils de médecins réalisant de la téléconsultation et de s'interroger sur la place de la téléconsultation dans la restructuration du système de santé avec comme enjeu la réponse à la problématique de l'accès aux soins dans les années à venir.

2. Définitions générales

2.1 Définition de la télémédecine

La télémédecine est définie selon le Code de la Santé Publique comme une pratique médicale à distance utilisant les Technologies de l'Information et de la Communication⁹. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, des professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical. L'impulsion de cette pratique a été donnée en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST).

Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010¹⁰ distingue cinq types d'actes de télémédecine :

- La téléconsultation : consultation à distance, le patient étant seul ou avec un professionnel de santé ;
- La téléexpertise : sollicitation par un professionnel de santé d'avis de professionnels médicaux experts via les technologies de l'information et de la communication ;
- La télésurveillance : interprétation à distance de données nécessaires au suivi médical du patient à partir d'indicateurs transmis par le patient ou par des professionnels de santé ;

- La téléassistance : un professionnel de santé assiste techniquement un confrère ou un autre professionnel à distance ;
- La régulation dans le cadre des urgences : réponse médicale urgente ou conseil téléphonique via le 15 ou numéros de régulation locaux.

La télémédecine est présentée par les autorités de santé comme une des solutions face aux enjeux démographiques auxquels l'offre de soins est confrontée⁴.

En pratique, la télémédecine répond aux mêmes exigences que la médecine en présentiel. Elle s'exerce dans le respect des lois et règlements applicables aux conditions d'exercice, des règles de déontologie et des standards de pratique clinique (recommandations, etc.) et aux règles spécifiques à la télémédecine.

Ces règles spécifiques de la télémédecine sont :

- Le consentement du patient¹¹
- L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte, l'identification du patient, l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte.
- Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.
- La tenue du dossier patient (compte-rendu, actes, prescriptions, identité, date et heure, incidents techniques)¹²
- La formation et les compétences des professionnels à la télémédecine¹³
- La conformité aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel¹⁴

La télémédecine repose sur les technologies de l'information et la communication (échange et archivage de données de santé), une attention particulière doit être portée sur la sécurité et la protection des données de santé.

2.2 Définition de la Téléconsultation :

La téléconsultation est définie selon le journal officiel de la République Française comme une "consultation à distance réalisée entre un médecin dit téléconsultant, quelle que soit sa spécialité médicale, et un patient. Ce dernier peut, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé. L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas par le médecin traitant et le médecin correspondant. Tout patient, si son état est compatible avec ce mode d'examen, peut accéder à une téléconsultation, après avoir été informé des conditions de réalisation de cette dernière et avoir donné son accord"¹⁵.

Depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 15 septembre 2018¹⁶, la téléconsultation entre le patient et son médecin traitant est reconnue et rémunérée. Elle est ouverte à l'ensemble des patients et est valorisée de manière identique à l'acte de consultation classique.

3. Chiffres clés de la téléconsultation

Avant la pandémie de COVID-19 : 40000 téléconsultations ont été remboursées pour plus de 3000 médecins téléconsultants pour le mois de février 2020. Cette démocratisation a été en progression plus lente que prévu depuis la loi de financement de la sécurité sociale en 2018 comme le montre le diagramme ci-dessous sur l'évolution

du nombre de téléconsultations par mois depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 jusqu'à la pandémie. Ce diagramme est issu du rapport de l'assurance maladie au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2021¹⁷.

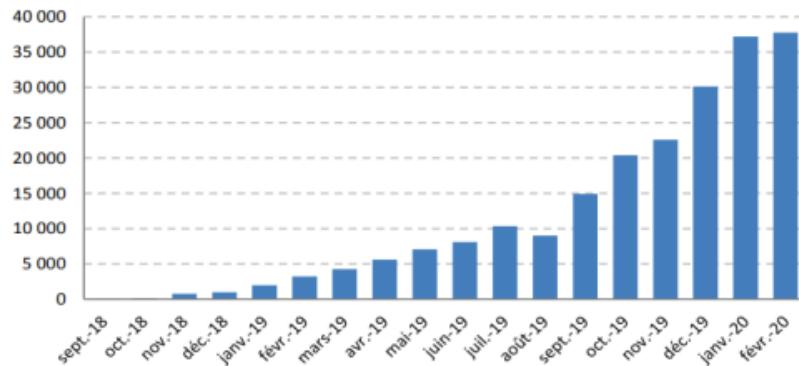


Figure 1 : Nombre de téléconsultations réalisées par mois avant le premier confinement (figure issue de l'assurance maladie)

(L'axe des ordonnées correspond au nombre de TC, l'axe des abscisses correspond au mois de l'année).

Pendant le 1er confinement le nombre de téléconsultations remboursées a rapidement approché le million par semaine (le maximum ayant été atteint en avril 2020)¹⁷.

En avril 2020, les téléconsultations ont ainsi représenté jusqu'à 27 % en moyenne de l'ensemble des consultations¹⁷.

80% des téléconsultations ont été réalisées par des médecins généralistes pendant le premier confinement¹⁷.

19 millions d'actes de téléconsultation ont été remboursés par l'Assurance maladie en 2020¹⁷.

Le quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, enquête menée par la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), par les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) et par les Unions Régionales des Professions de Santé-Médecins Libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire, auprès de 3 300 médecins généralistes libéraux sur le mois de mai et juin 2020 montre que :

- 5% des médecins pratiquaient la téléconsultation avant la pandémie.
- 80% des médecins généralistes ont réalisé des téléconsultations pendant la 1ère vague de COVID-19 (1er confinement).
- 1 médecin sur 5 n'a pas mis en place de téléconsultation.
- 7 médecins sur 10 ont continué de réaliser des téléconsultations lors du premier déconfinement.

4. Cadre légal de la téléconsultation

La téléconsultation facturable à l'Assurance Maladie peut être faite par : tout médecin libéral conventionné, les médecins salariés d'établissements de santé (dans le cadre des consultations externes), les médecins salariés de centres de santé¹⁸.

4.1 Cadre légal avant la pandémie de COVID-19 depuis septembre 2018

- La téléconsultation devait obligatoirement être mise en œuvre par vidéotransmission via une plateforme vidéo sécurisée.

- La téléconsultation devait s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné (sauf pour les spécialités de recours directs, les enfants de moins de 16 ans et les situations d'urgences).
- Seul un médecin du même territoire que le patient pouvait réaliser la téléconsultation (réponse territorialisée), à l'exception des patients orientés par le régulateur du service d'accès aux soins en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire ou pour les patients résidants dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins.
- Pour toute téléconsultation, le patient devait être connu du médecin téléconsultant et avoir bénéficié d'une consultation physique au cours des 12 mois précédent la téléconsultation.

Ces règles ne s'appliquaient pas si le patient ne disposait pas de médecin traitant désigné¹⁸.

4.2 Cadre légal depuis la pandémie de COVID-19 :

Pendant la crise de la COVID-19, la téléconsultation a fait l'objet d'un recours massif, encouragé par la HAS et le ministère des Solidarités et de la Santé.

Deux décrets du 10 et 20 mars 2020 ont annoncé plusieurs mesures dérogatoires pour assouplir les conditions d'exercices de la TC afin de protéger les patients et les médecins des risques de contamination¹⁹.

Les consultations ont été possibles en dehors du parcours de soin (médecins non connus des patients et sans être orientés par leur médecin traitant) pour les primo-consultations

de patients « cas possibles » à la COVID-19 et la prise en charge à domicile des patients infectés par le coronavirus ou susceptibles de l'être²⁰.

L'arrêté du 19 mars 2020 prévoyait que, pour faire face à la crise sanitaire, les professionnels de santé pouvaient recourir à « tout autre outil numérique »²¹. Ce type de téléconsultation, qui n'implique pas d'échanges de documents médicaux, a pu se faire sans être équipé d'une solution spécifique de téléconsultation (exemple : Skype®, WhatsApp®, FaceTime®...).

En vue de pallier les disparités d'accès au numérique, la consultation par téléphone a été autorisée jusqu'au 1er juin 2021 pour les femmes enceintes et pour certains patients (résidant en "zone blanche", ne disposant pas d'outil vidéo, en ALD ou âgés de 70 ans et plus et pour les patients positifs au COVID-19). Ces téléconsultations devaient être tracées dans le dossier patient, dans les mêmes conditions qu'une téléconsultation classique.

Pendant l'épidémie, toutes les téléconsultations ont été prises en charge à 100% par l'assurance maladie, de même que les actes de télésuivi accomplis par des infirmier(e)s. Cette prise en charge à 100% par l'assurance maladie a été prolongée par l'Assemblée Nationale jusqu'au 31 juillet 2022.

L'avenant 9 de la convention médicale signé en septembre 2021 a apporté des évolutions dans la pratique de la téléconsultation²² :

- La téléconsultation est limitée à 20% de l'activité totale du médecin par année.

- La notion de connaissance préalable des patients et de territorialité a disparu pour les patients des zones sous-denses et pour les patients sans médecin traitant.
- Un compte-rendu de téléconsultation doit être établi et archivé par le médecin téléconsultant et adressé au médecin traitant.

MÉTHODES

1. Design de l'étude

Notre étude observationnelle transversale descriptive quantitative par diffusion de questionnaires a été réalisée de septembre à novembre 2021 auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire.

Notre étude était à visée multidimensionnelle dans le but d'explorer les perceptions des médecins généralistes des spécificités d'une téléconsultation par rapport aux spécificités attendues des consultations en présentiel en médecine générale.

Nos objectifs secondaires étaient de décrire les profils de médecins faisant de la téléconsultation, et de proposer une place à la téléconsultation dans le parcours de soin.

2. Population

L'étude portait sur les médecins généralistes installés dans les Pays de la Loire. Nous n'avons pas inclus les médecins généralistes remplaçants.

Nos questionnaires ont été envoyés à 3000 médecins généralistes (liste URML Pays de la Loire et liste des MSU de la Faculté de Médecine d'Angers) par mail. Un premier envoi a été effectué en septembre 2021 suivi d'une relance en novembre 2021.

Pour motiver les médecins généralistes à répondre au questionnaire, nous avons créé un site internet. Le site expliquait la législation et la facturation des téléconsultations et se

terminait par un tableau comparatif des différentes plateformes de téléconsultation. Le lien du site apparaissait en fin de questionnaire.

Au vu des analyses quantitatives prévues et pour pouvoir viser la réalisation des tests statistiques paramétriques, nous avons estimé le nombre de réponses nécessaires à 100.

3. Outil de recueil : le questionnaire

Pour répondre à nos objectifs nous avons créé un questionnaire sur le logiciel LimeSurvey® (annexe II).

Nous nous sommes inspirés d'une grille adaptée : la grille FENCIS qui a été validée dans l'évaluation des compétences en médecine générale pour les internes de médecine générale du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne (annexe I). Nous avons trouvé cette grille explorant les différents champs de la médecine générale pertinente et l'avons adaptée pour créer notre questionnaire.

6 grands thèmes ont été approfondis :

- Relation communication, approche centrée sur le patient
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Premier recours, urgences
- Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire
- Continuité, suivi, coordination des soins
- Organisation et expérience

Nous avons réalisé un pré-test sur quatre médecins généralistes de notre connaissance afin d'en vérifier la reproductibilité avant d'envoyer notre questionnaire.

Notre questionnaire est divisé en trois parties : une première partie utile à la description des médecins répondants, une deuxième partie sur la description de leur exercice et une troisième partie centrée sur l'évaluation de leur perception lors d'une téléconsultation par rapport à une consultation en présentiel. La troisième partie du questionnaire n'était accessible qu'aux médecins réalisant des téléconsultations.

Le questionnaire comportait des questions fermées, des questions préformées ainsi que quelques verbatims.

Les types de réponses proposées étaient différents et notre questionnaire comportait : des réponses numériques, des réponses avec texte ainsi que des réponses avec une échelle de Likert.

Nous nous sommes inspirés de l'échelle psychométrique de Likert qui permet habituellement de nuancer son degré d'accord. Dans notre étude nous avons cherché à évaluer le degré d'aisance du médecin dans les situations proposées. Les médecins avaient généralement le choix entre quatre réponses : "plus à l'aise", "autant à l'aise", "moins à l'aise" et "pas du tout à l'aise".

4. Recueil des données

Les réponses à notre questionnaire étaient anonymisées.

Nous avons réalisé une analyse inductive des verbatims pour en regrouper le codage en thème. Ce codage a été contrôlé par une double lecture.

Nous avons aussi multiplié le nombre de consultations quotidiennes par le nombre de jours travaillés par médecin pour calculer le nombre de consultations hebdomadaires.

Certaines valeurs discordantes (erreurs de saisie du médecin généraliste) ont été retirées des effectifs analysés.

La question sur les freins à la téléconsultation n'était adressée qu'aux médecins ne réalisant pas de téléconsultation. Lorsque certains MG pratiquant la TC y répondaient, leurs réponses n'étaient pas prises en compte dans les effectifs analysés.

5. Analyses statistiques

Les données ont ensuite été exploitées avec le logiciel Excel 365®. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS®. Le seuil de significativité est de $p<0.05$ soit un risque alpha à 5 %.

Les données ont été exprimées en effectifs, pourcentages, moyennes avec leurs écarts-types. Pour faciliter les analyses, les variables quantitatives, tels que l'âge et le nombre de téléconsultations hebdomadaires, ont été converties en trois catégories.

Les quatre degrés d'aisance de l'échelle de Likert ont été regroupés en deux groupes pour la faisabilité des statistiques : un groupe "au moins aussi à l'aise" (regroupe les réponses "plus à l'aise", "autant à l'aise") et un groupe "moins à l'aise" (regroupe les réponses "moins à l'aise" et "pas du tout à l'aise").

Les tableaux et les figures ont été réalisés sur Word®, Excel® et à l'aide de certains sites internet (nuagedemots.fr).

Tous les participants n'ont pas terminé le questionnaire et les analyses ont été faites uniquement sur les réponses complètes.

Pour les analyses des différents objectifs, nous avons utilisé pour la comparaison des variables quantitatives le test non paramétrique de Mann-Whitney lorsque les effectifs

étaient réduits (<30). Pour comparer les variables qualitatives entre elles nous avons utilisé le test du Chi2 lorsque l'effectif théorique le permettait, et le test de Fisher pour les effectifs plus faibles (effectif théorique <5).

Pour déterminer un profil de répondant chez les médecins ayant déjà pratiqué la téléconsultation, une analyse en correspondance multiple a été réalisée en associant les variables suivantes : l'âge ; le genre ; le département d'exercice ; le mode d'exercice ; le type d'exercice ; La présence d'une secrétariat sur place ; la participation à la régulation médicale de garde ; le nombre de jour travaillé ; le nombre de consultation par semaine ; le périmètre de recrutement ; la réalisation de téléconsultation avant l'épidémie de COVID-19 ; le nombre de téléconsultations par semaine ; l'utilisation d'une plateforme en ligne pour les téléconsultations ; la réalisation de téléconsultation avec des patients non suivis habituellement ; le souhait de vouloir poursuivre les téléconsultations après le 1^{er} juin 2021.

L'analyse des correspondances multiples est une méthode statistique exploratoire basée sur la distance du Chi2 entre plusieurs variables explicatives, définissant des dimensions. La part de variance expliquée par l'analyse des correspondances multiples sera représentée par un indicateur statistique nommé l'inertie, variant de 0 à 100%. Les dimensions ainsi dégagées peuvent permettre d'identifier des profils de répondant en fonction de leur proximité selon certaines variables.

Au vu de la répétition du nombre de tests statistiques sur le même échantillon causant une inflation du risque alpha, une méthode de correction de type méthode de Bonferroni

aurait pu être appliquée mais elle aurait abaissé de façon importante le seuil de significativité ($p<0.001$). Etant donné le caractère exploratoire et non confirmatoire de ce travail, cette méthode de correction d'inflation du risque alpha n'a pas été appliquée.

6. Considération éthique et réglementaire

Il s'agissait d'évaluation des pratiques professionnelles hors loi Jardé. Aucun avis éthique ou démarche réglementaire n'a été nécessaire.

7. Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt dans notre thèse et nous n'avons aucun financement.

RÉSULTATS

Afin de faciliter la lecture, l'ensemble des résultats des tests statistiques réalisés durant cette thèse sont disponibles dans la partie « Annexe V, VI et VII ». Nous vous présentons ici les résultats significatifs les plus pertinents.

1. Description de la population étudiée et de son exercice

1.1 Diagramme de Flux

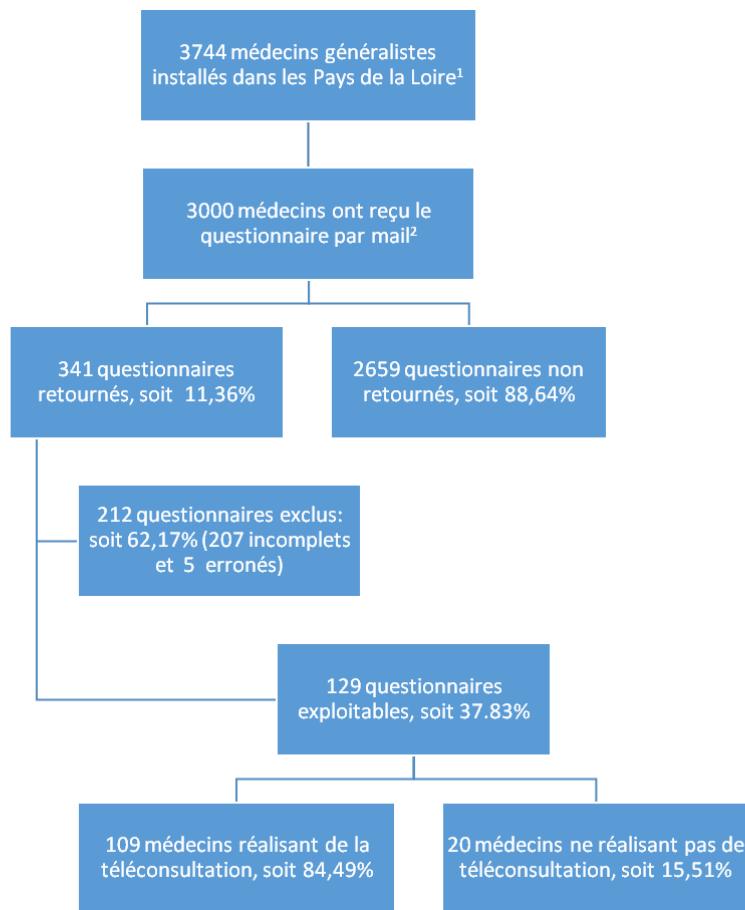


Figure 2 : Diagramme de Flux

1 D'après l'ORS des Pays de la Loire en novembre 2021

2 Mailing-liste de l'URML regroupant 90% des médecins généralistes libéraux installés des Pays de la Loire

Sur 3744 médecins généralistes installés des Pays de la Loire, 3000 ont reçu un mail de l'URML. Les MSU ont à la fois reçu un mail de l'URML et un mail de la Faculté de Médecine d'Angers. 341 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. Nous avons obtenu un taux de réponse de 11.36%. Parmi ces réponses, 62.17% soit 212 questionnaires ont été exclus de nos statistiques car 207 étaient incomplets et 5 étaient erronés. Ces 5 questionnaires erronés ont été exclus pour réponses discordantes. En effet, ces 5 médecins ont répondu positivement à la réalisation de téléconsultations mais ont répondu réaliser 0 téléconsultation par semaine. Nos analyses statistiques ont été réalisées sur 129 questionnaires. Parmi ces 129 réponses : 84.49% soit 109 médecins pratiquaient des téléconsultations et 15,51% soit 20 médecins n'en pratiquaient pas.

1.2 Caractéristiques générales de la population étudiée

Tableau I : Caractéristiques générales de la population étudiée

Caractéristiques des médecins généralistes	Médecins généralistes (n=129)
Âge	n (%) écart-type = 10,74
<40 ans	54 (41,9%)
40-50 ans	42 (32,6%)
>50 ans	33 (25,6%)
Genre	n (%)
Femme	67 (51,9%)
Homme	62 (48,1%)
Département	n (%)
Loire-Atlantique	28 (21,7%)
Maine et Loire	48 (37,2%)
Mayenne	15 (11,6%)
Sarthe	29 (22,5%)
Vendée	8 (6,2%)
Type d'exercice	n (%)
Rural	30 (23,4%)
Semi-Rural	54 (41,9%)
Urbain	45 (35,0%)
Mode d'exercice	n (%)
Libéral	113 (87,6%)
Mixte	16 (12,4%)
Salarié	0 (0%)

Caractéristiques des médecins généralistes	Médecins généralistes (n=129)
Secrétariat	n (%)
Oui	126 (97,7%)
Non	3 (2,3%)
Périmètre de recrutement des patients	n (%)
Moins de 5 km	30 (23,3%)
Entre 5 et 20 km	78 (60,5%)
Plus de 20 km	21 (16,3%)
Participation à la régulation médicale	n (%)
Oui	43 (33,3%)
Non	86 (66,7%)
Nombre de consultations par semaine	n (%)* écart-type =39,61
< 90	49 (19,4%)
Entre 90 et 110	34 (27,2%)
> 110	42 (33,6%)
Nombre de jours travaillés	n (%)
< 4j	25 (19,4%)
4j	63 (48,8%)
> 4j	38 (29,5%)

*n=125 car 4 MG n'ont pas répondu

Les médecins généralistes répondants étaient paritaires (51,9% de femmes), âgés en moyenne de 44,4 ans.

25,6 % des généralistes étaient âgés de plus de 50 ans.

Un tiers des MG travaillait dans le Maine et Loire (37,2%).

41.9% travaillaient en milieu semi-rural, 35 % en milieu urbain et 23,4 % en milieu rural.

9 médecins sur 10 (87,6%) avaient une activité libérale, et 1 médecin sur 10 (12,4%) avait une activité mixte. Aucun n'avait une activité salariée.

Un tiers d'entre eux participait à la régulation médicale (33,3%).

16,3% des médecins répondants avaient des patients habitant à plus de 20km du cabinet médical.

Concernant le nombre de jours travaillés par semaine des MG : 19.4 % travaillaient moins de 4 jours, 48.8% travaillaient 4 jours et 29.5 % travaillaient plus de 4 jours.

En moyenne, les médecins avaient 24,9 consultations par jour.

1.3 Caractéristiques de l'exercice des médecins réalisant des téléconsultations

Tableau II : Caractéristiques de l'exercice des médecins réalisant des téléconsultations

Caractéristiques de l'exercice des médecins faisant de la téléconsultation	Médecins généralistes (n=109)
Téléconsultations réalisées avant pandémie COVID-19	n (%)
Oui	7 (6,4%)
Non	102 (93,6%)
Matériel utilisé	n (%)
Audio seulement (téléphone)	24 (22%)
Audio et vidéo-transmission	44 (40,4%)
Visio-transmission uniquement	41 (37,6%)
Nombre de téléconsultation par semaine	n (%) écart-type=5,95
<5	46 (42,2%)
De 5 à 9	37 (33,9%)
10 et plus	26 (23,9%)
Plateforme en ligne utilisée	n (%)
Oui	74 (67,9%)
Non	35 (32,1%)
Téléconsultation avec des patients non suivis au cabinet	n (%)
Oui	26 (23,9%)
Non	83 (76,1%)
Souhait de continuer les téléconsultations après le 1^{er} juin	n (%)
Oui	65 (59,6%)
Non	44 (40,4%)

109 MG faisaient de la TC. Parmi eux, seulement 6,4% en faisaient déjà avant la pandémie de la COVID-19 et 59,6% voudraient continuer à en faire.

22% d'entre eux n'utilisaient que l'appel audio sans visio-transmission.

42,2% faisaient moins de 5 téléconsultations par semaine et 67,9% utilisaient une plateforme en ligne pour effectuer leurs téléconsultations.

23,9% acceptaient de voir en téléconsultation des patients qu'ils ne suivaient pas au cabinet.

Sur les 74 médecins utilisant une plateforme de TC, 25 soit 33,7 % utilisaient une plateforme gratuite ("Quimed", "Covalia", "GCS e-santé"), 43 soit 58,1 % utilisaient une plateforme payante ("Doctolib", "Maia", "Maquestionmedicale", "Clickdoc"...). Nous avons eu 6 réponses non interprétables. La plateforme la plus utilisée par les médecins était "Doctolib" avec 26 utilisateurs soit 35,1 %. La plateforme gratuite la plus utilisée était "Covalia" avec 10 utilisateurs soit 13,5%.

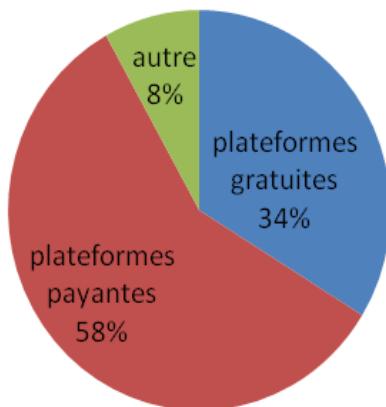


Figure 3 : Répartition des plateformes de téléconsultation utilisées par les médecins généralistes

1.4 Les freins à la réalisation de téléconsultation des médecins généralistes ne réalisant pas de téléconsultation

Les médecins généralistes ne réalisant pas de téléconsultation étaient au nombre de 20 (15.5% des questionnaires).

Leurs 3 principaux freins à la réalisation de téléconsultation étaient : pour 100 % d'entre eux l'absence d'examen clinique, pour 95 % d'entre eux les limitations techniques et pour 60% le manque de relationnel.

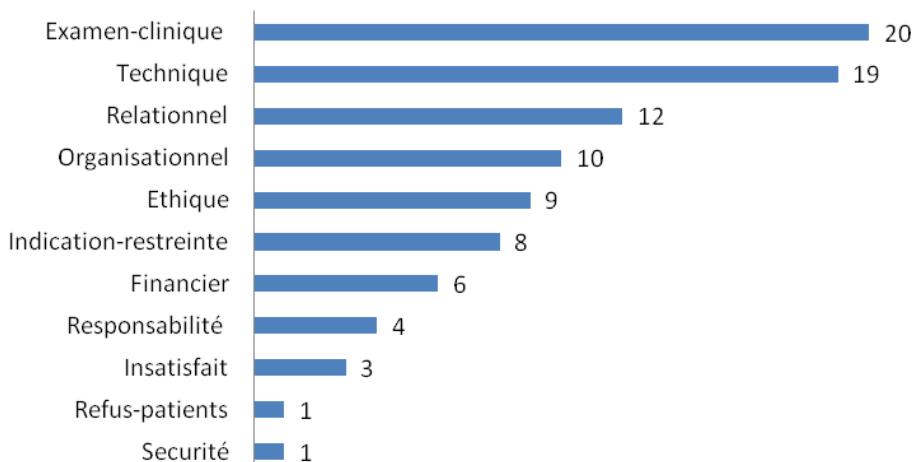


Figure 4 : Les principaux freins à la réalisation de la téléconsultation
(En ordonnée : les principaux freins, en abscisse : le nombre de médecins)

Pour 55% des médecins ne réalisant pas de téléconsultation, aucune mesure n'aurait permis d'intégrer la téléconsultation à leur pratique. L'amélioration de la technique (pour 15 % des MG), la réévaluation de la rémunération (pour 15% des MG) ou l'amélioration de l'organisation (pour 20 % des MG) auraient pu motiver la pratique de la téléconsultation.

1.5 Comparaison sociodémographique entre les médecins réalisant des téléconsultations et ceux n'en réalisant pas.

Nous n'avons pas trouvé de différences significatives dans les caractéristiques socio-démographiques et les caractéristiques d'activités entre les groupes de MG réalisant de la TC et ceux n'en réalisant pas. (Tableau en annexe V)

2. Résultats principaux de la perception des médecins généralistes réalisant des téléconsultations

2.1 Relation, communication, approche centrée sur le patient

2.1.1 Résultats descriptifs

Tableau III : Résultats descriptifs sur la relation, communication et approche centrée sur le patient

Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour : <i>n = 109</i>	Plus à l'aise n (%)	Autant à l'aise n (%)	Moins à l'aise n (%)	Pas du tout à l'aise n (%)
Accueillir chaleureusement le patient ?	1 (0.9)	44 (40.4)	56 (51.4)	8 (7.3)
Laisser le patient s'exprimer sur ses plaintes, ses demandes, ses attentes, sans l'interrompre ?	1 (0.9)	61 (56)	42 (38.5)	5 (4.6)
Déceler d'éventuels motifs cachés au cours de la consultation ?	0 (0)	15 (13.8)	58 (53.2)	36 (33)
Déceler le non-verbal/ les émotions du patient ?	0 (0)	12 (11)	60 (55)	37 (33.9)
Impliquer le patient dans sa prise en charge et l'aider à la prise de décision ?	1 (0.9)	51 (46.8)	48 (44)	9 (8.3)
Annoncer une maladie grave ou une mauvaise nouvelle ?	0 (0)	5 (4.6)	20 (18.3)	84 (77.1)

Sur 109 médecins interrogés, 86.2% étaient moins à l'aise ou pas du tout à l'aise pour déceler les motifs cachés lors d'une TC. Ils étaient 88.9% à être moins ou pas du tout à l'aise pour déceler le non verbal et les émotions des patients.

Ils étaient respectivement 13.8% et 11% à être autant à l'aise pour déceler les motifs cachés et le non verbal des patients.

Concernant l'expression du patient, 56% étaient autant à l'aise pour laisser le patient s'exprimer sans l'interrompre.

Pour l'accueil du patient et pour impliquer le patient dans sa prise en charge, 4 médecins sur 10 (respectivement 40.4% et 46.8%) étaient autant à l'aise.

77,1% des médecins répondant ne se sentaient pas du tout à l'aise pour annoncer une mauvaise nouvelle ou une maladie grave en téléconsultation.

2.1.2 Résultats analytiques

La perception de l'accueil du patient par le médecin généraliste semblait être influencée par l'âge ($p=0.006$), les médecins plus âgés semblaient se sentir plus à l'aise que les plus jeunes.

La mise en évidence de motifs cachés semblait être influencée par l'âge ($p=0.039$), le type d'exercice ($p=0.046$), le volume de consultation hebdomadaire ($p=0.01$) et le nombre de jours travaillés ($p=0.03$). Les médecins plus âgés, exerçant en milieu urbain ou ayant un volume de consultation et un nombre de jours travaillés plus élevés semblaient plus à l'aise pour déceler les motifs cachés en téléconsultation par rapport à une consultation en présentiel.

L'aisance des médecins généralistes à laisser s'exprimer le patient sur ses plaintes et ses demandes en téléconsultation semblait être influencée par le volume de téléconsultation hebdomadaire ($p=0.043$) et la présence d'un secrétariat à distance ($p=0.02$).

En effet les médecins généralistes disposant d'un secrétariat à distance semblaient plus à l'aise en téléconsultation comparé aux médecins disposant d'un secrétariat physique, et plus les médecins faisaient de téléconsultations, plus ils se sentaient à l'aise pour laisser le patient exprimer ses plaintes.

L'aisance des médecins généralistes à déceler le non-verbal, les émotions du patient semblait être influencée par le volume de téléconsultation hebdomadaire ($p=0.029$), l'utilisation d'une plateforme en ligne ($p=0.009$).

Les médecins réalisant le plus de téléconsultations ou utilisant une plateforme en ligne se sont avérés être plus à l'aise pour déceler le non verbal et les émotions du patient.

Les médecins réalisant des téléconsultations uniquement avec des patients suivis habituellement se sentaient moins à l'aise en TC pour impliquer le patient dans sa prise en charge ($p=0.012$).

2.2 Approche globale et prise en charge de la complexité

2.2.1 Résultats descriptifs

Tableau IV : Résultats descriptifs sur l'approche globale et la prise en charge de la complexité

Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour : <i>n = 109</i>	Plus à l'aise n (%)	Autant à l'aise n (%)	Moins à l'aise n (%)	Pas du tout à l'aise n (%)
Parler des problèmes sociaux du patient ?	0 (0)	33 (30.3)	51 (46.8)	25 (22.6)
Parler des problèmes administratifs du patient ?	2 (1.8)	75 (68.8)	23 (21.1)	9 (8.3)
Parler des problèmes liés au travail, problèmes familiaux ?	0 (0)	45 (41.3)	51 (46.8)	13 (11.9)
Parler des difficultés psychologiques du patient ?	1 (0.9)	40 (36.7)	53 (48.6)	15 (13.8)

7 médecins sur 10 (68.8%) se sentaient autant à l'aise pour parler des problèmes d'ordre administratif en TC.

51 MG (soit 46,8%) se sentaient moins à l'aise pour parler des problèmes sociaux, liés au travail ou encore familiaux.

Ils étaient 48,6% à être moins à l'aise pour parler des difficultés psychologiques du patient et 13,8% n'étaient pas du tout à l'aise pour parler des difficultés psychologiques du patient. Un tiers des médecins (36.7%) était autant à l'aise pour parler des difficultés psychologiques des patients en TC.

2.2.2 Résultats analytiques

L'aisance des médecins généralistes pour aborder les problématiques sociales du patient en téléconsultation semblait être influencée par le matériel utilisé ($p=0.032$) et l'utilisation ou non d'une plateforme en ligne ($p=0.012$). Les médecins généralistes n'utilisant pas de plateforme en ligne ou n'utilisant que le téléphone en téléconsultation semblaient être moins à l'aise. Les médecins réalisant des téléconsultations uniquement avec des patients suivis habituellement se sentaient également moins à l'aise dans ce domaine ($p=0.043$).

Concernant le fait d'aborder les problématiques liées au travail ou à l'environnement familial, les médecins réalisant le moins de téléconsultations semblaient moins à l'aise qu'en présentiel ($p=0.044$). Les médecins ne réalisant des téléconsultations qu'avec des patients suivis habituellement étaient également moins à l'aise ($p=0.004$).

Pour la prise en charge des problèmes administratifs des patients, les médecins n'utilisant pas de plateforme en ligne ($p=0.01$) et réalisant uniquement des téléconsultations par téléphone ($p=0.045$) étaient moins à l'aise.

2.3 Premiers recours, urgences

2.3.1 Résultats descriptifs

Tableau V : Résultats descriptifs sur les premiers recours, les urgences

Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour : <i>n = 109</i>	Plus à l'aise n (%)	Autant à l'aise n (%)	Moins à l'aise n (%)	Pas du tout à l'aise n (%)
Évaluer le degré d'urgence ?	0 (0)	21 (19.3)	73 (67.0)	15 (13.8)
Poser un diagnostic ?	0 (0)	8 (7.3)	89 (81.7)	12 (11.0)
Proposer une thérapeutique ?	2 (1.8)	54 (49.5)	48 (44.0)	5 (4.6)

Deux tiers des MG (67%) étaient moins à l'aise pour évaluer le degré d'urgence lors d'une TC. Seulement 8 médecins (7.3%) étaient autant à l'aise pour poser un diagnostic en TC. Il y a donc 101 médecins soit 92.7 % des médecins qui étaient moins à l'aise voire pas du tout à l'aise pour poser un diagnostic en TC.

Aucun médecin ne se sentait plus à l'aise pour évaluer le degré d'urgence et pour poser un diagnostic.

La moitié (49.5%) des MG était autant à l'aise pour proposer une thérapeutique tandis que 44 % se disaient moins à l'aise.

Les principaux motifs nécessitant une évaluation ou une réévaluation par une consultation en présentiel étaient : les symptômes fébriles ou infectieux pour 10 % des MG, les douleurs abdominales pour 10 %, la nécessité d'un examen clinique pour 6.6%.

Ils sont illustrés par le nuage de mots sur la figure 5.



Figure 5 : Nuage de mots des motifs de consultation nécessitant une consultation en présentiel

2.3.2 Résultats analytiques

Le type d'exercice avait un lien statistique sur la proposition d'une thérapeutique par le médecin généraliste ($p=0.033$). Les médecins exerçant en milieu rural semblaient moins à l'aise que les médecins ayant une activité plutôt urbaine.

Les médecins généralistes étaient également moins à l'aise pour proposer une thérapeutique lors d'une téléconsultation par téléphone uniquement en comparaison avec une consultation en présentiel ($p=0.045$).

Les médecins faisant de la régulation médicale de garde se sentaient plus à l'aise pour évaluer le degré d'urgence en téléconsultation ($p=0.002$).

L'âge semblait également influencer l'évaluation du degré d'urgence ($p=0.046$). Les médecins plus âgés semblaient plus à l'aise mais il était plus difficile de conclure à une tendance.

2.4 Éducation, dépistage et prévention

2.4.1 Résultats descriptifs

Tableau VI : Résultats descriptifs sur les informations aux patients, l'éducation thérapeutique et la prévention

Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour : <i>n = 109</i>	Plus à l'aise n (%)	Autant à l'aise n (%)	Moins à l'aise n (%)	Pas du tout à l'aise n (%)
Informer le patient de façon claire, précise et adaptée sur le diagnostic posé ?	2 (1.8)	61 (56)	42 (38.5)	4 (3.7)
Informer le patient de façon claire, précise et adaptée sur le traitement proposé ?	1 (0.9)	66 (60.6)	39 (35.8)	3 (2.8)
Vous adapter à la compréhension du patient ?	2 (1.8)	43 (39.4)	59 (54.1)	5 (4.6)
Proposer une éducation thérapeutique ?	0 (0)	41 (37.6)	55 (50.5)	13 (11.9)
La mise à jour du calendrier vaccinal ?	1 (0.9)	64 (58.7)	35 (32.1)	9 (8.3)
La prévention des maladies néoplasiques ?	0 (0)	52 (47.7)	48 (44)	9 (8.3)
La prévention des maladies cardiovasculaires ?	0 (0)	45 (41.3)	53 (48.6)	11 (10.1)
La prévention des comportements à risque (addictions, IST etc.) ?	0 (0)	42 (38.5)	51 (46.8)	16 (14.7)
La prévention des maladies professionnelles ?	0 (0)	46 (42.2)	51 (46.8)	12 (11)

Concernant l'information donnée au patient sur le diagnostic et sur le traitement proposé lors de la téléconsultation, les médecins étaient une majorité, soit respectivement 61 (56%) et 66 (60.6%), à être autant à l'aise qu'en présentiel. Ils étaient aussi plus de la moitié à être aussi à l'aise pour la mise à jour du calendrier vaccinal (58.7%).

Aucun médecin n'était plus à l'aise pour proposer une éducation thérapeutique ou pour réaliser des actes de prévention autre que la vaccination.

Ils étaient 48 (44%) à être moins à l'aise pour la prévention des maladies néoplasiques ou encore 53 (48.6%) à être moins à l'aise pour la prévention des maladies cardiovasculaires.

59 médecins (54%) étaient moins à l'aise pour s'adapter à la compréhension du patient. La moitié des médecins (50.5%) était moins à l'aise pour proposer une éducation thérapeutique.

2.4.2 Résultats analytiques

Les médecins généralistes n'utilisant pas de plateforme en ligne semblaient être moins à l'aise pour informer le patient sur le diagnostic ($p=0.03$).

Les médecins généralistes n'utilisant que le téléphone pour leur téléconsultation étaient moins à l'aise pour informer le patient sur la thérapeutique proposée ($p=0.006$) ainsi dans le domaine de la prévention concernant les vaccins ($p=0.42$) et les comportements à risque ($p=0.044$).

2.5 Continuité du suivi et coordination des soins

2.5.1 Résultats descriptifs

Tableau VII : Résultats descriptifs sur la continuité du suivi et la coordination des soins

Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour : <i>n = 109</i>	Plus à l'aise n (%)	Autant à l'aise n (%)	Moins à l'aise n (%)	Pas du tout à l'aise n (%)
Proposer un suivi au patient ?	0 (0)	37 (33.9)	53 (48.6)	19 (17.4)
Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, vous adressez le patient : <i>n = 109</i>	Plus souvent n (%)	Aussi souvent n (%)	Moins souvent n (%)	Jamais n (%)
A un spécialiste	4 (3.7)	57 (52.3)	30 (27.5)	18 (16.5)
Pour la réalisation d'examens complémentaires	9 (8.3)	60 (55)	32 (29.4)	8 (7.3)
Aux urgences	13 (11.9)	55 (50.5)	22 (20.2)	19 (17.4)

Pour l'organisation du suivi du patient, les médecins interrogés étaient globalement moins à l'aise : 53 (soit 48.6%) d'entre eux étaient moins à l'aise, et 19 (soit 17.4%) pas du tout à l'aise.

La distribution des résultats pour les questions portant sur l'adressage des patients à un spécialiste, sur la réalisation d'examens complémentaires ou encore sur l'adressage des

patients aux urgences était plus équilibrée. Ils étaient 57 soit 52.3% à adresser leurs patients aussi souvent à un spécialiste. 5 médecins sur 10 adressaient aussi souvent leurs patients aux urgences, 1 médecin sur 10 (11.9%) adressait plus fréquemment qu'en présentiel. 60 médecins, soit 55% des MG répondants, demandaient aussi souvent la réalisation d'examens complémentaires.

2.5.2 Résultats analytiques

Les praticiens exerçant dans des zones avec une plus faible densité médicale semblaient être plus à l'aise pour orienter le patient vers la réalisation d'examens complémentaires ($p=0.016$) et vers les urgences ($p=0.01$) lors d'une téléconsultation.

Pour l'orientation aux spécialistes ($p=0.011$) et à la réalisation d'examens complémentaires ($p=0.013$), les médecins généralistes réalisant des téléconsultations uniquement par téléphone étaient moins à l'aise.

2.6 Organisation du temps de téléconsultation et expérience

2.6.1 Résultats descriptifs

Tableau VIII : Résultats descriptifs sur l'organisation en téléconsultation

Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour organiser le temps de la consultation ?	n (%)
Plus à l'aise	0 (0%)
Autant à l'aise	37 (33.9%)
Moins à l'aise	53 (48.6%)
Pas du tout à l'aise	19 (17.4%)
Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, la durée des consultations vous semble :	n (%)
Plus longue	11 (10.1%)
Aussi longue	23 (21.1%)
Moins longue	75 (68.8%)
Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, le nombre de motifs de consultation vous semble :	n (%)
Plus nombreux	5 (4.6%)
Aussi nombreux	24 (22%)
Moins nombreux	80 (73.4%)
Concernant la ponctualité lors d'une téléconsultation, pensez-vous être	n (%)
Plus ponctuel	10 (9.2%)
Aussi ponctuel	78 (71.6%)
Moins ponctuel	21 (19.3%)

Pour l'organisation du temps de consultation, un tiers des médecins (33.9%) se sentait autant à l'aise, la moitié (48.6%) était moins à l'aise.

75 médecins (68.8%) rapportaient un temps de consultation moins long et 80 (73.4%) estimaient que les motifs abordés étaient moins nombreux. 7 médecins sur 10 se disaient aussi ponctuels qu'en présentiel.

2.6.2 Résultats analytiques

La perception de la durée des téléconsultations par rapport aux consultations en présentiel semblait être influencée par l'âge ($p=0.037$), la densité de médecins ($p=0.002$), le périmètre de recrutement ($p=0.002$), le volume de consultation hebdomadaire ($p=0.009$) et la pratique de la régulation médicale de garde ($p=0.004$).

La durée des téléconsultations était plus courte comparée à une consultation en présentiel chez les plus jeunes médecins, dans les zones ayant une plus forte densité médicale ou avec un périmètre de recrutement plus restreint.

Moins un médecin avait de consultations par semaine, plus la durée des téléconsultations était courte par rapport à des consultations en présentiel. Les médecins ne pratiquant pas la régulation médicale avaient des téléconsultations moins longues qu'en présentiel.

Le nombre de motifs lors d'une téléconsultation chez les plus jeunes médecins était moins important ($p=0.038$).

Le type d'exercice semblait avoir un lien statistique sur l'organisation du temps de consultation en téléconsultation ($p=0.048$). Les médecins exerçant en milieu rural semblaient moins à l'aise que les médecins ayant une activité plutôt urbaine.

3. La question de l'accessibilité aux soins

3.1 Résultats descriptifs

Selon vous, la téléconsultation permet-elle d'améliorer l'accessibilité aux soins ?

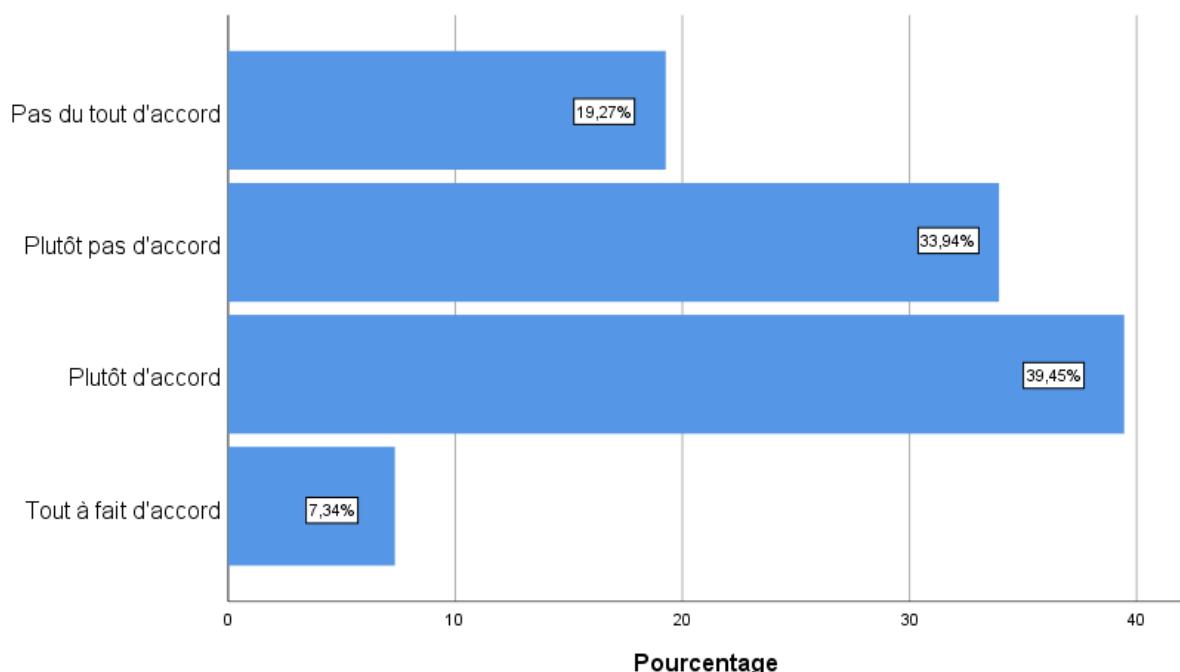


Figure 6 : L'amélioration de l'accessibilité aux soins en téléconsultation

Sur les 109 médecins interrogés, 43 médecins soit 39.45% étaient plutôt d'accord sur le fait que la téléconsultation améliore l'accessibilité aux soins.

En revanche, en regroupant les réponses négatives à la question, à savoir : "pas du tout d'accord" et "plutôt pas d'accord", ils sont plus nombreux à penser que la téléconsultation n'améliore pas l'offre de soin, les effectifs restant proches (53.27% contre 46.8%).

69 (soit 63.3%) des MG ont commenté leur réponse sur l'accessibilité aux soins. Pour 25 d'entre eux la TC permettrait une amélioration de l'accessibilité aux soins pour un type de patient particulier : "peu mobile", "éloigné", "jeune", "étudiant", "connecté", "avec des jeunes enfants", "en vacances".

En revanche, cette accessibilité se ferait au détriment de la qualité pour 17 MG.

Pour 6 MG, la TC répondrait à la société de consommation pour des patients de plus en plus demandeurs et impatients.

Il était aussi cité un intérêt à la TC pour des indications restreintes, tels que les viroses, les suivis de pathologies chroniques, les renouvellements d'ordonnance ou encore les conseils.

Pour 6 MG la TC ne répondait pas au problème de démographie médicale et augmenterait même cette fracture territoriale. Les limites à la réalisation de l'examen clinique en TC étaient aussi un argument donné par 6 MG.

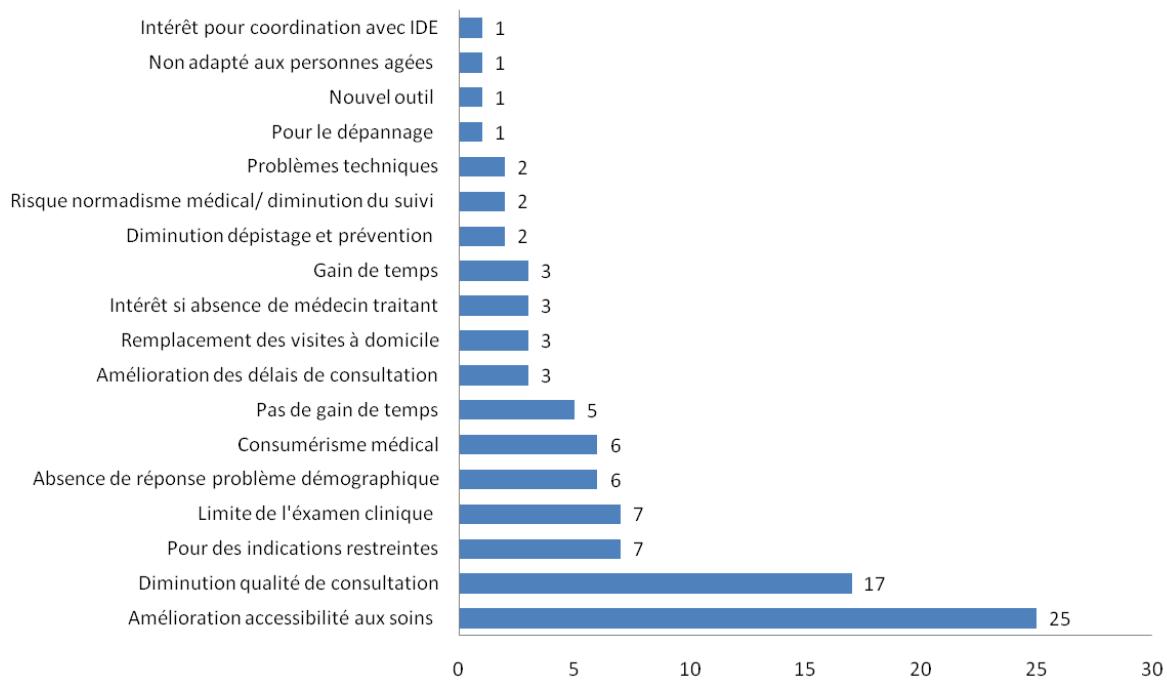


Figure 7 : Les arguments des médecins généralistes concernant l'accessibilité aux soins en téléconsultation

3.2 Résultats analytiques

Pour nos analyses statistiques, sur la question de l'accessibilité aux soins, les médecins ruraux semblaient être moins favorables à l'inverse des médecins exerçant en ville ($p=0.032$).

L'accessibilité aux soins semblait également être influencée par le périmètre de recrutement ($p=0.027$) : les médecins ayant un périmètre entre 5 et 20 km avaient plus tendance à penser que la téléconsultation améliore l'accès aux soins, le contraire pour les médecins ayant un périmètre de moins de 5 km ou plus de 20km

Les médecins réalisant des téléconsultations avec des patients non suivis habituellement ($p=0.002$) ou qui utilisaient une plateforme en ligne ($p=0.009$) avaient tendance à juger que la téléconsultation améliore l'accessibilité aux soins.

4. Poursuite des téléconsultations après le 1er juin 2021

Les médecins qui ont poursuivi la téléconsultation après le 1er juin 2021 (après la fin de la cotation par l'Assurance Maladie des téléconsultations téléphoniques) se sentaient au moins aussi à l'aise sur les différents champs de la médecine générale suivants :

- Accueillir chaleureusement le patient ($p=0.010$)
- Expression des demandes et des plaintes ($p<0.001$)
- Parler des problèmes liés à la famille, au travail ($p=0.041$)
- Proposer une thérapeutique ($p=0.003$)
- Informer sur le diagnostic ($p=0.003$)
- Informer sur la thérapeutique ($p=0.043$)
- S'adapter à la compréhension du patient ($p=0.041$)
- Entreprendre une éducation thérapeutique ($p=0.025$)
- Mise à jour du calendrier vaccinal ($p=0.037$)
- Prévention concernant les pathologies néoplasiques ($p=0.002$)
- Prévention concernant les pathologies cardiovasculaires ($p=0.015$)
- Prévention de comportements à risque ($p=0.005$)
- Adresser pour la réalisation d'examens complémentaires ($p=0.049$)
- Organisation du suivi du patient ($p=0.014$)

A l'inverse, les médecins qui n'avaient pas poursuivi la téléconsultation après le 1er juin étaient moins à l'aise sur l'expression des demandes et des plaintes du patient ($p<0.001$), sur l'information du diagnostic ($p=0.003$) et sur la proposition d'une thérapeutique ($p=0.003$).

Concernant l'accessibilité aux soins, les médecins généralistes souhaitant poursuivre les téléconsultations après le premier juin jugeaient que la téléconsultation améliorait l'accessibilité aux soins ($p<0.001$).

Les médecins ne souhaitant pas poursuivre la téléconsultation jugeaient, eux, que la téléconsultation n'améliorait pas l'accessibilité aux soins ($p<0.001$).

Tableaux IX : Analyses statistiques entre les médecins généralistes poursuivant la téléconsultation et leur avis sur l'accessibilité aux soins

		Selon vous, la téléconsultation permet-elle d'améliorer l'accessibilité aux soins ?			
		Non	Oui	Total	p-value
Pensez-vous continuer de réaliser des téléconsultations après le 1er juin 2021 ?	Non	36	8	44	<0.001
	Oui	22	43	65	
Total		58	51	109	

Nous avons retrouvé un lien statistique entre la poursuite des téléconsultations après le premier juin et le matériel utilisé ($p=0.012$) ainsi que pour l'utilisation d'une plateforme en ligne ($p=0.004$).

Les médecins ne souhaitant pas poursuivre après le 1^{er} juin ont eu tendance à ne pas utiliser de plateforme en ligne et à réaliser leurs téléconsultations par téléphone.

Tableaux X : Analyses statistiques entre les médecins généralistes poursuivant la téléconsultation et l'utilisation du matériel de téléconsultation

		Téléconsultation uniquement par téléphone (audio)			
Pensez-vous continuer de réaliser des téléconsultations après le 1er juin 2021 ?	Non	Non	Oui	Total	p-value =0.012
		56	9	65	
Total		85	24	109	

Tableaux XI : Analyses statistiques entre les médecins généralistes poursuivant la téléconsultation et l'utilisation d'une plateforme en ligne

		Pour vos téléconsultations, utilisez-vous une plateforme en ligne ?			
		Non	Oui	Total	p-value
Pensez-vous continuer de réaliser des téléconsultations après le 1er juin 2021 ?	Non	21	23	44	=0.004
	Oui	14	51	65	
Total		35	74	109	

5. Profil des médecins généralistes réalisant des téléconsultations, par analyse en correspondance multiple

L'ensemble de l'analyse est disponible en annexe

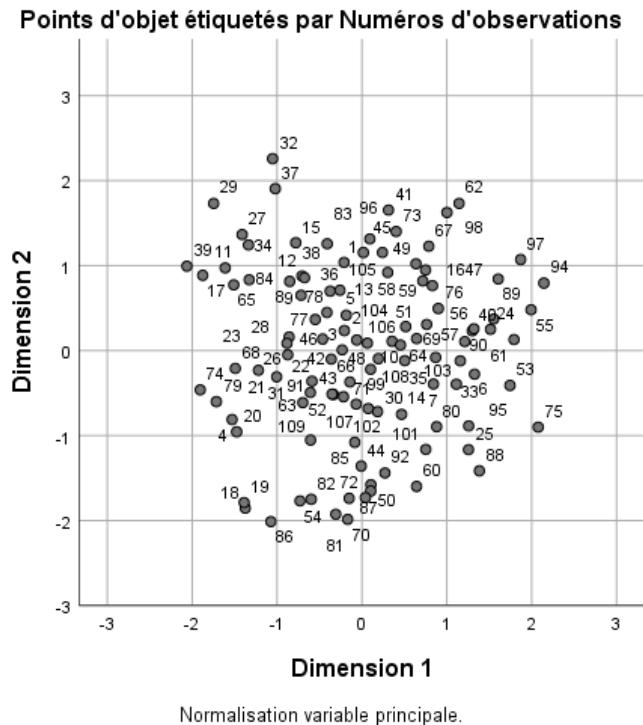


Figure 8 : Projection des numéros d'observation des individus selon les 2 principales dimensions retrouvées en analyse des correspondances multiples

Dans notre analyse en correspondances multiples (variables utilisées à retrouver sur la figure 9), nous n'avons pas trouvé de profil indépendant, comme le suggère le nuage de point homogène ci-dessus.

Cela a été confirmé par une inertie totale des 2 principales dimensions faible à 34.2% de la variance totale visible sur le tableau (à retrouver en « Annexe »). L'alpha de Cronbach était presque acceptable à 0.67.

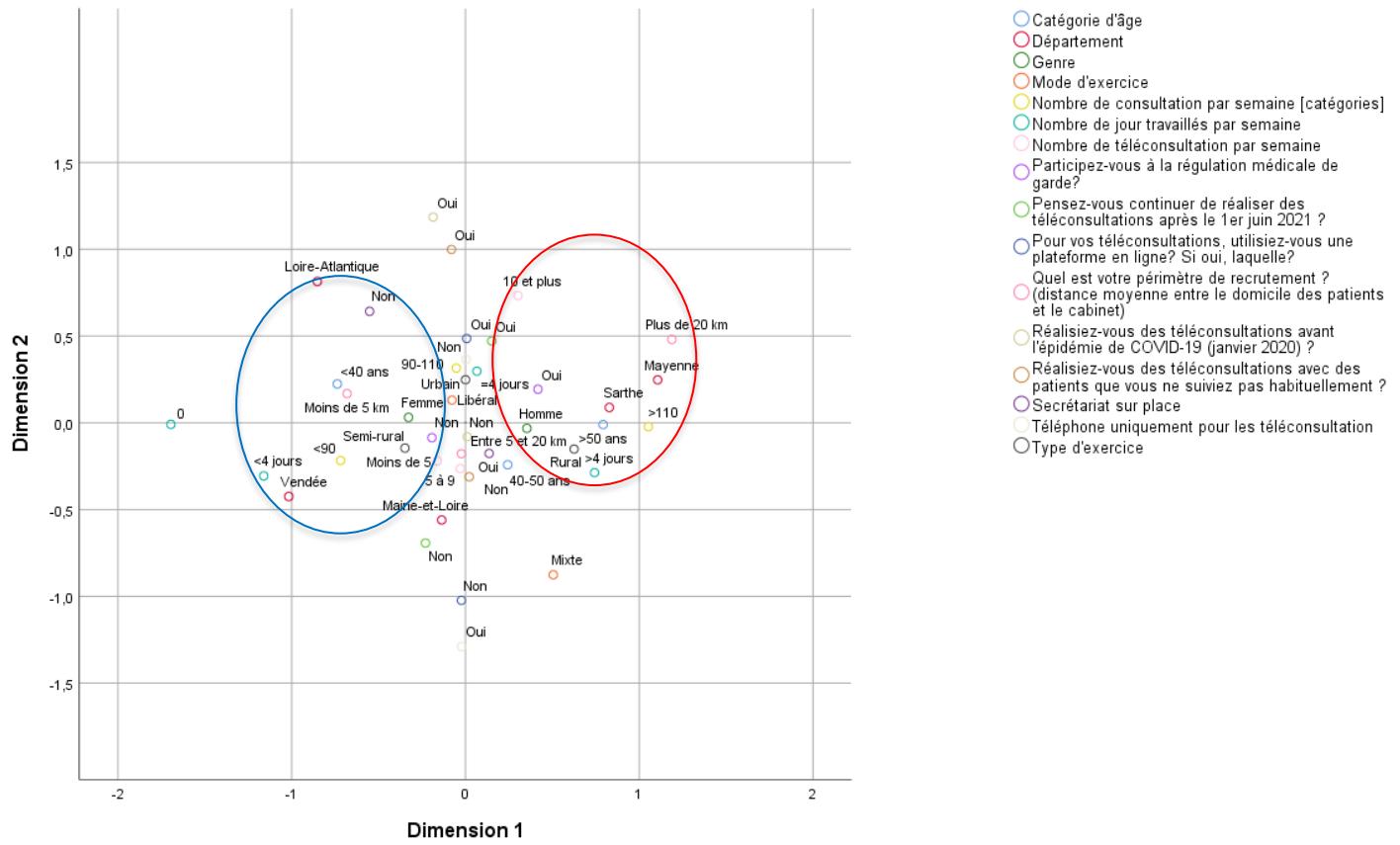


Figure 9 : Projection des variables selon les 2 principales dimensions retrouvées en analyse des correspondances multiples

Sur l'analyse descriptive, nous pouvions constater que les réponses : "être un homme" ; "avoir plus de 50 ans" ; "exercer en zone rurale"; "exercer en Sarthe ou Mayenne" ; "avoir un secrétariat physique" ; "travailler plus de 4 jours par semaine" ; "réaliser plus de 110 consultations" et "plus de 10 téléconsultations hebdomadaires" ; "avoir un périmètre de recrutement supérieur à 20 km"; étaient proches (en rouge sur la figure 8).

De l'autre côté de la figure, nous pouvions constater que les réponses : "être une femme" ; "avoir moins de moins de 40 ans" ; "exercer en zone semi-rurale"; "exercer en Loire-Atlantique" ou "Vendée" ; "ne pas avoir de secrétariat physique" ; "travailler moins de 4

jours par semaines” ; “réaliser moins de 90 consultations hebdomadaire” ; étaient proches (en bleu sur le figure 8).

Pour le nombre de téléconsultations, la réponse “moins de 5 téléconsultations par semaine” semblait être la plus proche des réponses citées ci-dessus.

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Dans notre étude, 129 MG ont répondu complètement à notre questionnaire, ils étaient 109 à réaliser des TC et 20 à ne pas en réaliser.

La moyenne d'âge des médecins généralistes répondants était de 44,4 ans. Il y avait 51,9 % de femmes.

Concernant les effectifs par département, ils étaient de : 21,7% en Loire-Atlantique, 37,2% dans le Maine et Loire, 11,6% en Mayenne, 22,5% en Sarthe et 6,2% en Vendée. Les médecins généralistes de notre étude se sentent globalement moins à l'aise en TC qu'en consultation classique, notamment pour une majorité d'entre eux dans les domaines suivants : la relation médecin/malade, poser un diagnostic, proposer un suivi, les actes de prévention et d'éducation thérapeutique, les problématiques psychosociales.

En revanche, au cours des téléconsultations, une majorité estime être autant à l'aise pour expliquer un diagnostic et une thérapeutique, pour adresser le patient à un spécialiste, pour prescrire des examens complémentaires, pour adresser le patient aux urgences, pour la mise à jour du calendrier vaccinal ainsi que pour la gestion des problèmes d'ordre administratif.

Ils étaient 6.4 % à réaliser des TC avant la pandémie. Ils sont 59.6% à vouloir continuer à en réaliser après le 1er juin 2021.

Concernant l'accessibilité aux soins, les avis sont partagés : 46.8% estiment que la TC améliore l'accessibilité aux soins. En revanche, les MG souhaitant poursuivre les

téléconsultations après le premier juin 2021 jugent que la téléconsultation améliore l'accessibilité aux soins.

Notre étude ne montre pas de différence significative concernant les caractéristiques entre les médecins réalisant des TC (109 MG) et ceux n'en réalisant pas (20 MG).

Les principaux freins cités par les 20 médecins ne réalisant pas de TC sont : l'absence d'examen clinique, les problèmes techniques et le manque de relationnel.

Notre étude ne retrouve pas de profils types de MG réalisant des TC.

1.1 Comparaison des caractéristiques de la population étudiée et recherche de profils de médecin généralistes.

1.1.1 Comparaison entre les médecins réalisant des TC et ceux n'en réalisant pas

Nous n'avons pas trouvé de différences significatives concernant les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques d'exercice entre les groupes de MG réalisant de la TC et ceux n'en réalisant pas. La puissance de notre étude était probablement insuffisante car notre effectif de médecins ne réalisant pas de TC était faible (20 médecins).

Dans l'étude de la DRESS de 2020⁷, qui a interrogé 3300 médecins généralistes pour la plupart libéraux sur la TC depuis la pandémie de Covid-19, une différence significative de profil de MG a été mise en évidence. Dans cette étude, les médecins utilisant la TC avaient : un âge inférieur à 50 ans, un exercice à plusieurs avec un secrétariat et avaient l'habitude d'utiliser des outils numériques. Le récent rapport de l'assurance maladie de 2021 va lui aussi en ce sens en décrivant un profil de médecin réalisant des TC : 50%

des médecins qui réalisent des TC ont moins de 50 ans alors que cette classe d'âge ne constitue que 37% de l'ensemble des effectifs des MG. A l'inverse, les médecins de plus de 60 ans, qui représentent un tiers des MG, ne facturent que 27% des TC¹⁷. Ces données de l'assurance maladie sont toutefois à relativiser car l'utilisation de la téléconsultation n'aboutit pas toujours à un acte de facturation si l'outil n'est pas fonctionnel.

1.1.2 Profil des médecins réalisant des TC

Nous n'avons pas trouvé de profil indépendant de médecins réalisant des TC. Ce résultat peut être expliqué soit par un manque de puissance, soit parce que c'est la réalité observée.

Cependant nous pouvons supposer qu'il existe deux profils de médecins généralistes différents dans notre étude sans pour autant prouver de lien statistique significatif.

D'après nos observations, nous semblons avoir dans notre échantillon un premier profil de médecin pratiquant le plus de TC, à savoir des médecins masculins, plutôt âgés, exerçant en zone rurale et ayant un volume de consultations hebdomadaires important. Le second profil pratiquant moins de TC serait plutôt des médecins féminins, jeunes, exerçant plutôt en zone urbaine et ayant un volume de consultations hebdomadaires moins important.

Sur la question de l'âge, notre résultat semble différer de l'étude de la DRESS de 2020⁷ qui montrait que 50% des médecins réalisant des TC avaient moins de 50 ans. Cette étude a été réalisée sur une période restreinte, antérieure à notre thèse, faisant suite au premier déconfinement de mai 2020. Notre travail a été réalisé un an après sur la période de septembre à novembre 2021, la vision et la pratique de la TC ont probablement évolué chez les MG.

Ces profils sont, de plus, des résultats descriptifs nous montrant une tendance. Néanmoins notre analyse en correspondance multiple retrouvait des observations homogènes, ne permettant pas de prouver l'existence d'un profil type de MG réalisant des TC.

Il pourrait être intéressant d'effectuer un travail futur sur les médecins généralistes réalisant un nombre important de TC, avec un plus grand échantillon, afin de confirmer ou d'inflammer ces tendances.

1.2 Résultats principaux de l'étude multidimensionnelle sur la perception des médecins généralistes

Nous avons repris la marguerite des compétences d'un médecin généraliste du CNGE²³ pour organiser notre discussion. Cette marguerite des compétences regroupe six compétences génériques transversales de médecine générale et reprend l'ensemble des tâches et fonctions du médecin généraliste. (Annexe VII)

1.2.1 Approche globale du patient et complexité

La relation médecin-malade transformée lors d'une téléconsultation

Les médecins de notre étude ne pratiquant pas la téléconsultation ont exprimé des craintes quant à la dégradation de la relation médecin-patient au décours d'une téléconsultation. Ils ont relaté à plusieurs reprises la crainte d'une relation "déshumanisée" par la perte d'une prise en charge globale du patient.

Dans notre étude, la majorité des médecins (88,9%) est moins à l'aise ou pas du tout à l'aise pour déceler le non verbal et les émotions des patients. Ils sont aussi une majorité (86.2%) à être moins à l'aise pour déceler des motifs cachés en TC. Selon Carls Rogers²⁴, psychologue humaniste américain du XXème siècle, c'est à travers le toucher, l'échange verbal, para-verbal et non-verbal que se crée la relation de confiance et c'est cette relation qui permet l'alliance thérapeutique.

La relation médecin-patient est fondée sur le partage d'émotions dont la communication non verbale est un vecteur essentiel²⁵.

La communication non verbale

La communication non verbale est une communication qui n'a pas recours aux mots. Elle englobe les silences, les gestes, les postures, les expressions faciales, le ton de la voix, le rythme de l'élocution, les vêtements, la coiffure, l'environnement. Ils complètent le message auditif²⁶.

Alexandre Mathieu-Fritz, professeur contemporain de sociologie, s'inquiète de la qualité de la communication non verbale en TC. Il explique que le biais technique limite grandement la dimension non verbale de la consultation. Il se questionne²⁷ : "est-il possible d'être en empathie "à distance" du patient, c'est-à-dire en entrant en communication avec lui par le biais d'un artefact interactionnel ? L'intuition clinique, qui survient régulièrement et qui contribue à l'instauration d'une relation empathique avec le patient, émerge-t-elle de façon satisfaisante lors des téléconsultations ?".

Il peut ainsi être intéressant de se questionner sur la place du silence qui ne peut pas exister de la même manière en téléconsultation.

Dans une relation de soin, le médecin apprend à respecter et accueillir ce qui est exprimé dans un silence bénéfique. Il sait aussi repérer le moment où il est judicieux d'aider le patient à en sortir²⁸.

En TC, devant un écran, le silence peut devenir angoissant et des questionnements techniques peuvent compliquer la relation : "vous m'entendez ? ça marche ? Votre micro est-il débranché ?".

Les silences paraissent difficiles à appréhender lors d'une téléconsultation et cela participerait à la difficulté d'établir une relation de soin à distance.

Il est tout de même important de noter que, dans notre étude, plus les médecins pratiquent la TC, plus ils se sentent à l'aise pour déceler des motifs cachés ($p=0,01$). Et les médecins utilisant une plateforme en ligne sont plus à l'aise pour déceler le non-verbal ($p=0,009$).

L'expérience et l'utilisation d'un outil performant de TC sembleraient donc améliorer l'analyse de la communication non verbale et donc la relation.

Notons également un atout inattendu de la TC : celui de permettre à distance un échange entre le médecin et son patient à visage découvert malgré la pandémie. Lors d'une TC, le masque n'est pas de mise.

David Le Breton, anthropologue et sociologue, dit que "le masque ne laisse voir que le front et les yeux, il ne permet pas de singulariser son vis-à-vis avec son visage, il va amputer les relations sociales de la reconnaissance et des expressions faciales".

La TC, dans le contexte de pandémie, en permettant cette levée du masque, apparaît comme une aide à la réalisation d'un bon entretien.

Une relation de confiance antérieure

Plusieurs études se sont intéressées à la relation de confiance en TC. Dans une étude réalisée auprès de patients diabétiques suivis par téléconsultation pendant le premier confinement²⁹, la majorité d'entre eux ont bien vécu cette expérience mais ils notent l'importance d'une relation de confiance déjà installée. La majorité des patients et des soignants a répondu qu'il était facile d'interagir en TC parce qu'ils se connaissaient déjà, car une relation de confiance était déjà établie.

Dans une autre étude³⁰, portant sur les représentations des MG de la TC, la majorité des médecins interrogés dit que la TC est plus facile quand une relation de confiance antérieure existe déjà. Ils rappellent que le patient doit venir en présentiel de temps à autre.

En ce sens, dans notre étude 77.19 % des MG réalisent des TC uniquement avec leurs patients connus du cabinet dans le respect du parcours de soin. Nos résultats sont proches de ceux de l'assurance maladie qui précise, en septembre 2020, que plus de 80 % des TC sont faites entre un médecin et un patient qui se connaissent³¹.

Par ailleurs, l'examen physique, absent en TC, tient une place à part entière dans cette relation patient-soignant.

L'examen physique dans la relation de soin

L'examen physique a un rôle diagnostic, mais aussi un rôle relationnel et thérapeutique de par son pouvoir de compassion et d'effet placebo.

Le médecin, en prenant en compte le corps lors de l'examen clinique, a un pouvoir de guérison sur son patient. Ne plus examiner les patients revient aussi à diminuer l'efficacité du traitement mis en place.

La thèse de Sabine BANCON³², sur l'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale, établit aussi l'importance de l'attention portée au corps par le médecin au cours de l'examen clinique. Cette attention apparaît comme indispensable à la construction d'une relation de confiance entre un médecin et son patient. Si l'examen peut être vécu comme une attente anxieuse, le résultat expliqué par le médecin devient un véritable soulagement, une réassurance déjà thérapeutique en soi : confiance du malade en son propre corps.

Il ressort donc que la téléconsultation serait une pratique complémentaire qui ne pourrait remplacer la consultation classique.

En effet, pour qu'une TC soit bien vécue à la fois par le médecin et le patient, une relation de confiance doit déjà exister.

Cette relation de confiance s'instaure lors d'une consultation classique grâce notamment à la communication non verbale et à l'examen clinique.

La téléconsultation peu adaptée pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle

Dans notre étude, 77.1% des MG ne se sentent pas du tout à l'aise pour annoncer une mauvaise nouvelle en TC. Cela peut s'expliquer par les difficultés dans la relation médecin-malade comme discuté plus haut. En effet, la place du non verbal dans les

consultations d'annonce est plus importante que dans les autres consultations et en particulier les silences, les gestes et le ton de la voix. Les différentes réflexions éthiques s'accordent sur le fait qu'une annonce sensible ne peut se faire en téléconsultation où la souffrance physique et psychologique est souvent sous-estimée avec une plus grande difficulté à évaluer l'intelligibilité des explications données³³.

L'évaluation psycho-sociale sacrifiée en téléconsultation

La moitié des MG de notre étude est moins à l'aise pour parler des difficultés psychologiques du patient.

Une étude de 2019 au Royaume-Uni comparant le contenu et la qualité de 150 consultations de suivi en vidéo, téléphoniques et présentiels va elle aussi dans ce sens. On y retrouve aussi une diminution de la qualité dans la recherche de compréhension de la santé et dans le placement du problème dans un contexte psychosocial.

Dans une autre étude britannique de 2020, publiée au British Journal of General Practice, il est constaté que les résultats des consultations vidéo étaient nettement inférieurs pour tous les indicateurs de qualité mesurés du Collège Royal des médecins généralistes, et surtout pour « placer les problèmes dans un contexte psychosocial ». Le placement du problème dans un contexte psychosocial était deux fois moins souvent réalisé qu'en présentiel³⁴.

Pour autant, un tiers (36.7%) des médecins répondant à notre étude se sentent autant à l'aise pour parler des problèmes psycho-sociaux. Il est possible que ces médecins généralistes aient une appétence pour les problématiques psychiatriques.

La gestion des problèmes d'ordres administratifs adaptée à la téléconsultation

Dans notre étude, plus de 2 médecins sur 3 sont au moins autant à l'aise pour parler des problèmes administratifs lors d'une TC.

On retrouve cette idée dans une étude du CROCT Grand Est sur la consultation à distance³⁵. Les médecins du travail trouvent que les salariés ont pris plus de temps pour évoquer leurs conditions de travail en téléconsultation. Ces derniers étaient plus à l'aise à domicile pour parler de ce sujet.

Dans notre étude, les médecins généralistes n'utilisant pas de plateforme en ligne semblent être moins à l'aise pour aborder les problèmes administratifs ($p=0.01$). L'utilisation d'une plateforme en ligne faciliterait donc la prise en charge en TC des problèmes administratifs, en offrant la possibilité d'envoyer de façon sécurisée des documents tels que les arrêts de travail.

1.2.2 Premier recours et urgence

Poser un diagnostic en téléconsultation : un exercice délicat

Notre étude montre que 92.7% des médecins interrogés estiment être moins à l'aise ou pas du tout à l'aise en TC pour poser un diagnostic. Il est possible que ce résultat soit en lien avec l'absence d'examen clinique.

Une étude de la DRESS datant de 2020⁷, réalisée auprès de 3300 médecins généralistes, montre que 53% des médecins pratiquant la TC estiment que l'examen clinique en présentiel reste souvent indispensable.

Ce que montre aussi notre étude dans laquelle 100% des MG ne réalisant pas de TC ont évoqué l'absence d'examen clinique comme principal frein à leur utilisation.

L'objectif du diagnostic est de passer de l'incertain au possible, puis au probable et parfois du probable au certain³⁶.

Les MG sont soumis à une part d'incertitude dans leurs pratiques. Cette incertitude est d'autant plus grande en TC que le MG téléconsultant ne peut se rassurer en examinant physiquement son patient.

Aujourd'hui, l'examen clinique permet-il au médecin de poser un diagnostic davantage au travers de l'observation qu'il offre ou au travers de la recherche de signes pathognomoniques ?

L'observation limitée de son patient

En effet, durant une consultation, le médecin observe tout de son patient : sa façon d'interagir avec les autres dans la salle d'attente, sa façon de se lever, de marcher, sa tenue vestimentaire, sa façon de saluer, de s'exprimer, sa posture une fois assis ou encore sa façon de se dévêtrir.

L'observation est inhérente à toutes les étapes de la consultation : l'interrogatoire, l'inspection, la percussion, la palpation ou encore l'auscultation³⁷.

D'après ses observations et sans recherche de signes spécifiques d'une maladie, le MG peut parfois déjà émettre des hypothèses diagnostiques (maladie de Parkinson, lumbago, sciatique, dépression...).

Le MG peut aussi, à travers son observation, noter une différence d'attitude, de posture, une différence vestimentaire inhabituelle chez son patient. Cette différence peut être un "signal symptôme", c'est-à-dire un signal qui attire l'attention et qui peut être le symptôme d'une maladie et ainsi aider au diagnostic³⁸.

A l'inverse, en TC, le patient est à distance, le médecin n'est pas en mesure d'observer son patient de la tête aux pieds. Il ne peut pas voir son patient en mouvement, il n'est pas possible de voir son patient marcher de la salle d'attente au bureau. Difficile aussi de remarquer une différence d'attitude ou de posture en TC. Le médecin a seulement une image et un son à travers un écran. Chacun ne voit de l'autre que la tête, ceci entraînant forcément une importante perte d'information.

La difficulté à observer son patient dans sa globalité en TC pourrait donc expliquer en partie la difficulté que ressentent les MG pour poser un diagnostic en TC.

L'observation participe en effet à l'élaboration du diagnostic, comme l'exprime l'Académie Nationale de Médecine dans son rapport 21-08³⁹.

Il pourrait donc être intéressant de chercher des moyens d'améliorer l'observation de son patient en TC.

Une recherche difficile de signes pathognomoniques

En téléconsultation, le médecin n'est pas en mesure de palper, ni d'ausculter son patient, ou même d'avoir une inspection de qualité. Mais l'évolution des pratiques médicales avec une place de plus en plus limitée de l'examen clinique en consultation de Médecine Générale laisse à penser que la difficulté à rechercher des signes pathognomoniques ne semble pas expliquer la problématique de pose de diagnostic au cours d'une TC.

En effet, déjà bien avant l'essor de la TC, il était dénoncé une modification des pratiques médicales délaisant la clinique et l'interrogatoire au profit des examens complémentaires et morphologiques. Comme dit Rolland Gori, psychanalyste, on confisque au patient son symptôme pour l'explorer, le malade n'étant plus que le "porteur-voix" de ses plaintes⁴⁰.

En 1975, un article dans le "British Medical Journal"⁴¹ mentionnait déjà que 80% des diagnostics étaient posés sur la base de l'anamnèse.

Une autre étude de 1994 en soins de santé primaires en France a montré que dans 43,2% des consultations le MG faisait un examen général, dans 43,8% un examen ciblé locorégional et dans 13,1% aucun examen⁴².

Une autre étude de 2006 montre que l'examen clinique contribue à l'établissement du diagnostic dans seulement environ 20% des consultations⁴³.

On peut donc se demander si la difficulté pour poser un diagnostic en TC est vraiment liée à l'absence d'examen clinique et de recherche de signes physiques spécifiques.

Ainsi, l'absence d'examen clinique en TC rendrait difficile la pose du diagnostic davantage par la difficulté à observer son patient que par l'absence de recherche de signes pathognomoniques.

La solution pour la recherche de signes physiques en TC peut être les objets connectés et les cabines de téléconsultation.

En revanche, il paraît plus difficile de pallier la difficulté d'observation globale de son patient en TC.

Notons également que l'absence d'examen clinique est probablement un frein à l'utilisation de la TC à cause de l'impact sur la relation médecin-patient. Comme énoncé plus haut, l'examen clinique participe à cette relation.

Une assurance mitigée des MG pour la proposition thérapeutique en TC

Les médecins de notre étude sont plus partagés concernant la proposition d'une thérapeutique en TC. La moitié (49.5%) des MG sont autant à l'aise pour proposer une

thérapeutique et 60,6 % sont autant à l'aise pour expliquer un traitement de façon claire et précise.

En TC, les médecins sont donc plus à l'aise pour expliquer un traitement que pour l'initier. Cette différence pourrait être en lien avec la difficulté rencontrée par les médecins pour poser un diagnostic en TC. En effet, il est plus difficile de proposer un traitement pour un diagnostic incertain.

Dans l'étude de Stahl et Dixon de 2010, les cliniciens ont estimé que leur satisfaction à l'égard de la TC était significativement réduite lorsque de nouveaux traitements étaient initiés⁴⁴.

Gestion des urgences difficile en téléconsultation améliorée par la pratique de la régulation médicale.

Dans notre étude, les motifs de téléconsultation cités par les médecins nécessitant de faire venir leurs patients en présentiel sont principalement des états fébriles et des douleurs aigües. Ces motifs semblent nécessiter la présence du patient pour permettre la recherche de signes physiques spécifiques d'une maladie, et ainsi d'en évaluer le degré d'urgence, de l'orienter, de l'explorer et donc de se rassurer.

Ils sont d'ailleurs 80,8% à être moins ou pas du tout à l'aise en TC pour évaluer le degré d'urgence.

Ils sont une majorité (62,4%) à adresser au moins aussi souvent leurs patients aux urgences lors d'une TC. Le passage aux urgences est probablement pour eux une façon de se rassurer, une façon de permettre à leurs patients d'être examinés.

L'utilisation d'objets connectés ou de cabines de TC pourraient offrir une solution pour la recherche de signes physiques dans ce genre de situations.

Cette perception dépend également de l'expérience du médecin vis-à-vis de la gestion de l'urgence. En effet, les médecins participant à la régulation médicale de garde (33% des répondants) se sentent plus à l'aise pour évaluer le degré d'urgence en TC ($p=0,002$).

Les médecins participant à la régulation médicale de garde ont l'habitude d'évaluer le degré d'urgence, et ce, par téléphone sans aucune image de leurs patients.

Dans leur travail de recherche sur les signes physiques objectivables en TC⁴⁵, Emilie Luciani et Nicolas Du Pontavice ont montré que 15 signes physiques étaient objectivables en TC. Ces signes physiques étaient principalement des éléments concernant l'état général du patient, sa présentation, les premières impressions du médecin permettant notamment la mise en évidence d'une dyspnée ou d'une confusion. 87% des signes ayant été jugés objectivables relevaient de l'inspection générale soulignant l'importance de l'image.

L'image de son patient faciliterait donc l'évaluation du degré d'urgence. D'ailleurs, depuis plusieurs mois déjà, de nombreux SAMU de France se sont équipés d'un nouvel outil d'aide à la régulation : la vidéo-régulation⁴⁶.

1.2.3 Education et dépistage

Prévention et éducation thérapeutique ne paraissent pas adaptée en téléconsultation

Sans pour autant être « supérieure » à la consultation classique, la téléconsultation ne semble pas complexifier l'information du patient sur le diagnostic ou l'information sur la thérapeutique. En effet, la mise à jour du calendrier vaccinal chez 58.7% des médecins

répondant est satisfaisante avec une aisance similaire aux consultations en présentiel. En revanche lorsqu'il s'agit de mettre en place une éducation thérapeutique ou des actes de prévention, les médecins répondants s'estiment être moins ou pas du tout à l'aise en TC pour 62.6% d'entre eux, aucun n'ayant même répondu être plus à l'aise.

Nos résultats s'accordent avec la littérature. En effet, dans l'étude de 2019 réalisée au Royaume-Uni et citée plus haut³⁴, on retrouve une diminution des conseils et de l'éducation des patients avec un nombre d'informations transmises au patient moins importantes en TC.

Dans une étude de preuve française de concept de 2022 évaluant une télécabine⁴⁷, les consultations de 2034 patients ont été analysées. Parmi les motifs de consultations, l'hypertension, le diabète et les consultations médicales préventives étaient presque absents, alors qu'ils représentent presque la moitié des consultations de médecine générale. Cela nous montre que les patients aussi ne viennent pas téléconsulter pour des consultations de prévention.

Alors que la prévention et l'éducation thérapeutique ne semblent pas nécessiter la réalisation d'examen clinique, ces résultats nous interpellent. Aborder certains sujets en consultation à distance pourrait être difficile et apporter une piste de réponse comme en attestent nos résultats sur la prévention des comportements à risque, des maladies sexuellement transmissibles pour lesquels 62 % des médecins répondant s'estiment moins à l'aise sur ce thème en TC. Une autre étude pourrait être menée afin de comprendre les raisons de ces perceptions.

Une des limites probables pour la réalisation de la prévention en TC est l'impossibilité de réaliser des gestes techniques comme la vaccination, les tests tuberculiniques, ou encore

les FCU. Pour se faire en TC, ces gestes pourraient être délégués à d'autres professionnels de santé.

1.2.4 Un suivi et une coordination des soins modifiés en téléconsultation

Dans notre étude, 66% des médecins généralistes estiment être moins ou pas du tout à l'aise pour proposer un suivi à leurs patients en TC.

Peu d'études se sont intéressées à la réalisation d'un suivi de médecine générale en TC. En revanche, beaucoup d'études portent sur le suivi des patients dans d'autres spécialités médicales comme en dermatologie, en néphrologie ou encore en cancérologie^{48, 50}.

Une étude française²⁹ portant sur la prise en charge en TC des patients diabétiques lors de la pandémie a montré que sur les 8 diabétologues participants à l'étude, 3 d'entre eux ont trouvé la TC aussi efficace que la consultation en présentiel et 5 l'ont trouvé moins efficace.

Cependant, 7 diabétologues sur 8 ont prévu de continuer à proposer cette modalité de suivi après la crise sanitaire.

Le suivi d'un patient dans une spécialité médicale ne s'intéresse, la plupart du temps, qu'au suivi d'un seul problème organique. En MG, le suivi d'un patient oblige une prise en charge globale, il s'intéresse à tout problème bio-psychosocial. Il requiert donc beaucoup d'éléments : une bonne relation de soin, une compréhension mutuelle de qualité, la réalisation d'un examen clinique et d'actes de prévention, ou encore l'éducation thérapeutique.

Le suivi d'un problème précis et unique paraît être plus adapté en TC⁵¹.

1.2.5 Organisation des consultations

Un contenu de consultation différent

Dans notre étude, 68.8 % des répondants trouvent que la durée des TC est moins longue qu'en présentiel, et pour 73.4% que le nombre de motifs de consultation est moins important.

La téléconsultation se déroule donc plus souvent autour d'un seul problème alors que la consultation en présentiel s'articule autour de plusieurs motifs ce que confirme l'étude de 2019 au Royaume-Uni citée plus haut³⁴. Dans cette étude, les consultations sont statistiquement plus longues en présentiel : 3,7 minutes de moins pour les TC par vidéo et 4,1 minutes de moins pour les TC par appel téléphonique. Dans cette étude, les patients ont aussi soulevé moins de problèmes de santé : 1,8 problèmes en TC, 1,5 problèmes en appel téléphonique contre 2,1 problèmes en présentiel.

Un des risques de la TC est de réduire la prise en charge au motif initial sans prendre en compte le patient dans sa globalité. Est-ce que l'intérêt de la TC ne réside pas dans la prise en charge d'un problème unique et ponctuel ?

Nous avons aussi retrouvé plusieurs associations significatives entre la durée de consultation et les caractéristiques socio-démographiques des médecins répondants. En effet, la durée de consultation chez les jeunes médecins était plus courte ($p=0.037$) et les motifs de consultation étaient moins nombreux ($p=0.038$). Les MG exerçant en zones à plus forte densité médicale réalisent aussi des TC plus courtes qu'en présentiel ($p=0.002$) et à l'inverse plus le périmètre de recrutement de la patientèle est important, plus les consultations sont longues ($p=0.002$). Il semble aussi que le nombre de

consultations réalisées dans la semaine soit associé à la durée de consultation car les médecins réalisant moins de téléconsultation par semaine ont un temps de TC plus court ($p=0.009$).

Nous n'avons pas trouvé d'études qui nous permettent de comprendre ou de justifier ces différents résultats. Nous pouvons faire plusieurs hypothèses : les médecins réalisant moins de consultations que leurs confrères n'ont peut-être pas de temps supplémentaire pour réaliser des TC et préfèrent privilégier les consultations en présentiel avec leurs patients. Aussi, si la TC n'est pas programmée sur des plages dédiées dans l'agenda, le temps alloué à cette pratique sera probablement plus court car réalisée entre deux consultations en présentiel. De plus, la formation des jeunes médecins généralistes favorise le message "une consultation = un motif de consultation". Cela peut expliquer que les jeunes médecins aient un nombre de motifs moins nombreux en TC.

Toutes ces remarques ne sont que des hypothèses qu'il conviendrait de valider par d'autres études plus ciblées.

1.2.6 La téléconsultation répond-elle aux problèmes d'accessibilité aux soins ?

L'accès aux soins est pluridimensionnel : la disponibilité de l'offre, l'accessibilité géographique à celle-ci, l'organisation des services de santé, l'accessibilité financière et l'acceptabilité des soins en sont les composantes⁵². La distinction entre l'accès effectif et l'accessibilité est définie par la facilité avec laquelle la population d'un lieu donné peut atteindre les services de soins. C'est dans le cadre de cette dernière que s'inscrit le débat sur la définition de la notion de désert médical⁵³.

Cette question d'accessibilité aux soins dans le contexte de téléconsultation n'a été que très peu étudiée.

La problématique de démographie médicale

Dans notre étude, 53,27% des médecins estiment que la TC n'améliore pas l'accessibilité au système de soin. Théophile Martin dans sa thèse réalisée en 2021 sur la téléconsultation du médecin généraliste en zone rurale va lui aussi en ce sens⁵⁴. En effet, la téléconsultation dans les zones rurales est décrite par les patients interrogés comme un abandon supplémentaire des services essentiels. Elle risque d'augmenter le sentiment de relégation de ces territoires sans être une véritable solution pour les zones en carences d'offre de soins.

A l'inverse, les médecins généralistes souhaitant poursuivre les téléconsultations après le 1er juin 2020, ceux réalisant des TC avec des patients non connus du cabinet et ceux utilisant une plateforme en ligne jugent que la téléconsultation améliore l'accessibilité aux soins. Parmi les 65 médecins voulant poursuivre la TC, 3 médecins ont écrit que celle-ci permettrait aux patients sans médecin traitant de consulter et pourrait être une solution pour pallier le manque de médecin traitant.

Cette question d'accessibilité aux soins est au centre du projet de restructuration du système de santé. En effet, la problématique de démographie médicale et de diminution de l'offre de soin semble se dessiner pour les prochaines années. Selon les projections de la DRESS avec sa publication de mars 2021⁵⁵, le nombre de praticiens en France devrait stagner jusqu'en 2030, avant de fortement augmenter jusqu'en 2050. En France, plus de 11 % de la population vit dans une commune où l'accès aux MG est

potentiellement limité (Indicateur d'accessibilité potentielle localisée inférieur à 2,5 consultations de médecine générale par an par habitant)⁵⁶.

Pour cela, un des enjeux principaux de la télémédecine serait de proposer une solution organisationnelle et technique à l'augmentation du nombre de patients atteint de maladie chronique, de multimorbidité et au vieillissement de la population dans un contexte de répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire⁵⁷.

En ce sens, les pouvoirs publics mènent un effort continu pour accélérer le déploiement de la E-santé pour les professionnels de santé et les usagers. Le virage numérique en santé a débuté depuis plusieurs années avec les accords du Ségur de la Santé en juillet 2020 et s'est accéléré en 2022 dans le cadre de "ma Santé 2022"⁵⁸. Une des autres volontés de cette loi Ségur était de faciliter l'accès aux soins non-programmés et à l'exercice coordonné.

Les projets futurs de SAS (services d'accès aux soins), insufflé par l'avenant 9 de la convention médicale, pourrait répondre à la demande de soins urgents de la population, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire⁵⁹. La TC offrirait aux patients, pour les soins non programmés, la possibilité d'un avis médical dans les 24h en l'absence d'une disponibilité de son MG. Cette éventualité qui est déjà dans les algorithmes organisationnels de certains SAS départementaux serait un tournant dans l'essor de cette pratique. Ainsi la TC pourrait être un outil dans la gestion des SAS pour certains soins non programmés dans l'hypothèse où le médecin traitant du patient ne serait pas disponible.

En ce qui concerne les soins programmés, les téléconsultations peuvent être réalisées en alternance avec des consultations en présentiel. Dans notre étude, 25 MG pensaient que

la réalisation de TC pour certaines catégories de patients améliorerait l'accès aux soins : pour les patients "peu mobiles", "éloignés", "en situation de handicap", "étudiants", "connectés", "en vacances". En revanche, cette accessibilité se faisait au détriment de la qualité des soins pour 17 MG.

Le choix des situations cliniques relevant de la TC incombe au MT qui doit juger de la pertinence ou non d'une TC à la place d'une consultation en présentiel. Plusieurs situations cliniques en soins primaires peuvent relever d'une TC lorsque le patient est connu du MT : un renouvellement d'ordonnance, le suivi d'une maladie chronique, un suivi d'examen biologique ou radiologique au décours d'une consultation présentiel, une maladie aiguë bénigne chez un enfant ou adulte jeune, un état grippal en période d'épidémie, un conseil en début de grossesse...⁶⁰

La TC pourrait trouver sa place chez les patients atteints de maladies chroniques qui deviendraient co-acteurs du soin en maîtrisant de nouveaux outils pour gérer leur santé. Elle peut aussi être intéressante dans le suivi d'une plaie chronique chez un patient soigné au domicile ou en EHPAD par exemple en présence de l'infirmier(e) qui assure les soins. Les avis des médecins généralistes et des patients sont donc mitigés concernant l'amélioration de l'accessibilité aux systèmes de soins grâce à la téléconsultation. En revanche, les pouvoirs publics semblent plus convaincus de la place future de la téléconsultation comme solution aux problèmes de démographie médicale.

La problématique de fracture numérique

Pour les médecins généralistes ne pratiquant pas la téléconsultation dans notre étude, un des freins majeurs est le problème numérique et technique (mauvaise "couverture réseau", absence d'équipement adapté...).

Ce frein était déjà cité dans d'autres travaux, menés avant la pandémie de COVID 19, qui exploraient les représentations et les ressentis de médecins généralistes sur la téléconsultation^{3, 61}.

L'inégalité numérique, en termes d'équipements, de couverture réseau, mais aussi la capacité à utiliser les outils numériques, doit être posée dans le développement de la téléconsultation que ce soit du côté du médecin comme celui du patient.

En effet, selon la FNCS, 13 millions de français sont éloignés du numérique dont 6,7 millions qui ne se connectent jamais à internet.

En 2019, 11 millions de citoyens n'avaient toujours pas accès à des connexions de qualité les privant ainsi de l'hospitalisation à domicile et des services de téléassistance, et donc aussi de la téléconsultation⁶².

Dans sa thèse portant sur le rapport à la TC des médecins généralistes depuis le début de la pandémie de COVID-19, Florence PELLISIE DU RAUSAS met aussi en perspective la question des "exclus" de la TC. Les médecins interrogés rapportent dans cette étude que la TC ne facilite pas l'accès aux soins pour les patients les plus précaires, les plus âgés, ou ceux vivant dans des zones où le réseau est moins bon. Et ils craignent que ce moyen visant à faciliter l'accès au soin ne creuse davantage certains écarts. Ces inégalités, cette fracture numérique, doivent donc être considérées dans le développement de la téléconsultation car celles-ci pourraient créer une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins^{54, 63}.

Dans le rapport du CNAM de 2020¹ s'intéressant à la répartition du recours à la TC, les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins semblent se creuser car la TC attire davantage les jeunes, les citadins et les plus riches.

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Forces de l'étude

Dans notre étude, la majorité des médecins interrogés ont pratiqué la téléconsultation (84,5%). Notre travail est donc fondé sur l'expérience de terrain de médecins généralistes expérimentés.

Dans la littérature, au moment de l'élaboration du questionnaire, peu d'études ont été réalisées auprès de médecins ayant pratiqué la TC. En effet, la majorité des études ont été réalisées avant la pandémie de COVID-19, il s'agissait donc principalement de résultats sur l'opinion de médecins généralistes n'ayant jamais pratiqué la TC.

D'autre part, nous étions trois internes pour mener et rédiger cette thèse et celle-ci était dirigée par 2 directeurs de thèse. Cela a permis d'avoir un regard plus complet sur nos travaux et leurs perspectives.

Nous avons utilisé le logiciel LimeSurvey® qui est accrédité par l'Université d'Angers.

La méthode quantitative par questionnaire a été choisie pour essayer de mesurer au mieux le ressenti des praticiens. En effet, elle facilite un recueil d'informations et une analyse précise auprès d'un grand nombre de sujets. Les données ont ainsi été recueillies de manière reproductible et pourront être comparées. Les précédents travaux sur les ressentis des médecins généralistes réalisant de la TC ont le plus souvent été étudiés de manière qualitative avec donc une limite d'interprétation des entretiens⁶⁴.

Les questionnaires ont aussi été recueillis sur une courte période de septembre à novembre 2021. Nous avons ainsi des réponses homogènes dans un contexte juridique similaire.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature française et internationale d'échelle d'évaluation de la qualité d'une consultation de médecine générale. Nous en avons donc créé une en utilisant la fiche FENCIS afin d'élaborer notre questionnaire. Cette fiche FENCIS a été créée à partir du référentiel métier et compétences des MG par le CNGE. Cette fiche est validée dans son utilisation chez les internes de médecine générale et aborde les différents champs de la médecine générale. Cela nous a permis d'explorer différents aspects de la pratique du MG pour avoir une vision globale des spécificités de la médecine générale.

2.2 Limites de l'étude

Nous avons un fort taux d'exclusion de questionnaire de 62.17 %. En analysant les résultats de ces 207 MG qui n'ont pas complété entièrement le questionnaire nous avons remarqué que 173 d'entre eux (soit 83.5%) n'ont même pas répondu à la première question. Cet arrêt précoce pourrait s'expliquer par la visualisation d'un grand nombre de questions et de la barre de progression du questionnaire qui ont dû les décourager. Notre échantillon de médecins généralistes libéraux n'est pas tout à fait représentatif de la population des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire en termes de caractéristiques socio-démographiques. En effet, L'ORS Pays de la Loire a publié en 2021 un document détaillant la situation démographique des médecins généralistes des Pays de la Loire sur l'année 2021⁶⁵. En 2021, il y avait 3744 médecins généralistes libéraux,

âgés en moyenne de 48,3 ans. Il y avait 50% de femmes. Les effectifs par département étaient les suivants : 45,4% en Loire Atlantique, 24,7% en Maine et Loire, 5,6% en Mayenne, 10,2% en Sarthe et 14,1% en Vendée.

Dans notre étude, la moyenne d'âge est de 44,4 ans alors qu'elle est de 48,3 ans dans les statistiques de l'ORS. Cet écart est, de plus, probablement sous-estimé car nous n'avons pas inclus les médecins généralistes remplaçants qui sont pour la plupart des jeunes médecins (88% des remplaçants ont moins de 40 ans d'après le CNOM). Les jeunes médecins généralistes ont donc davantage répondu à notre étude, ceci peut s'expliquer par un attrait plus important pour les nouvelles technologies pour cette génération.

La proportion d'hommes et de femmes est en revanche similaire (51,7 % de femme dans notre étude et 50 % dans l'ORS).

Concernant les effectifs par département, on peut constater que les effectifs des départements Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne sont plus importants que ceux décrits par l'ORS alors que ceux des départements Loire-Atlantique et Vendée sont moins importants. Ceci peut s'expliquer par le double envoi de mail aux MSU de l'université d'Angers qui dépendent seulement des départements Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne.

Il existe dans notre étude un biais de recrutement car le questionnaire a uniquement été envoyé par mail. Les MG ayant une pratique médicale peu connectée n'ont pas pu être ciblés.

Certains MG présents dans la mailing-list de l'URML et dans la liste des MSU de la faculté de médecine d'Angers ont reçu le mail trois fois (un premier courriel de l'URML et un autre de la faculté puis une relance de la faculté) alors que les médecins non MSU ne

l'ont reçu qu'une seule fois (email de l'URML uniquement). Nous avons donc un autre biais de recrutement car les MSU ont été trois fois plus sollicités à répondre.

Il existe aussi probablement un biais de volontariat. En effet, il est possible que les médecins intéressés par le sujet de la TC aient été plus motivés à répondre à notre questionnaire que ceux qui ne s'y intéressent pas.

Nous avons réalisé beaucoup de tests statistiques car notre étude se voulait exploratoire. Nous avons conscience des limites de nos résultats analytiques au vu de l'inflation du risque alpha. Une méthode de correction de type méthode de Bonferroni aurait pu être appliquée mais elle aurait abaissé de façon importante le seuil de significativité ($p<0.001$).

La pandémie de COVID-19 a offert une expérience de la TC aux médecins, ce qui leur permet de pouvoir évaluer les implications potentielles de ces consultations à distance (consultation à distance d'un médecin généraliste 2022). Notre questionnaire a été envoyé pendant la pandémie de COVID-19 et l'opinion des MG en période pandémique a pu être modifiée, dans un sens comme dans l'autre. L'épidémie de Covid a pu aussi restreindre l'utilisation de la TC pour certain MG à la simple gestion d'une infection au COVID-19. Cette limite des pathologies abordées peut aussi avoir un impact sur leur opinion. Il serait donc intéressant de faire une nouvelle étude sur l'opinion des MG de la TC à distance de cette pandémie.

22% des MG répondants dans notre étude n'utilisaient que le téléphone pour effectuer des TC. Nos analyses statistiques montrent que la seule utilisation du téléphone a une influence négative sur leur perception de la TC à travers les champs de la MG. La

dérogation d'utiliser le téléphone en TC s'est terminée le 1er juin 2021. Ces médecins auraient peut-être une perception différente s'ils avaient pratiqué la TC à l'aide d'une caméra. Il serait là aussi intéressant de réaliser une étude avec des MG pratiquant des TC uniquement en visio-transmission, car comparer une pratique avec des outils similaires paraît indispensable pour juger la qualité de la TC.

Nous avons réalisé notre questionnaire après une première recherche bibliographique en 2020. Cependant une quantité très importante de littérature scientifique sur le sujet de la téléconsultation a été publiée de 2020 à 2022 pendant l'élaboration de notre thèse. Il nous a donc fallu faire un second travail de recherche bibliographique qui a soulevé des nouveaux questionnements. Ces derniers auraient pu être intégrés dans notre questionnaire initial.

3. Perspectives

3.1 Quelles solutions apporter à l'absence d'examen clinique en téléconsultation ?

3.1.1 Les objets connectés

Notre interrogation autour de l'absence d'examen physique résonne avec le développement des objets connectés et des cabines de téléconsultation.

L'arrivée des objets connectés sur le marché mondial pourrait être une solution à l'absence d'examen clinique en TC.

Ils ont démontré leur efficacité dans leur utilisation pour améliorer le parcours du patient. Leur utilisation en santé apporte des avantages certains dans le suivi du patient mais c'est l'introduction d'un élément tiers et inédit.

Pour Aloïse Quesne, maître de conférences en droit privé et sciences criminelles, "ces différents objets connectés opèrent une transformation du rapport de pouvoir, entraînant une redistribution des rôles entre les protagonistes de la consultation médicale"⁶⁶.

En effet, la supériorité traditionnellement exercée par le médecin sur son patient, à travers ses connaissances scientifiques et techniques, se trouve bouleversée par l'apparition des objets connectés. Parmi les nouvelles fonctions du médecin se dessine alors une fonction d'interprétation des données numériques ainsi qu'une fonction d'accompagnement dans le suivi connecté des patients⁶⁶.

Dans ce scénario, la consultation en présentiel perd sa place au profit d'une téléconsultation où l'examen physique est remplacé par des mesures qui se veulent objectives en temps réel par des objets connectés.

Cela nous amène à nous interroger sur la future place du MG dans ce monde d'objets connectés et d'intelligence artificielle.

Dans son rapport sur l'IA, Cédric Villani, mathématicien et député en charge des stratégies en IA, écrit que de manière générale, "le développement de l'IA, est appelé à transformer les pratiques des professionnels de santé" en leur apportant par exemple une aide au diagnostic, un appui à la construction d'une thérapie ou une aide au suivi évolutif du patient⁶⁷.

Dans notre étude, les MG se sentaient justement moins à l'aise en TC dans ses différents domaines.

Ces différentes technologies apparaissent comme un nouvel outil, voire même un nouvel acteur de la relation médicale, cependant le médecin ne doit pas s'effacer devant la machine. Les objets connectés peuvent remplir une dimension fonctionnelle telle que le recueil de données physiologiques mais ne permettent pas le travail de soutien et d'étayage que constitue le travail des soignants auprès des patients fragiles.

Pour Guy Vallancien, chirurgien urologue, qui a écrit un ouvrage sur "La médecine sans médecin", "l'essence de la vocation du MG est l'écoute, l'attention à l'être en souffrance, sa prise en charge la plus personnelle qui soit, tenant compte de ses particularités propres, familiales, professionnelles, socioculturelles et religieuses, dans une proximité que la machine ne pourra pas créer".

Le MG s'impose comme la clé de voûte d'un système sanitaire cohérent, grâce à la connaissance intime de la population dont il est responsable et grâce à son expérience⁶⁸. En résumé, les nouvelles technologies intégrées au domaine médical sont porteuses d'ouvertures mais aussi de craintes car elles ont la faculté de servir l'homme comme de l'asservir⁶⁹. Le développement de la télémédecine grâce à ces nouveaux outils doit être encadré avec un regard aussi bien éthique que sociologique dans l'objectif de limiter les dérives d'une médecine biomécanique pure.

3.1.2 Les cabines de téléconsultation

Les cabines de téléconsultation peuvent également aider à consulter à distance, notamment dans les zones à faible densité de médecin luttant contre le phénomène de désertification médicale.

En France, la première cabine de télémédecine a été déployée en 2014 dans les collectivités territoriales. A partir de 2016, elle est installée au sein des grandes

entreprises, des mairies, des centres de santé, des hôpitaux ou des résidences pour séniors.

La télécabine peut être un levier de l'utilisation à la TC. Ces cabines permettent de la TC dite "augmentée". En effet, elles sont équipées de dispositifs médicaux qui permettent au praticien de collecter des données physiologiques ou d'imagerie à distance (auscultation cardio-pulmonaire, photo de la peau, regarder le tympan, voir le fond de la gorge, connaître la saturation en oxygène...).

On retrouve ce jour beaucoup de cabines en officine. L'officine apparaît comme un lieu de choix compte tenu de son accessibilité, sa disponibilité et de l'expertise du pharmacien.

La télécabine en officine permet de répondre à certains freins organisationnels et technologiques : bonne connexion internet, qualité de l'image et du son et aisance pour la manipulation des objets connectés grâce au pharmacien "assistant". Mais cela permet-il de garantir réellement la confidentialité et la protection des données des patients ?

L'étude française de preuve de concept des Consult Station®⁴⁷ a aussi mis en évidence que le nombre de Consult Station® augmentait dans les territoires à mesure que la densité médicale de MG diminuait. Aussi, les MG étaient dans l'ensemble motivés à travailler avec cet appareil tout en continuant à habiter en métropole, avec un haut niveau d'accessibilité technique. Toutefois, attention au risque de majoration du nomadisme et du consumérisme médical car le médecin effectuant la TC en télécabine peut être n'importe où en France. Il ne s'agit pas d'une TC avec son médecin traitant et cela interroge sur le suivi d'une prescription biologique ou d'imagerie. Le patient multiplie ainsi le nombre de consultations avec des médecins différents. De ce fait, ne faudrait-il pas garder ces cabines à l'usage des spécialités non généralistes ?

3.1.3 Les téléconsultations assistées

D'autres moyens peuvent aussi être mis en œuvre tel que les téléconsultations assistées.

Dans ce cas de figure, le patient est accompagné d'un professionnel de santé (infirmière par exemple) qui est à côté de lui pour prendre les constantes, mener un interrogatoire basique. À l'autre bout, il y a le médecin qui dirige la consultation.

Le professionnel de santé accompagnant réduit plusieurs freins cités plus haut : il facilite la prise en main de l'outil de TC, s'assure d'une bonne couverture 4G et il transmet l'information au médecin à travers une application sécurisée des informations de santé. Ce soignant peut devenir « les yeux et les mains du médecin » et avoir accès aux comportements non verbaux du patient. Il est l'interlocuteur spontanément privilégié par le patient, de par sa proximité physique.

Les limites de cette pratique sont pour le médecin une perte d'autonomie et une dépendance à un soignant à domicile inconnu pour l'évaluation et la prise en charge de son patient. Il peut donc développer une forme de frustration.

En ce sens, la formation à la collaboration interprofessionnelle se développe rapidement depuis quelques années et apparaît comme nécessaire pour répondre à l'évolution de la médecine⁷⁰. Ce type de consultation assistée s'adresse tout particulièrement aux patients fragiles, aux patients en EHPAD ainsi qu'aux patients chroniques.

3.2 La téléconsultation, une nouvelle pratique de la médecine en réponse aux nouvelles attentes des patients ?

Les mentalités ont changé et les patients deviennent plus exigeants et plus soucieux de la qualité des soins. Ils sont aussi plus critiques et plus conscients de leurs droits que par le passé. Ils sont aussi plus impatients, parfois à la limite de l'intolérance.

En ce sens, la TC répond à la volonté des patients d'avoir un accès rapide à une consultation, par un médecin, afin d'avoir une réponse immédiate à un problème ou à une question de santé.

Il est intéressant de voir que les patients sont moins soucieux que les médecins généralistes de l'augmentation du nombre de TC et de la place que celle-ci prendra dans les habitudes de santé.

Les patients sont globalement satisfaits de leur téléconsultation (gain de temps, présence au domicile rassurante). Le bon déroulement de la consultation repose avant tout sur un support informatique fonctionnel ainsi que sur des protagonistes investis⁷¹. Mais au même titre que les salariés étaient contents au début du confinement de pouvoir faire du télétravail, leur satisfaction ne pourrait-elle pas s'inverser sur le moyen/long terme si les TC se multipliaient au point de remplacer les consultations en présentiel ?

Deux études récentes^{72,73} ont montré que les patients portaient un grand intérêt aux TC alors que 7% d'entre eux seulement avaient déjà vécu une TC. 74% des Français qui ont déjà téléconsulté ont l'intention de continuer et la moitié d'entre eux aimerait que leur MT leur propose ce mode de consultation. Si la majorité des Français ont une position bienveillante vis-à-vis de la télémédecine, le pourcentage de français l'ayant pratiquée reste faible, inférieur à 7% de la population en 2019. Il est donc encore trop tôt pour

conclure que cette nouvelle pratique de la médecine à distance rencontre une réelle adhésion de la population.

L'étude d'Odoxa réalisée en novembre 2019 montre que les citoyens les plus adeptes de la TC hors parcours de soin sont les jeunes (78% chez les moins de 36 ans), les personnes les plus aisées (73%) ainsi que les habitants de la région parisienne (75%).

L'étude révèle aussi que 9 français sur 10 restent attachés à leur MT et que 54% des personnes âgés préfèrent la consultation en présentiel avec leur médecin. En 2019, 29% des Français qui avaient consulté n'étaient pas satisfait et en 2020 après le confinement ils ne sont plus que 21% à ne pas l'être. Les principales causes d'insatisfaction du patient rejoignent celle des MT à savoir pour 25% des problèmes de connexion, pour 21% des problèmes de son, pour 19% un sentiment de malaise, pour 12% un manque de qualité de l'image, 11% lié au fait que le patient n'est pas seul pendant la TC et 6% pour des problèmes de confidentialité. La majeure partie des problèmes vécus par les patients sont donc d'ordres techniques (58%) et rejoignent les problèmes décriés par les MG de notre étude. En revanche, la modification de la relation médecin/malade en TC ne semble pas déranger les patients. Ce constat est aussi retrouvé dans la thèse de Maxime Verrue dans laquelle les patients envisagent la TC pour répondre à des motifs de consultation précis faisant plus appel à la performance diagnostique du médecin qu'à ses capacités relationnelles⁷⁴.

3.3 La téléconsultation est-elle un réel outil de soin ou un énième outil de consommation ?

La santé et la médecine sont devenus des produits sinon de consommation, du moins de service. Cela se traduit par des patients moins fidèles (nomadisme médicale de 3% des patients), moins confiants et moins respectueux des décisions du médecin⁷⁵.

Dans une étude de 2015 réalisée en Catalogne sur 2268 TC⁷⁶, les médecins généralistes ont indiqué que la facilité d'accès augmentait la demande de soins de santé dans 27,7% des cas pour des patients qui n'auraient pas consulté en présentiel pour les mêmes motifs.

La TC doit ainsi être une modalité d'accès aux soins choisie et non subie. Elle doit répondre à la situation du malade et être adaptée à son état de santé. La TC doit également venir conforter les organisations territoriales de soins et non pas les déstabiliser par une forme de nomadisme médical dérégulé¹⁷.

La logique économique de réduction des coûts de cette télémédecine contemporaine pourrait faire craindre l'avènement d'une médecine impersonnelle et marchande privilégiant une stratégie de rentabilité à une approche humaine du soin.

La thèse "la télémédecine : approche et proposition des médecins libéraux français" de Julia Nadolny et Claire Rahuel⁴ interrogeant 29 médecins en 2019 parle de cette ubérisation de la médecine. En effet, la majorité des médecins interrogés ont exprimé une inquiétude face à l'arrivée des sociétés privées de TC sur le marché de la médecine, y perçevant un risque de dérive. Pour certain, ce système initialement prévu comme réponse à la désertification médicale se transforme plus en une médecine de confort avec

ce besoin d'immédiateté chez les patients, anxieux du fait d'une problématique croissante de disponibilité des médecins.

Le CNOM dans son rapport sur le mésusage de la télémédecine⁷⁷ dénonce l'avenant 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. Cet avenant a été approuvé en septembre 2021 et a supprimé la condition de la connaissance préalable du patient par le médecin effectuant la téléconsultation.

3.4 La promotion de la formation en téléconsultation : une nécessité

Toutes les enquêtes réalisées ces dernières années démontrent que la mise en place de formation de télémédecine fait évoluer les mentalités des professionnels de santé vis-à-vis des pratiques de soin à distance.

Un des freins à la TC est le changement des pratiques qui rend nécessaire une formation à la santé digitale.

Les formations sur la TC en France ont été mises en place tardivement, fin 2019, par l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu.

Nous sommes loin de certains pays, notamment de certains pays Anglo-saxons (Etats-Unis), où l'obtention d'une licence d'exercice de la télésanté est nécessaire pour réaliser des TC⁷⁸.

En TC, la place de l'entretien est prépondérante et primordiale, la formation à la TC devrait cibler cette amélioration des performances à l'entretien médical⁷⁹.

Différentes recommandations de la HAS, la dernière de juin 2021⁸⁰, précisent les bonnes pratiques de la téléconsultation visant à améliorer la qualité et la sécurité des actes de TC et destinée aux usagés (médecins et patients). Ces recommandations devraient être connues de tous les acteurs de soin voulant réaliser de la TC.

La Société Française de Santé Digitale (SFSD) a publié un ouvrage collégial « Le télésoin au cœur de l'innovation des parcours en santé » ayant pour vocation d'accompagner les acteurs de la santé.

Il serait bon de créer des formations à la fois transversales et pratiques articulées autour de cas cliniques comme l'attestent les travaux de thèse de Lucie Durif et Servane Maigner⁸¹ ainsi que d'Elodie Thouret⁸².

Des colloques portant sur la TC pourraient aussi être accessibles dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu).

Aussi, les formations en France sont rares. Il existe seulement un DIU en Télémédecine mis en place par l'Université de Bordeaux, certaines attestations universitaires à la TC comme à travers des séquences de simulations à la Faculté d'Angers ou quelques e-learning par la SFSD. Notre étude met en évidence le besoin de formation en particulier dans le domaine de la relation médecin-malade et du diagnostic médical. A quel moment de notre cursus de médecine, la téléconsultation pourrait être enseignée ?

3.5 Quelles solutions pour les problèmes techniques et les problèmes d'accès numériques rencontrés dans la téléconsultation?

Dans notre étude et dans de nombreuses autres, les problèmes techniques sont un des freins majeurs à la réalisation de TC de qualité et sécurisée pour les données de nos patients. Il va être nécessaire de développer des supports simples, rapides et faciles d'accès afin d'uniformiser les pratiques de TC.

En effet, plus le vécu de la TC est proche du vécu de la consultation en présentiel, meilleure est la prestation médicale à distance. Cela doit passer par des écrans de taille suffisante, un son audio de qualité et des objets connectés à finalité médicale. L'assurance maladie finance une partie de ces équipements à travers le forfait structure à hauteur de 350 euros par an avec un forfait complémentaire de 150 euros par an pour acquérir des objets connectés. Les URPS des différentes régions, avec l'aide d'acteurs publics du numérique, ont créé des plateformes de TC gratuites (Covalia, Médicam...) mais celles-ci sont peu ergonomiques en comparaison aux différentes plateformes de TC payantes (Doctolib...).

Certains logiciels ont même la possibilité d'offrir d'autres fonctionnalités tels que la prise de rendez-vous, le transfert sécurisé de documents du patient, le paiement de l'acte par le patient ou encore la facturation de l'acte à l'assurance maladie. Ces différentes fonctionnalités permettent de concilier la pratique de la TC à l'organisation professionnelle du médecin et permettent donc un gain de temps.

En ce qui concerne l'accès au réseau internet, le médecin doit s'enquérir de la situation de débit numérique de son patient en lui posant la question avant de programmer une

TC. Si le patient n'a pas d'accès internet, il peut, si son état le permet, se rendre dans une pharmacie équipée pour la TC. Pour les patients en situation de handicap, isolés ou qui vivent dans un « désert numérique », une solution mobile de TC existe. En effet des ambulances équipées de matériel de visio-transmission, d'objets connectés et d'une antenne satellitaire se déplace à la demande du MT avec la présence d'un soignant.

CONCLUSION :

L'utilisation massive de la TC depuis le début de la pandémie de la COVID-19 a contribué à un changement de la culture médicale vis-à-vis des pratiques à distance. Nombreux sont les médecins généralistes à l'avoir exercée.

Cependant, notre thèse montre que les médecins généralistes se sentent moins à l'aise en téléconsultation pour pratiquer la médecine générale, notamment à cause d'une relation de soin transformée et d'un examen clinique difficile.

La téléconsultation ne semble pas adaptée à la prise en charge globale et au suivi des patients. Il ressort tout de même qu'elle peut être un outil complémentaire à la pratique de la médecine générale dans certains domaines comme la gestion des problèmes d'ordre administratif, l'adressage à un spécialiste et aux urgences ou encore la prescription d'examens complémentaires.

Bien que les aprioris des médecins généralistes persistent, la téléconsultation pourrait prendre une place durable dans la pratique de la médecine générale et dans l'offre de

soins. Pour les médecins et les patients le désirant, elle pourrait être un complément à la consultation classique.

Aussi, sans se substituer aux pratiques médicales actuelles, la téléconsultation pourrait constituer une réponse aux différents défis auxquels est confrontée l'offre de soin aujourd'hui : inégalités d'accès aux soins, baisse de la démographie médicale... Mais dans cette éventualité, la téléconsultation devra être encadrée juridiquement et éthiquement pour en limiter des dérives potentielles (surconsommation de soin, nomadisme médical, hors parcours de soin, industrialisation de la médecine...).

Notre étude a questionné les médecins généralistes au cours de la pandémie de Covid-19 de septembre à novembre 2021. Durant cette période, les règles de pratique de la téléconsultation ont été largement assouplies pour permettre une utilisation massive (utilisation du téléphone, modalités de remboursement...). Aussi, l'épidémie a pu restreindre l'utilisation de la TC à la simple gestion d'une infection au COVID-19. Cela a pu modifier l'opinion des médecins répondants. Il pourrait donc être intéressant de les questionner de nouveau en dehors de cette période ou de ne s'intéresser qu'aux médecins utilisant des plateformes dédiées. Ces prochaines recherches pourraient explorer également le profil de ces médecins généralistes utilisateurs, profil que notre étude n'a pu mettre en évidence.

Enfin, si la place de la téléconsultation devenait plus importante dans notre pratique, il semblerait essentiel d'en favoriser la formation afin d'appréhender au mieux ses spécificités, d'améliorer la bonne pratique et d'accroître l'aisance des médecins généralistes pour celle-ci. Une étude questionnant la perception des médecins

généralistes avant et après une formation en téléconsultation pourrait même être intéressante pour en apprécier son impact.

BIBLIOGRAPHIE

1. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. Juillet 2010. Disponible sur : 2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie_1.pdf.
2. Télésanté en France en 2020 : un point d'étape. La revue Prescrire. es. déc 2020;
3. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin JM. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 27 oct 2016;28(4):487-97.
4. Nadolny J, Rahuel C. La télémédecine: approches et propositions des médecins généralistes libéraux français. Etude qualitative menée auprès de médecins généralistes libéraux de l'ancienne région Midi-Pyrénées du mois de mai au mois d'août 2018 [PhD Thesis]. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2019.
5. Téléconsultation : outil de communication médecin-patient ou révolution dans la pratique médicale ? [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-620/teleconsultation-outil-de-communication-medecin-patient-ou-revolution-dans-la-pratique-medicale>
6. Didier M. Téléconsultation: l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul. :156.
7. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B, Barlet M. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. DREES Études Résultats. 2020;1162:4.
8. Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care | British Journal of General Practice [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://bjgp.org/content/69/686/e595.short>
9. Article L6316-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887059/
10. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.
11. Article R6316-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934369/2010-10-22
12. Article R6316-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043600528
13. Article R6316-9 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934345
14. Article R6316-10 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934342
15. Décision du 7 décembre 2021 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
16. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avantage n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

17. Les propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2020-rapport-propositions-pour-2021-charges-produits>
18. Télémédecine [Internet]. [cité 2 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/index.php/telemedecine-23>
19. Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19.
20. La télémédecine, une pratique en voie de généralisation [Internet]. Vie publique.fr. [cité 2 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>
21. Arrêté du 19 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.
22. Article - Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 - Légifrance [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044097778
23. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
24. Tudor K, Stora N, Ducroux-Biass F. Les conditions thérapeutiques de Rogers : une conceptualisation relationnelle. Approche Centree Sur Pers Prat Rech. 2014;20(2):63-85.
25. Baty V, Baty A. Communication non verbale, enseignement et éducation à la santé. Éthique Santé. 1 déc 2016;13(4):235-43.
26. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. :73.
27. Mathieu-Fritz A. Les téléconsultations en santé mentale. Reseaux. 12 mars 2018;207(1):123-64.
28. Masson E. Les vertus des silences dans la relation de soins [Internet]. EM-Consulte. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/684733/les-vertus-des-silences-dans-la-relation-de-soins>
29. Prise en charge par téléconsultation des patients diabétiques dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 : étude prospective observationnelle - ScienceDirect [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255720300924>
30. Du Rausas FP. Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA. 2021;
31. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>
32. Bancon-Gaschignard S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale: analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
33. Bringer J. La relation patient-soignant et ses dilemmes éthiques à l'heure de la télémédecine et de l'intelligence numérique. 2021;52:12.
34. Matheson J, Group on behalf of the RHIS. Video consultations: quality, access, and equity in COVID and post-COVID general practice. Br J Gen Pract. 1 juill 2020;70(696):329-329.

35. Fidry M. La téléconsultation en médecine du travail. 2022;4.
36. Société Française de Médecine Générale : Pour un retour au raisonnement clinique [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/publications/les_publications/pour_un_retour_au_raisonnement_clinique.html
37. Pueblas F. Donnons du sens à l'observation. :1.
38. Caille LA. Prise en charge des symptômes biomédicalement inexplicables en médecine générale. :223.
39. 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. Bull Académie Natl Médecine. 1 oct 2021;205(8):852-6.
40. Gori R, Del Volgo M, Gori R, Del volgo MJ. La santé totalitaire: essai... - Google Scholar [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Gori+R%2C+Del+volgo+MJ.+La+sant%C3%A9+totalitaire%3A+essai+sur+la+m%C3%A9dicalisation+de+l%E2%80%99existence&btnG=
41. 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. BMJ. 31 mai 1975;2(5969):486-9.
42. Gallais DJL. Des enjeux exemplaires pour un passage à l'acte collectif. :46.
43. Lewis RP. The clinical examination is still the lynchpin of quality cardiovascular care. Am Heart Hosp J. 2006;4(1):20-3.
44. Stahl JE, Dixon RF. Acceptability and willingness to pay for primary care videoconferencing: a randomized controlled trial. J Telemed Telecare. 1 avr 2010;16(3):147-51.
45. Luciani É, Du Pontavice N. Signes physiques objectivables lors d'une téléconsultation en médecine générale. 2021;
46. La vidéo-régulation au Samu, un nouvel outil de diagnostic à distance | Actualité HCL [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/la-video-regulation-au-samu-un-nouvel-outil-de-diagnostic-distance>
47. Falgarone G, Bousquet G, Wilmet A, Faure V, Brizio A, Guillouet C, et al. The Consult Station® innovation for primary care: a proof-of-concept study for the generalisation of teleconsultation devices. J Med Internet Res. 5 févr 2022;
48. Suc L, Daguenet E, Louati S, Gras M, Langrand-Escure J, Sotton S, et al. La téléconsultation pour le suivi après radiothérapie du cancer de la prostate : une place à l'innovation numérique en cancérologie. Cancer/Radiothérapie. 1 févr 2021;25(1):45-50.
49. Mesguen C, Tivollier JM, Cantin JF, Sacquepée M, Quirin N, Doussy Y, et al. Téléconsultation et téléprésence robotisée : suivi optimisé des patients hémodialysés en Nouvelle-Calédonie. Néphrologie Thérapeutique. sept 2014;10(5):325.
50. Salles N, Baudon MP, Caubet C, Dallay F, Chaleuil M, Magne S, et al. Consultation de télémédecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarres. Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine. 1 nov 2013;2(3):93-100.

51. Giral M. La place de la télémédecine dans le suivi des transplantés rénaux. *Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine*. 1 déc 2015;4(4):143.
52. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;127-40.
53. Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *Int J Health Geogr*. 2004;3(1):1-13.
54. Martin T. La téléconsultation du médecin généraliste en zone rurale fragile: vers une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins? 2021;
55. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
56. en Santé A du N. Le Baromètre de La Télémédecine. Agence Numér En Santé. 2020
57. (Bardy, Philippe. L'humain à l'épreuve de la téléméd... - Google Scholar [Internet]. [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=%28Bardy%2C+Philippe.+L%27humain+%C3%A0+I%C2%A9+de+la+t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine%29+pour+une+%C3%A9thique+du+t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decin+sensible+%C3%A0+la+personne.+Royaume-Uni%2C+ISTE+Editions+Limited%2C+2019%29&btnG=
58. Ségur De La Santé Les Conclusions. 2020;58.
59. Signature de l'avenant n°9 entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux [Internet]. [cité 2 mai 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-07-30-cp-signature-avenant-9>
60. Simon P, Moulin T. Télémédecine et télésoin: inclus 100 cas d'usage pour une mise en oeuvre réussie. Elsevier Health Sciences; 2021.
61. Gaborieau G. Ressenti des soignants avant et après la mise en place de téléconsultations entre le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan et différentes structures médicales isolées en Vendée. 2012. 266 p.
62. Livre Blanc sur l'usage des outils numériques dans la transformation des organisations de santé - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/Systemes-d-information/Livre-Blanc-sur-l-usage-des-outils-numeriques-dans-la-transformation-des-organisations-de-sante>
63. Zimmermann C, Combes J, Gillard E. Relation soignant-soigné et téléconsultation. Médecine Mal Métaboliques. 2022;
64. Khanchouche H. Téléconsultation en médecine générale : le ressenti des médecins. 22 avr 2020;141.
65. Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. ORS Pays de la Loire; 2021.
66. Puigelier C, Aloïse Quesne, Le contrat portant sur le corps humain. RTDCiv Rev Trimest Droit Civ. 2019;(03):698.
67. Villani C, Bonnet Y, Berthet C, Levin F, Schoenauer M, Cornut AC, et al. Donner un sens à l'intelligence artificielle: pour une stratégie nationale et européenne. Conseil national du numérique; 2018.
68. Klein A. Guy Vallancien, La médecine sans médecin? Le numérique au service du malade. Lectures. 2015;

69. Lallier S. Cristina Lindenmeyer, Marie-Pia d'Ortho (dir.), Santé connectée. Lectures. 2022;
70. Téléconsultation assistée: une nouvelle pratique aux nombreux enjeux [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-706/teleconsultation-assistee-une-nouvelle-pratique-aux-nombreux-enjeux>
71. Vitali C. Téléconsultation: vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télé-médecine dans le Var. 2021;
72. Le confinement a généré une explosion des pratiques de la télémédecine [Internet]. Odoxa. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/confinement-a-genere-explosion-pratiques-de-telemedecine/>
73. Baromètre : Les Français et la téléconsultation - Vague 2 [Internet]. France. [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: https://harris-interactive.fr/opinion_polls/barometre-les-francais-et-la-teleconsultation-vague-2/
74. Verrue M. Téléconsultation en médecine générale: attentes et représentations des patients. 2020. 288 p.
75. Leclet H, Vilcot C. Qualité en santé: 150 questions pour agir. Afnor; 1999.
76. Seguí FL, Vidal-Alaball J, Castro MS, García-Altés A, Cuyàs FG. General Practitioners' Perceptions of Whether Teleconsultations Reduce the Number of Face-to-face Visits in the Catalan Public Primary Care System: Retrospective Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 2020;22(3):e14478.
77. Téléconsultation : comment éviter les mésusages [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2021 [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/sante/telemedecine/teleconsultation-eviter-mesusages>
78. Télémédecine et télésoin - L'essentiel pour pratiquer - - Pierre Simon, Thierry Moulin (EAN13 : 9782919374311) | Editions Le Coudrier - Des livres de terrain pour les acteurs de santé [Internet]. Edition Le Coudrier. [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.edition-lecoudrier.fr/produit/14/9782919374311/telemedecine-et-telosoin-l-essentiel-pour-pratiquer>
79. Revue Prescrire. Cultiver l'entretien. Rev Prescrire. 2020;
80. Haute Autorité de Santé - Consulter et se faire soigner à distance - Téléconsultation & télésoin [Internet]. [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270557/fr/consulter-et-se-faire-soigner-a-distance-teleconsultation-telesoin
81. Maigner S, Durif L. Critique de la téléconsultation en médecine générale à travers l'exemple de la pratique en milieu maritime. 22 oct 2018;95.
82. Thouret É. La télémédecine auprès des médecins généralistes libéraux du Puy-de-Dôme. 9 avr 2019;85.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de téléconsultations réalisées par mois avant le premier confinement (figure issue de l'assurance maladie)	7
Figure 2: Diagramme de Flux	18
Figure 3 : Répartition des plateformes de téléconsultation utilisée par les médecins généralistes	24
Figure 4 : Les principaux freins à la réalisation de la téléconsultation	25
Figure 5 : Nuage de mots des motifs de consultation nécessitant une consultation en présentiel	33
Figure 6 : L'amélioration de l'accessibilité aux soins en téléconsultation.....	41
Figure 7 : : Les arguments des médecins généralistes concernant l'accessibilité aux soins en téléconsultation	43
Figure 8 : Projection des numéros d'observation des individus selon les 2 principales dimensions retrouvées en analyse des correspondances multiples.....	48
Figure 9 : Projection des variables selon les 2 principales dimensions retrouvées en analyse des correspondances multiples	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques générales de la population étudiée	20
Tableau II : Caractéristiques de l'exercice des médecins réalisant des téléconsultations	23
Tableau III : Résultats descriptifs sur la relation, communication et approche centrée sur le patient.....	27
Tableau IV : Résultats descriptifs sur l'approche globale et la prise en charge de la complexité	30
Tableau V : Résultats descriptifs sur les premiers recours, les urgences.....	32
Tableau VI: Résultats descriptifs sur les informations aux patients, l'éducation thérapeutique et la prévention	35
Tableau VII : Résultats descriptifs sur la continuité du suivi et la coordination des soins	37
Tableau VIII : Résultats descriptifs sur l'organisation en téléconsultation.....	39
Tableau IX : Analyses statistiques de la téléconsultation par téléphone dans différents champs de la médecine générale	45
Tableau X : Analyses statistiques des médecins généralistes poursuivant les téléconsultations après le 1er juin 2021 selon les différents champs de la médecine générale.....	46
Tableau XI : Analyses statistiques entre les médecins généralistes poursuivant la téléconsultation et leur avis sur l'accessibilité aux soins	47

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	xi
RESUME.....	xvii
INTRODUCTION	1
 1. Introduction générale.....	1
 2. Définitions générales	4
2.1. Définition de la télémédecine.....	4
2.2. Définition de la téléconsultation	6
 3. Chiffres clés de la téléconsultation	6
 4. Cadre légal de la téléconsultation.....	8
4.1. Cadre légal avant la pandémie de COVID-19 et depuis septembre 2018	8
4.2. Cadre légal depuis la pandémie de COVID-19.....	9
MÉTHODES	12
 1. Design de l'étude	12
 2. Population.....	12
 3. Outil de recueil : le questionnaire.....	13
 4. Recueil des données	14
 5. Analyses statistiques	15
 6. Considération éthique et réglementaire	17
 7. Conflitd'intérêt.....	17
RÉSULTATS	18
 1. Description de la Population étudiée et de son exercice	18
1.1. Diagramme de Flux	18
1.2. Caractéristiques générales de la population étudiée	20
1.3. Caractéristiques de l'exercice des médecins réalisant des téléconsultations	23
1.4. Les freins à la réalisation de téléconsultation des médecins généralistes ne réalisant pas de téléconsultation.....	25
1.5. Comparaison sociodémographique entre les médecins réalisant des téléconsultations et ceux n'en réalisant pas	26
 2. Résultats descriptifs et analytiques de la perception des médecins généralistes réalisant des téléconsultations	27
2.1. Relation communication, approche centrée sur le patient	27
2.1.1.Résultats descriptifs.....	27
2.1.2. Résultats analytiques	28

2.2. Approche globale prise en compte de la complexité	30
2.2.1. Résultats descriptifs.....	30
2.2.2. Résultats analytiques	31
2.3. Premier recours, urgences.....	32
2.3.1. Résultats descriptifs.....	32
2.3.2. Résultats analytiques	34
2.4. Éducation dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire	35
2.4.1. Résultats descriptifs	35
2.4.2. Résultats analytiques	36
2.5. Continuité suivi, coordination des soins	37
2.5.1. Résultats descriptifs.....	37
2.5.2. Résultats analytiques	38
2.6. Organisation du temps de téléconsultation et expérience.....	39
2.6.1. Résultats descriptifs.....	39
2.6.2. Résultats analytiques	40
3. La question de l'accessibilité aux soins	41
3.1. Résultats descriptifs.....	41
3.2. Résultats analytiques	43
4. Poursuite des téléconsultations après le 1er juin 2021.....	44
5. Profil des médecins généralistes réalisant des téléconsultations, par analyse en correspondance multiple	48
DISCUSSION ET CONCLUSION	51
1. Principaux résultats	51
1.1.Comparaison des caractéristiques de la population étudiée et recherche de profils de médecin généralistes.....	52
1.1.1. Comparaison entre les médecins réalisant des TC et ceux n'en réalisant pas	52
1.1.2. Profil des médecins réalisant des TC	53
1.2.Résultats principaux de l'étude multidimensionnelle sur la perception des médecins généralistes.....	54
1.2.1. Approche globale du patient et complexité	54
La relation médecin-malade transformée lors d'une téléconsultation	54
La communication non verbale	55
Une relation de confiance antérieure	57
L'examen physique dans la relation de soin	58
La téléconsultation peu adaptée pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle	58

L'évaluation psycho-sociale sacrifiée en téléconsultation	59
La gestion des problèmes d'ordres administratifs adaptée à la téléconsultatio	60
Premier recours et urgence	60
Poser un diagnostic en téléconsultation : un exercice délicat	60
L'observation limitée de son patient	61
Une recherche difficile de signes pathognomoniques.....	62
Une assurance mitigée des MG pour la proposition thérapeutique en TC	63
Gestion des urgences difficile en téléconsultation améliorée par la pratique de la régulation médicale	64
1.2.3. Education et dépistage	65
Prévention et éducation thérapeutique ne paraissent pas adaptée en téléconsultation.....	65
1.2.4 Un suivi et une coordination des soins modifiés en téléconsultation	67
1.2.5 Organisation des consultations.....	68
Un contenu de consultation différent	68
1.2.6 La téléconsultation répond-elle aux problèmes d'accessibilité aux soins ?	69
La problématique de démographie médicale	70
La problématique de fracture numérique	72
2. Forces et limites de l'étude.....	74
1.1. Forces de l'étude	74
1.2. Limites de l'étude	75
3. Perspectives.....	78
3.1. Quelles solutions apporter à l'absence d'examen clinique en téléconsultation ?	78
3.1.1. Les objets connectés.....	78
3.1.2. Les cabines de téléconsultation	80
3.1.3. Les consultations assistées	82
3.2.La téléconsultation, une nouvelle pratique de la médecine en réponse aux nouvelles attentes des patients ?	83
3.3.La téléconsultation est-elle un réel outil de soin ou un énième outil de consommation ?	85
3.4. La promotion de la formation en téléconsultation : une nécessité	86
3.5.Quelles solutions pour les problèmes techniques et les problèmes d'accès numériques rencontrés dans la téléconsultation ?	88
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE.....	92
LISTE DES FIGURES	97

LISTE DES TABLEAUX.....	98
TABLE DES MATIERES	99
ANNEXES.....	I
ANNEXE I : Fiche FENCIS de la Faculté de Médecine d'Angers	II
ANNEXE II : Notre questionnaire	III
ANNEXE III: Codage des verbatims des freins à la TC.....	XI
ANNEXE IV: Codage des verbatims sur l'accessibilité aux soins	XV
ANNEXE V : Les résultats d'analyses de comparaison des médecins réalisant des TC et des médecins n'en réalisant pas.....	XIX
ANNEXE VI : Les résultats d'analyses statistiques	XXI
ANNEXE VII: Analyse en correspondance multiple du profil des médecins généralistes	XXXVII
ANNEXE VIII : Marguerite des compétences de médecine générale	XLVII

ANNEXE

ANNEXE I : Fiche FENCIS de la Faculté de Médecine d'Angers



EXEMPLAIRE A REMETTRE A LA SCOLARITE DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE - ANGERS



■ UFR SANTÉ

ÉVALUER LES COMPÉTENCES DE L'INTERNE

Nom et Prénom de l'interne						
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--

	Sans objet pour ce stage	Évaluation 1 (mi- stage)			Évaluation 2 (fin stage)		
		Novice	Intermédiaire	Compétent	Novice	Intermédiaire	Compétent
Premier recours, urgences							
Présente des aptitudes diagnostiques							
Présente des aptitudes thérapeutiques							
Présente des aptitudes à gérer l'urgence/les soins non programmés							
Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG (voir liste du DMG)							
Approche globale, prise en compte de la complexité							
Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.)							
Est capable de synthétiser les données recueillies							
Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire							
Propose des actions de prévention et y participe							
S'implique dans le projet de soin du patient (en particulier l'éducation thérapeutique)							
Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage							
Continuité, suivi et coordination des soins							
Participe à l'organisation du suivi du patient							
Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants							
S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers							
Relation, communication, approche centrée patient							
S'implique dans la relation et/ou la communication centrée sur l'intérêt du patient dans le respect du secret médical							
... avec le patient							
... avec la famille							
... avec l'équipe de soins							
... avec les professionnels extérieurs au lieu de stage							
Est capable d'expliquer une décision, une prescription							
Est capable d'annoncer une nouvelle grave							
Professionalisme							
Comportement (ponctualité, assiduité, présentation, hygiène, propreté,)							
Investissement (motivation, curiosité intellectuelle)							
Autonomie / Prise de responsabilité							
Respect, comportement éthique							

Commentaire de l'interne sur son évaluation :

--

Signature de l'interne :

ANNEXE II : Notre questionnaire



Nous sommes trois internes de quatrième semestre de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers.

La crise sanitaire de la covid-19 a favorisé l'essor de la téléconsultation. Cela nous a donc interrogé sur l'évolution de la pratique de la médecine générale, et particulièrement sur la relation médecin-malade.

Vous aussi le sujet de la téléconsultation vous intéresse ?

Nous avons décidé de réaliser notre thèse sur l'évaluation de la qualité de la consultation en médecine générale en téléconsultation par rapport à une consultation en présentiel.

Pour cela, merci de prendre 5 à 10 minutes pour répondre à notre questionnaire, nous avons besoin de votre point de vue et de votre expérience.

Qu'allez-vous y gagner ?

Un questionnement personnel sur vos pratiques de téléconsultation.

2 fiches incluses dans le questionnaire sur la législation et la facturation de la téléconsultation.

Un tableau comparatif des différents outils de téléconsultation à ce jour

L'envoi de nos résultats de thèse.

Plus de temps à perdre, nous vous laissons cliquer sur ce lien.

Nous vous remercions pour votre participation et pour le temps que vous y consacrerez.

Héloïse Pierret, Lucie Hoez et Ismaïl Lachemet



A1. Vous êtes :

Femme

Homme

Autre

Autre

A2. Quel âge avez-vous ?

A3. Vous exercez la médecine générale en :

Rural

Semi-rural

Ville

A4. Vous exercez en tant que :

Libéral

Salarié

Les deux

A5. Dans quel(s) département(s) exercez-vous ?

Maine-et-Loire

Mayenne

Sarthe

Autre

Autre

Autre

A6. Avez-vous un secrétariat ?

Oui, sur place



Oui, plateforme téléphonique

Non

A7. Quel est votre périmètre de recrutement ? (distance moyenne entre le domicile des patients et le cabinet)

Moins d'1 km

Entre 1 et 5 km

Entre 5 et 10 km

Entre 10 et 20 km

Entre 20 et 30 km

Plus de 30 km

A8. Participez-vous à la régulation médicale de garde?

Oui

Non

A9. En moyenne, combien avez-vous de consultation par semaine?

A10. Réalisez-vous des téléconsultations (au téléphone, en visioconférence etc...)? Si non, pourquoi?

Oui

Non

A11. Combien réalisez-vous en moyenne de téléconsultation par semaine?

A12. Quel(s) matériel(s) utilisez-vous pour réaliser vos téléconsultations ?

Téléphone (audio uniquement)

Ordinateur



Smartphone/tablette (en visioconférence)

Autre matériel

A13. Pour vos téléconsultations, utilisez-vous une plateforme en ligne? Si oui, laquelle?

Oui

Non

A14. Avez-vous réalisé des téléconsultations avant l'épidémie de COVID-19 (janvier 2020)?

Oui

Non

A15. Pensez-vous continuer de réaliser des téléconsultations après l'épidémie du COVID-19?

Oui, plus souvent

Oui, aussi souvent

Oui, mais moins souvent

Non, plus du tout

A16. Réalisez-vous des téléconsultations avec des patients que vous ne suivez pas habituellement?

Oui

Non

B1. Concernant la téléconsultation, comparé à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour :

Pas du tout à l'aise	Moins à l'aise	Autant à l'aise	Plus à l'aise
----------------------	----------------	-----------------	---------------

Accueillir chaleureusement le patient ?

Laisser le patient s'exprimer suffisamment sur ses plaintes, ses demandes, ses attentes, sans l'interrompre ?

Déceler d'éventuels motifs cachés au cours de la consultation ?

Déceler le non verbal/les émotions du patient ?



Impliquer le patient dans sa prise en charge et l'aider à la prise de décision ?

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Annoncer une maladie grave ou une mauvaise nouvelle ?

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

C1. Concernant la téléconsultation, comparé à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour :

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

Parler des problèmes sociaux du patient (ex: pauvreté, maltraitance) ?

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Parler des problèmes administratifs du patient (ex: déclaration maladie professionnelle, accident du travail, ALD...) ?

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Parler de problèmes liés au travail, problèmes familiaux (ex: remarques personnelles, questions autour de la famille, du travail...) ?

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Réaliser un entretien psychologique ?

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

D1. Concernant la téléconsultation, comparé à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour :

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

Evaluer le degré d'urgence ?

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Poser un diagnostic ?

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Proposer une thérapeutique ?

Pas du tout à l'aise Moins à l'aise Autant à l'aise Plus à l'aise

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

D2. Pour quelle(s) consultation(s) ou quel(s) motif(s) demandez-vous systématiquement de revoir le patient en présentiel ?

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



E1. Concernant la téléconsultation, comparé à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour :

	Pas du tout à l'aise	Moins à l'aise	Autant à l'aise	Plus à l'aise
Informer le patient de façon claire, précise et adaptée sur le diagnostic posé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informer le patient de façon claire, précise et adaptée sur le traitement proposé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous adapter à la compréhension du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proposer une éducation thérapeutique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2. Concernant la téléconsultation, en comparaison avec une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour :

	Pas du tout à l'aise	Moins à l'aise	Autant à l'aise	Plus à l'aise
La mise à jour du calendrier vaccinal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prévention des cancers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prévention des maladies cardiovasculaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prévention des addictions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prévention des maladies professionnelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F1. Concernant la téléconsultation, comparé à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour proposer un suivi au patient ? (maladies chroniques, plaies, résultat d'examen complémentaire...)

	Pas du tout à l'aise	
	<input type="checkbox"/>	
	Moins à l'aise	<input type="checkbox"/>
	Autant à l'aise	<input type="checkbox"/>
	Plus à l'aise	<input type="checkbox"/>

F2. Concernant la téléconsultation, par rapport à une consultation en présentiel, vous adressez le patient :

	Plus souvent	Aussi souvent	Moins souvent	Jamais
A un spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour la réalisation d'examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



G1. Concernant la téléconsultation, comparé à une consultation en présentiel, vous sentez-vous à l'aise pour organiser le temps de la consultation ?

- Pas du tout à l'aise
Moins à l'aise
Autant à l'aise
Plus à l'aise

G2. Concernant la téléconsultation, en comparaison avec une consultation en présentiel, la durée des consultations vous semblent :

- Plus longues
Aussi longues
Moins longues

G3. Concernant la téléconsultation, en comparaison avec une consultation en présentiel, le nombre de motifs de consultation vous semblent :

- Moins nombreux
Aussi nombreux
Plus nombreux

G4. Concernant la ponctualité lors d'une téléconsultation, pensez-vous être :

- Plus ponctuel
Aussi ponctuel
Moins ponctuel

G5. Concernant l'utilisation du dossier médical du patient, pensez-vous l'utiliser :

- Plus souvent
Aussi souvent
Moins souvent

G6. La téléconsultation permet d'améliorer l'accessibilité aux soins

- Tout à fait d'accord
Plutôt d'accord
Plutôt pas d'accord
Pas du tout d'accord



G7. Le questionnaire est maintenant terminé ! Merci de vos réponses.

Avez-vous des commentaires/questions à nous transmettre ?

Merci pour votre participation au questionnaire !

Voici le lien vers les fiches d'information sur la législation, la facturation ainsi qu'un comparateur sur des différentes plateformes de téléconsultation :

<https://thesemedtc.wixsite.com/teleconsultation-med>

ANNEXE III : Codage des verbatims des freins à la TC

num	Réponse verbatim du médecin	Codage
51	J'en ai fait beaucoup en 2020 et je ne suis pas satisfaite donc je n'en fait plus	Non satisfait
55	besoin de voir le patient et de l'examiner	Examen relationnel clinique,
68	CoviD-19 + .	Indication restreinte
89	Jamais contraire au serment d'hippocrate	Ethique
93	perte de temps	Organisationnel
111	pas efficace et perte de temps	Organisationnel
114	Médecin Mac Donald, et pas nécessaire	Ethique, organisationnel
121	proximité	Relationnel
123	Non adapté à la vision de mon travail et absence du lien médecin patient	Ethique, relationnel
126	très peu, pour les personnes ne pouvant pas se déplacer au cabinet avec des symptômes Covid	Indication restreinte
129	Contact avec le patient différent (pas à mon goût) A mon sens impossibilité de faire de la bonne médecine sans toucher et sentir (olfactif) le patient	Examen relationnel clinique,

134	J'en réalisais peu car je ne m'y sens pas à l'aise	Non satisfait
139	La connexion internet est mauvaise dans la zone et les patients ne sont souvent pas connectés.	Technique
140	Très peu juste problème psy et suivi Covid simples	Indication restreinte
160	absence d'examen clinique pour prendre une décision / pb responsabilité si erreur	Examen clinique, responsabilité
165	je n'aime que l'humain avec un contact direct une pneumonie ça s'écoute une péritonite ça se palpe	Examen relationnel clinique,
168	perte des informations cliniques, patients âgés peu habitués	Examen relationnel clinique,
169	uniquement pendant la période de confinement , la prise en charge par la CPAM	Financier, indication restreinte
194	Non rémunéré	Financier, indication restreinte
208	uniquement COVID	Indication restreinte
218	pendant la période de crise sanitaire et dans le cadre de la régulation libérale depuis 10 ans	Indication restreinte
235	pas d'examen clinique	Examen clinique
239	Très occasionnellement et pour mes propres patients	Indication restreinte
241	Pas de logiciel adapté et habitude de pratique en présentiel	Organisationnel
259	l'impossibilité de pratiquer un examen clinique est à risque d'erreurs médicales (je parle d'expérience personnelle)	Examen clinique, responsabilité
55	examen clinique non possible	Examen clinique
89	Pas d'examen physique ce qui ne permet plus de parler de consultation	Examen clinique

93	difficulté technique du côté des patients (les plus dépendants sont aussi le moins habiles avec la technologie)	Technique
111	pas d'examen clinique	Examen clinique
114	Rapport humain	Relationnel
121	peu démocratique : exclu les patients très âgés, les patients pauvres sans téléphone/ordinateur, les patients atteints de pathologies psychiatriques avec trouble communication, etc...	Technique
123	Qualité de l'appel	Technique
129	Compliqué	technique
136	absence d'examen clinique	Examen clinique
139	patients âgées qui sont majoritaires non connectées	Technique
160	responsabilité si problème	Responsabilité
165	je ne travaille qu'en présentiel l' écran déshumanise	Ethique, relationnel
168	nécessité maîtrise outil informatique par les patients	Technique
182	Dégénération de la relation interpersonnelle	Relationnel
188	pas de frein mais ne me permet pas d'examiner les personnes donc je trouve cela dangereux et malhonnête .	Examen clinique, responsabilité
194	Rémunération	Financier
212	Lacunes dans l'examen clinique	Examen clinique
235	pas d'examen clinique	Examen clinique
241	Acquisition d'un logiciel	Technique
259	impossibilité d'examiner le patient	Examen clinique
55	je ne suis pas équipée pour la visio	Technique

89	On devrait parler de téléconseil éventuellement	Examen clinique
93	perte de temps pour moi	Organisationnel
111	perte de temps	Organisationnel
114	examen clinique	Examen clinique
121	incompréhension de l'outil par nombreux patients	Technique
123	Absence de liens avec le patient	Relationnel
129	Pas convaincu de la sécurité des données	Sécurité
136	réseau médiocre	Technique
139	zone rurale avec une mauvaise connexion internet	Technique
160	réseau	Technique
168	impossibilité d'examiner les patients	Examen clinique
182	Problèmes techniques	Technique
188	certains prescrivent des antibiotiques pour la toux sans même les ausculter !! ou renouvellement des ordos chez des cardiaques sans vérifier s'ils sont en FA !!	Examen clinique, éthique
194	Rémunération	Financier
212	Relation différente par rapport à une consultation présentiel	Relationnel
235	refus de la patientèle	Patient
241	Travaille à la campagne, le réseau est très aléatoire pour avoir accès à la caméra	Technique
259	difficultés techniques avec parfois des incompréhensions de la part du patient qui retardent les choses	Technique

ANNEXE IV : Codage des verbatims sur l'accessibilité aux soins

Commentaires des médecins généralistes	Codage retenu
pour des motifs notamment administratifs ou des téléconsultation proposés par le médecin dans un cadre précis (surveillance , évolution) Le plus souvent si le problème justifiait le recours à un médecin, ça se termine par un RDV en présentiel. Mode très superficiel d'exercice de la médecine	indications restreintes diminution qualité
C est une fausse bonne solution qui répond pas au problème de démographie médicale	ne répond pas au problème démographique
Pour moi temps idem donc pas de libération de temps médical supplémentaire et pas d'amélioration de la qualité des cs	diminution qualité / Pas de gain de temps
patients travaillant ou étudiant hors résidence : impossible de trouver un médecin sur place !	amélioration accessibilité aux soins
La téléconsultation reste limitée pour moi à un R.O. si pas de problème particulier ou pour le suivi COVID c'était approprié....par contre le fait de ne pas examiner le malade est rédhibitoire pour moi Trop de risques d'erreur de diagnostic.....donc vraiment à limiter ++	indications restreintes/ limite de l'examen clinique
La téléconsultation a beaucoup trop de limites. c'est bien pour du dépannage pas pour assurer un suivi et une relation durable avec ses patients.	dépannage
Accessibilité améliorée pour les patients déjà dans l'habitude des soins (csp+, patients bien impliqués dans leur santé, patients connectés et informés ...)	accessibilité aux soins
Consultation pour les patients peu mobile (le travail, les transports les parents les impotents)	accessibilité aux soins
Population rurale vieillissante isolée.	accessibilité aux soins
Facilite l'accès aux soins de suivi chez des personnes se déplaçant difficilement ou devant s'absenter de leur domicile pour motif personnel ou médical.	accessibilité aux soins
Dépend de l'âge de patient, dépend de motif de la téléconsultation, pour les jeunes c'est une possibilité d'augmenter l'accès aux soins	accessibilité aux soins
Pour ma part j'utilise la téléconsultation: soit pour des avis ou conseils. Profitons que les patients trouvent plus confortable d'attendre chez eux, tandis qu'ils savent qu'il n'y aura probablement pas d'examen clinique. Mais aussi pas mal pour mes patients en déplacement (en vacances) afin de réguler leurs inquiétudes et éviter des consult inutiles « d'urgence » chez des confrères déjà surchargés	indications restreintes
Patiente le pas toujours à l'aise avec les « nouvelles technologies »	problème technique
Déserts médicaux, patients habitant loin et mère de famille qui peuvent consulter sans déplacer les enfants.	accessibilité aux soins
Moins de dépistage et prévention, consumérisme médical.	consumérisme médical/ diminution dépistage
Pour les pmr qui ont l'habitude de l'usage de l'outil informatique ou accompagnée d'un aidant	accessibilité aux soins

Elle permet d'augmenter l'accès, c'est-à-dire le nb de personnes effectuant des consultations. mais pour autant, je ne suis pas sûr que l'on puisse considérer que les soins soient d'aussi bonne qualité, que le suivi soit optimal et surtout que la relation médecin patient se renforce. Donc accessibilité oui. Qualité des soins non	accessibilité aux soins / diminution qualité
Patient loin peut facilement consulter	accessibilité aux soins
La télé consultation favorise la surconsommation médicale et les erreurs de diagnostic	consumérisme médical
Perte de l'examen clinique pertinent Risque de nomadisme médical	limite de l'examen clinique / risque nomadisme médical
Non, car sur notre territoire, nous n'avons pas le sentiment d'un pb d'accessibilité aux soins en dehors des "exigences" de certains patients qui souhaitent une réponse "tout, tout de suite"	consumérisme médical
Possibilité de consultation depuis son travail , ses vacances ..Augmentation des créneaux disponibles car plus courts qu'en présentiel	accessibilité aux soins, amélioration des délais de consultation
La téléconsultation est utile pour gérer les petits motifs simples du suivi chronique, adaptation de traitement par exemple, mais ne remplace pas le colloque singulier présentiel et l'examen clinique.	indications restreinte
L'accès oui mais la qualité non	accessibilité aux soins/ diminution qualité
Délai RDV parfois plus rapide. Possibilité d'avoir un avis médical sans se déplacer ou en journée (durant activité professionnelle)	amélioration délai de cst / accessibilité aux soins
Une accessibilité à des soins de moins bonne qualité	accessibilité aux soins/ diminution qualité
Utilise le même temps medical. C'est un faux argument.	Pas de gain de temps
C'est un nouvel outil pour le médecin et le patient. Ca ne révolutionne pas la médecine et ne remplace pas la consultation présentiel	nouvel outil
Accessibilité pour des personnes isolées	accessibilité soins
Uniquement dans des situations où le patient ne peut pas venir au cabinet. Car les généralistes n'ont plus le temps de faire des visites à domicile. Mais au prix d'un travail médiocre	accessibilité aux soins / remplacement des VAD/ diminution qualité
La téléconsultation retarde les diagnostics, il me semble que l'examen clinique est nécessaire pour chaque consultation dans le cadre de la prévention	limite de l'examen clinique / diminution prévention
Quand les patients n'ont pas de médecin traitant	quand pas de MT
En fait je pense qu'on peut distinguer deux cas de recours aux téléconsultations: 1- il s'agit d'un patient que l'on connaît: la téléconsultation peut être intéressante (on connaît le dossier, on l'a déjà examiné, on sait ses réactions ... et puis on va pouvoir le revoir, le rappeler si besoin) 2- la téléconsultation d'un patient inconnu peut représenter un accès rapide, mais pas forcément une amélioration, car peu de suivi (le patient hésite à recontacter le médecin téléconsulté)	accessibilité aux soins/ quand pas de MT
Téléconsultation quand le patient est sur son lieu de travail, plus facile de caler des rdv	accessibilité aux soins

Mode de soins de premiers recours dégradés à mon avis. Risque de consultations ponctuelles avec des MG qui connaissent moins les patients et pas de suivi adéquats	diminution de la qualité / pas de suivi
Plus grande disponibilité des praticiens, durée consultation plus courte	gain de temps/ délai consultation plus court
D'accord en temps de crise, en dehors l'examen clinique me paraît indispensable	indications restreinte
On y passe autant de temps donc pas plus de créneaux disponibles grosse modo	pas de gain de temps
Non car l'examen clinique est absent, or il reste primordial dans l'évaluation médicale. Je ne peux pas traiter une douleur abdominale sans voir le patient.	limite de l'examen clinique
Ce n'est pas la téléconsultation qui va arranger les déserts médicaux: c'est mettre un sparadrap sur une plaie béante... Il ne faut pas penser la téléconsultation comme la réponse à l'accessibilité aux soins et ce d'autant plus que la plupart du temps les gens en campagne ne sont soit pas équipé soit pas couvert par le réseau	ne répond pas au problème démographique
Pas d'examen clinique risque de déviance patient presse exigeant tout tout de suite	limite de l'examen clinique / consumérisme médical
Soins me paraissant de moindre qualité - risque de désertification des territoires ruraux par utilisation de l'outil dans des zones surdotées (portrait type du médecin téléconsultant diffusé au début de l'épidémie : citadin, jeune...) : est-ce une réalité ?	diminution qualité/ ne répond pas au problème de démographie médical
Sur certain motifs (cystite aigue simple par exemple)	indication restreinte
J'y réponds déjà très bien	ne répond pas au problème démographique
Pas d' examen clinique	limite de l'examen clinique
Ceux qui ne peuvent pas se déplacer car loin ou horaires de travail ou gestion des enfants	accessibilité aux soins
plus de disponibilité du patient	accessibilité aux soins
Peut-être utile pour les territoires où les gens sont loin de leur médecin traitant mais pour moi perte de qualité sur les consultations	accessibilité aux soins/ diminution qualité
La TCG nous permet , à mon remplaçant et à moi , de voir des patients qui n'ont pas de médecin traitant , la Sarthe étant largement sous-médicalisée.	Si pas de MT
pas de prise en charge sur le fond , mais gestion plus rapide des patients toujours plus exigeants et pressés	diminution qualité/ consumérisme médical
Facilité d'accès et de rapidité de réponse	accessibilité aux soins
Patient non mobilisable, la téléconsultation permet un accès aux soins car moins de temps pour les visites, idem pour les secteurs avec désert médical. Mais pour des consultation de dépannage ou ponctuelle car nécessité d'examen physique	accessibilité aux soins / remplacement VAD
Distance géographique de certains patients, certaines situations de soins les empêchent de se déplacer, et visite à domicile qui peut être évitée par la téléconsultation	accessibilité aux soins / remplacement VAD
C'était bien quand risque infectieux mais non utilisé pour suivi de médecine générale	indication restreinte

Le temps reste le même pour le professionnel donc s'il n'y a pas plus de professionnel, l'accessibilité n'est pas meilleure. En territoire urbain, aucun sens de faire de la TCG mise à part de réponse à l'anxiété des patients sur une réponse rapide à leur demande	Pas de gain de temps/ consumérisme médical
Que ce soit téléconsultation ou CS présentiel, il nous faut toujours le temps dédié. Donc en pénurie de médecin nous ne soignerons pas plus de patients. Par contre, on peut simplifier l'accès pour une coordination plaine avec une IDE ou une CS à 3 avec spécialiste.	Pas de gain de temps/ coordination IDE
Moins bonne estimation et moins bonne prise en charge	diminution qualité
Aggrave fracture territoriale (désertion des campagnes au profit activité urbaine avec téléconsultation pour moduler son activité)	ne répond pas au problème démographique
Elle améliore peut être l'accès au soin mais pas la qualité du soin... ce qui à terme peut faire revenir le patient plus souvent car on aura mal cerné ses problèmes.	accessibilité aux soins/ diminution qualité
Ce n'est pas adapté pour les patients âgés	non adapté personne âgée
Pour toutes les raisons citées précédemment : la téléconsultation ne permet pas un échange fluide avec le patient, pas d'examen clinique, le patient est souvent perturbé par son environnement. Ce n'est pas une avancée dans la qualité des soins.	limite de l'examen clinique / diminution qualité des soins
Soins de qualité dégradée	diminution qualité des soins
La téléconsultation est une excellente méthode au vu de déshumaniser les liens médecin patient	diminution qualité des soins
Consultation plus rapide mais plus superficielle	gain de temps/ diminution qualité des soins
Pour ma localisation (Angers) Patients peu éloignés du cabinet et sinon visite possible	ne répond pas au problème démographique
Certain motif ne nécessite pas de consultation et donc libère des créneaux de cs pour des motifs le nécessitant	gain de temps
Suivi des patients qui ont déménagé et ne retrouvent pas de MG, mais problème par rapport aux patients ne disposant pas d'internet	accessibilité aux soins / problème de connexion
Cela permet un contact médical mais est-ce des soins ?	diminution qualité des soins

ANNEXE V : Les résultats d'analyses de comparaison des médecins réalisant des TC et des médecins n'en réalisant pas.

Caractéristiques des médecins	Effectif de médecins n'ayant jamais réalisé des téléconsultations	Effectif de médecins ayant déjà des téléconsultations	p-value
Genre			0.850
- Femme	10	57	
- Homme	10	52	
Catégories d'âge			0.345
- Moins de 40 ans	11	43	
- Entre 40 et 50 ans	4	28	
- Plus de 50 ans	5	38	
Type d'exercice			0.310
- Rural	6	24	
- Semi-Rural	10	44	
- Urbain	4	41	
Mode d'exercice			1.000 (Fisher)
- Libéral	18	95	
- Mixte	2	14	
Département			0.941 (Fisher)
- Loire-Atlantique	3	25	
- Maine-et-Loire	8	40	
- Mayenne	3	12	
- Sarthe	5	24	
- Vendée	1	7	

Périmètre de recrutement			0.510 (Fisher)
- Moins de 5 km	4	26	
- Entre 5 et 20 km	11	67	
- Plus de 20 km	5	16	
Régulation médicale de garde			0.229
- Oui	9	11	
- Non	11	75	
Nombre de jours travaillés (3 réponses manquantes)			0.826 (Fisher)
- Moins de 4 jours	5	20	
- 4 jours	10	53	
- Plus de 4 jours	5	33	
Nombre de consultations par semaine			0.910
- Moins de 90	7	42	
- Entre 90 et 110	6	28	
- Plus de 110	7	35	

ANNEXE VI : Les résultats d'analyses statistiques

Caractéristiques des médecins	Accueil du patient		Expression des plaintes, des demandes		Motifs cachés		Déceler le non verbal, les émotions		Impliquer le patient dans la prise en charge		Annonce de maladie grave, mauvaise nouvelle	
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise
Age			0.006* (M-W) 0.016* (Khi ²)		0.139 (M-W) 0.69 (Khi ²)		0.039* (M-W) 0.03* (Khi ²)		0.139 (M-W) 0.432 (Khi ²)		0.863 (M-W) 0.898 (Khi ²)	
Moins de 40 ans	29	14	20	23	39	4	39	4	22	21	42	1
Entre 40 et 50 ans	25	13	20	18	35	3	35	3	21	17	36	2
Plus de 50 ans	10	18	7	21	20	8	23	5	14	14	26	2
Genre			0.855		0.582		0.113		0.657		0.144	
Femme	33	24	26	31	52	5	50	7	26	31	56	1
Homme	21	31	21	31	42	10	47	5	31	21	48	4
Type d'exercice			0.725		0.689		0.046*		0.58		0.974	
Rural	13	11	12	12	17	7	23	1	13	11	23	1
Semi-rural	25	19	19	25	40	4	38	6	23	21	43	1
Ville	26	15	16	25	37	4	36	5	21	20	38	3
Mode d'exercice			0.775		0.578		0.951		0.358		0.854	
Libéral	55	40	40	55	82	13	83	12	50	45	91	4
Mixte	9	5	7	7	12	2	14	0	7	7	13	1
Département			0.506		0.229		0.876		0.797		0.979	
Loire-Atlantique	13	12	9	16	23	2	21	4	12	13	24	1
Maine-et-Loire	27	13	21	19	34	6	37	3	22	18	40	0
Mayenne	6	6	4	8	10	2	11	1	6	6	12	0
Sarthe	12	12	8	16	20	4	21	3	12	12	21	3
Vendée	5	2	5	2	6	1	6	1	4	3	6	1
Faible densité en MG	23	20	17	26	36	7	38	5	22	21	39	4
Forte densité en MG	40	25	30	35	57	8	58	7	34	31	64	1

Caractéristique de l'activité professionnelle	Accueil du patient		Expression des plaintes, des demandes		Motifs cachés		Déceler le non verbal, les émotions		Impliquer le patient dans la prise en charge		Annonce de maladie grave, mauvaise nouvelle			
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value
Secrétariat		0.392			0.02*			0.594			0.101			0.131
Sur place	43	27	36	34	61	9	65	5	40	30	67	3		0.555
A distance	19	17	10	26	30	6	29	7	15	21	34	2		0.659
Périmètre de recrutement		0.458			0.579			0.284			0.223			0.625
Moins de 5 km	18	8	12	14	24	2	24	2	14	12			24	2
Entre 5 et 20 km	37	30	30	37	58	9	57	10	33	34	64	3		
Plus de 20 km	9	7	5	11	12	4	16	0	10	6	16	0		
Moins de 5 vs. Plus de 5 km		0.212			0.72			0.514			0.727			0.856
Moins de 20 km vs. Plus de 20 km		0.828			0.299			0.230			0.133			0.376
Régulation		0.686			0.052			0.549			0.124			0.461
Oui	19	15	10	24	28	6	28	6	16	18			33	1
Non	45	30	37	38	66	9	69	6	41	34			71	4
Consultation par semaine		0.294 (M-W) 0.63 (Khi ²)			0.467 (M-W) 0.194 (Khi ²)			0.01* (N-W) 0.01* (Khi ²)			0.467 (M-W) 0.504 (Fisher)			0.872 (M-W) 0.132 (Khi ²)
Moins de 90	25	17	19	23	38	4	38	4	21	21			42	0
Entre 90 et 110	21	7	15	13	27	1	26	2	19	9			26	2
Plus de 110	16	19			25	10	29	6	15	20			33	2
Nombre de jour travaillé par semaine		0.170 (M-W) 0.551 (Khi ²)			0.826 (M-W) 0.482 (Khi ²)			0.03* (N-W) 0.028* (Fisher)			0.826 (M-W) 0.932 (Khi ²)			0.854 (M-W) 1.000 (Fisher)
Moins de 4 jours	13	7	11	9	20	0	18	2	10	10			20	0
4 jours	33	20	20	33	14	6	47	6	28	25	51	2		
Plus de 4 jours	16	17	14	19	24	9	29	4	17	16	30	5		

Caractéristiques de l'activité de téléconsultation	Accueil du patient		Expression des plaintes, des demandes		Motifs cachés		Déceler le non verbal, les émotions		Impliquer le patient dans la prise en charge		Annonce de maladie grave, mauvaise nouvelle		
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Au moins à l'aise	p-value	Moins aussi à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins aussi à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value
TC avant COVID-19			0.444		0.138		0.053		0.171		0.791		0.287
Oui	3	4	1	6	4	3	5	2	4	3		6	1
Non	61	41	46	56	90	12	92	10	53	49		98	4
Matériel utilisé			0.966		0.871		0.308		0.065		0.473		0.584
Téléphone uniquement	14	10	10	14	22	2	24	0	11	13		24	0
Autre (PC, smartphone etc...)	50	35	37	47	72	13	73	12	46	39		80	5
Nombre moyen de téléconsultation par semaine			0.756 (M-W) 0.572 (Khi ²)		0.043* 0.038* (Khi ²)		0.445 (M-W) 0.416 (Khi ²)		0.029* (Fisher) 0.043* (M-W)		0.771 (N-W) 0.045* (Khi ²)		0.456 (M-W) 0.848 (Fisher)
Moins de 5	26	19	17	28	41	4	42	3	22	23		42	3
5 à 9	24	13	22	15	30	7	35	2	25	12		36	1
10 et plus	14	13	8	19	23	4	20	7	10	17		26	1
Plateforme en ligne			0.518		0.651		0.22		0.009*		0.344		0.138
Oui	45	29	33	41	62	12	62	12	41	33		69	5
Non	19	16	14	21	32	3	35	0	0.035*		0.012*		1.000
TC avec patient non suivis habituellement			0.301		0.145		0.265						
Oui	13	13	8	18	21	5	20	6	8	18		25	1
Non	51	32	39	44	73	10	77	6	49	34		79	4
TC après le 1 ^{er} juin 2021			0.01*		<0.001*		0.083		0.118		0.693		0.08
Oui	30	35	19	46	53	12	55	10	35	30		60	5
Non	34	10	28	16	41	3	42	2	22	22		44	0

Caractéristiques des médecins	Problèmes sociaux			Problèmes administratifs			Problèmes liés au travail, famille			Difficultés psychologiques			Evaluer le degré d'urgence			Proposer une thérapeutique		
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value
Age		0.285 (M-W) 0.163 (Khi ²)		0.744 (M-W) 0.692 (Khi ²)		0.841 (M-W) 0.199 (Khi ²)		0.371 (M-W) 0.278 (Khi ²)		0.046* (M-W) 0.092 (Khi ²)		0.046* (M-W) 0.092 (Khi ²)		0.370 (M-W) 0.939 (Khi ²)				
Moins de 40 ans	30	13		11	32		25	18		28	115		39	4		20	23	
Entre 40 et 50 ans	30	8		13	25		26	12		26	12		29	9		19	19	
Plus de 50 ans	16	12		8	20		13	15		14	14		20	8		14	14	
Genre		0.252		0.250			0.336			0.33			0.147			0.297		
Femme	37	20		14	43		31	26		33	24		49	8		25	32	
Homme	39	13		18	34		33	19		35	17		39	13		28	24	
Type d'exercice		0.760		0.405			0.162			0.377			0.573			0.033*		
Rural	17	7		9	15		18	6		16	8		20	4		16	8	
Semi-rural	29	15		10	34		25	19		24	20		37	7		23	21	
Ville	30	11		13	28		21	20		28	13		31	10		14	27	
Mode d'exercice		0.440		0.547			0.898			0.875			0.613			0.495		
Libéral	65	30		27	68		56	39		59	36		76	19		45	50	
Mixte	11	3		5	9		8	6		9	5		12	2		8	6	
Département		0.961		0.655			0.810			0.388			0.339			0.239		
Loire-Atlantique	16	9		6	19		13	12		12	13		22	3		9	16	
Maine-et-Loire	29	11		14	26		25	15		28	12		32	8		23	17	
Mayenne	9	3		2	10		6	6		7	5		8	4		6	6	
Sarthe	17	7		7	17		15	9		17	7		18	6		9	15	
Vendée	5	2		3	4		5	2		4	3		7	0		5	2	
Faible densité en MG	31	12		12	31		26	17		28	15		33	10		20	23	
Forté densité en MG	45	20		20	45		38	27		40	25		54	11		32	33	

Caractéristique de l'activité professionnelle	Problèmes sociaux			Problèmes administratifs			Problèmes liés au travail, famille			Difficultés psychologiques			Evaluer le degré d'urgence			Proposer une thérapeutique		
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value
Secrétariat		0.507			0.953			0.251			0.748			0.770				0.496
Sur place	51	19		21	49		45	25		45	25		58	12		36	14	
A distance	24	12		11	25		19	17		22	14		29	7		16	20	
Périmètre de recrutement																		
	Moins de 5 km	22	4	11	15		18	8		20	6		21	5		12	14	
Entre 5 et 20 km	42	25		17	50		36	31		36	31		53	14		33	34	
Plus de 20 km	12	4		4	12		10	6		12	4		14	2		8	8	
Moins de 5 vs. Plus de 5 km																		
	Moins de 20 km vs. Plus de 20 km		0.772			0.774			0.739			0.259			0.458			0.905
	Régulation		0.560			0.656			0.663			0.234			0.02*			0.544
Oui	25	9		9	25		21	13		24	10		23	11		18	16	
Non	51	24		23	52		43	32		44	31		65	10		35	40	
Consultation par semaine																		
	Moins de 90	31	11	11	31		26	16		0.300 (M-W)		0.331 (M-W)		0.115 (M-W)		0.583 (M-W)		
	Entre 90 et 110	20	8	9	19		18	10		18	10		26	2		13	15	
Plus de 110	23	12		10	25		17	18		20	15		23	12		15	20	
Nombre de jour travaillé par semaine																		
	Moins de 4 jours	16	4	4	16		14	6		0.404 (M-W)		0.280 (M-W)		0.655 (M-W)		0.580 (M-W)		
	4 jours	36	17	14	39		29	24		15	5		16	4		12	8	
Plus de 4 jours	22	11		12	21		18	15		31	22		41	12		23	30	
										19	14		28	5		16	17	

Caractéristiques de l'activité de téléconsultation	Problèmes sociaux			Problèmes administratifs			Problèmes liés au travail, famille			Difficultés psychologiques			Evaluer le degré d'urgence			Proposer une thérapeutique		
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value
TC avant COVID-19		1.000			0.671			0.444			0.767			0.405				0.752
Oui	5	2		1	6		3	4		4	3		5	2		3	4	
Non	71	31		31	71		61	41		64	38		83	19		50	52	
Matiériel utilisé		0.032*			0.045*			0.670			0.149			0.826				0.045*
Téléphone uniquement	21	3		11	13		15	9		18	6		19	5		16	8	
Autre (PC, smartphone etc.)	55	30		21	64		49	16		50	35		69	16		37	47	
Nombre moyen de téléconsultation par semaine		0.780 (N-W) 0.543 (Khi ²)			0.440 (M-W) 0.604 (Khi ²)			0.044* (M-W) 0.063 (Khi ²)			0.100 (M-W) 0.238 (Khi ²)			0.129 (M-W) 0.389 (Khi ²)			0.917 (M-W) 0.861 (Khi ²)	
Moins de 5	31	14		15	30		31	14		32	13		39	6		22	23	
5 à 9	28	9		11	26		22	15		22	15		29	8		19	18	
10 et plus	17	10		6	21		11	16		14	13		20	7		12	15	
Plateforme en ligne		0.012*			0.010*			0.546			0.078			0.894			0.221	
Oui	46	28		16	58		42	32		42	32		60	14		33	41	
Non	30	5		16	19		22	13		26	9		28	7		20	15	
TC avec patient non suivis habituellement		0.043*			0.073			0.004*			0.050			0.252			0.460	
Oui	14	12		4	22		9	17		12	14		23	3		11	15	
Non	62	21		28	55		55	28		56	27		65	18		42	41	
TC après le 1 ^{er} juin 2021		0.324			0.009*			0.041*			0.152			0.465			0.003	
Oui	43	22		13	52		33	32		37	28		51	14		24	41	
Non	33	11		19	25		31	13		31	13		37	7		29	15	

Caractéristiques des médecins	Poser un diagnostic			Informer sur le diagnostic			Informer sur la thérapeutique			S'adapter à la compréhension du patient			Education thérapeutique			Calendrier vaccinal		
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value
Age			0.306 (M-W) 0.238 (Fisher)			0.951 (M-W) 0.563 (Khi ²)			0.864 (M-W) 0.589 (Khi ²)			0.421 (M-W) 0.389 (Khi ²)			0.527 (M-W) 0.661 (Khi ²)		0.270 (M-W) 0.336 (Khi ²)	
Moins de 40 ans	40	3		18	25		16	27		22	21		29	14		19	24	
Entre 40 et 50 ans	37	1		14	14		13	25		40	50		22	16		17	21	
Plus de 50 ans	24	4		14	24		13	15		17	11		17	11		8	20	
Genre			0.026*			0.682			0.704			0.177			0.071			0.432
Femme	56	1		23	34		21	36		30	27		31	26		21	36	
Homme	45	7		23	29		21	31		34	18		37	15		23	29	
Type d'exercice			0.974			0.306			0.690			0.249			0.514			0.359
Rural	22	2		8	16		8	16		13	11		17	7		11	13	
Semi-rural	41	3		17	27		19	25		30	14		25	19		20	24	
Ville	38	3		21	20		15	26		21	20		26	15		13	28	
Mode d'exercice			0.976			0.225			0.345			0.650			0.454			0.839
Libéral	88	7		38	57		35	60		55	40		58	37		38	57	
Mixte	13	1		8	6		7	7		9	5		10	4		6	8	
Département			0.870			0.596			0.491			0.055			0.604			0.154
Loire-Atlantique	24	1		13	12		9	16		11	14		13	12		5	20	
Maine-et-Loire	37	3		17	23		15	25		27	13		26	14		18	22	
Mayenne	11	1		4	8		4	8		4	8		8	4		5	7	
Sarthe	21	3		8	16		9	15		16	8		15	9		12	12	
Vendée	7	0		4	3		5	2		6	1		6	1		4	3	
Faible densité en MG	39	4		16	27		18	25		26	17		29	14		21	22	
Forte densité en MG	61	4		30	35		24	41		38	27		39	26		23	42	

Caractéristique de l'activité professionnelle	Poser un diagnostic			Informer sur le diagnostic			Informer sur la thérapeutique			S'adapter à la compréhension du patient			Education thérapeutique			Calendrier vaccinal		
	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	p-value	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	p-value	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	p-value	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	p-value	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	p-value	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	p-value
Secrétariat		0.578			0.173			0.418			0.869			0.917				0.221
Sur place	64	6		33	37		29	41		42	28		44	26		32	38	
A distance	34	2		12	24		12	24		21	15		23	13		12	24	0.350
Périmètre de recrutement		0.230			0.612			0.627			0.856			0.748				
Moins de 5 km	26	0		13	13		8	18		38	29		17	9		9	17	
Entre 5 et 20 km	61	6		26	41		27	40		16	10		40	27		26	41	
Plus de 20 km	14	2		7	9		7	9		10	6		11	5		9	7	
Moins de 5 vs. Plus de 5 km		0.194			0.356			0.351			0.738			0.718				0.493
Moins de 20 km vs. Plus de 20 km		0.230			0.892			0.642			0.739			0.569				0.161
Régulation		0.253			0.326			0.640			0.410			0.736				0.750
Oui	30	4		12	22		12	22		18	16		22	12		13	21	
Non	71	4		34	41		30	45		46	29		46	29		31	44	
Consultation par semaine		0.171 (M-W) 0.187 (Khi ²)			0.121 (M-W) 0.257 (Khi ²)			0.963 (M-W) 0.371 (Khi ²)			0.251 (M-W) 0.186 (Khi ²)			0.271 (M-W) 0.192 (Khi ²)			0.789 (M-W) 0.282 (Khi ²)	
Moins de 90	40	2		21	21		19	23		29	13		30	12		21	21	
Entre 90 et 110	27	1		12	16		8	20		16	12		18	10		9	19	
Plus de 110				21	21		14	21		17	18		18	17		13	22	
Nombre de jour travaillé par semaine		0.787 (M-W) 0.211 (Fisher)			0.649 (M-W) 0.832 (Khi ²)			0.978 (M-W) 0.805 (Khi ²)			0.337 (M-W) 0.380 (Khi ²)			0.200 (M-W) 0.523 (Khi ²)			0.651 (M-W) 0.905 (Khi ²)	
Moins de 4 jours	20	0		9	11		9	11		15	5		15	5		9	11	
4 jours	46	7		22	31		18	35		28	25		33	20		22	31	
Plus de 4 jours	32	1		13	20		14	19		19	14		18	15		12	21	

Caractéristiques de l'activité de téléconsultation	Poser un diagnostic		Informer sur le diagnostic		Informer sur la thérapeutique		S'adapter à la compréhension du patient		Education thérapeutique		Calendrier vaccinal	
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise
TC avant COVID-19		1.000			0.02* (Fisher)		0.173		1.000		0.422	
Oui	7	0	0	7	1	6	4	3	3	4	2	5
Non	94	8	46	56	41	61	60	42	65	37	42	60
Matériel utilisé					0.381				0.172		0.624	0.042*
Téléphone uniquement	24	0	12	12	15	9	17	7	16	8	14	10
Autre (PC, smartphone etc...)	77	8	34	51	27	58	47	38	52	33	30	55
Nombre moyen de téléconsultation par semaine		0.508 (M-W) 0.211 (Fisher)		0.290 (M-W) 0.419 (Khi ²)		0.371 (M-W) 0.750 (Khi ²)		0.337 (M-W) 0.174 (Khi ²)		0.598 (M-W) 0.641 (Khi ²)		0.789 (N-W) 0.693 (Khi ²)
Moins de 5	42	3	22	23	19	26	27	18	30	15	20	25
5 à 9	36	1	15	22	14	23	25	12	23	14	13	24
10 et plus	23	4	9	18	9	18	12	15	15	12	11	16
Plateforme en ligne		0.053			0.03*		0.057		0.307		0.944	0.230
Oui	66	8	26	48	24	50	41	33	46	28	27	47
Non	35	0	20	15	18	17	23	12	22	13	17	18
TC avec patient non suivis habituellement		0.090			0.369		0.638		0.563		0.571	
Oui	22	4	9	17	9	17	14	12	15	11	11	15
Non	79	4	37	46	33	50	50	33	53	30	33	50
TC après le 1 ^{er} juin 2021		0.140			0.003*		0.043*		0.041*		0.025*	0.037*
Oui	58	7	20	45	20	45	33	32	35	30	21	44
Non	43	1	26	18	22	22	31	13	33	11	23	21

Caractéristiques des médecins	Prévention des maladies néoplasique		Prévention maladies cardiovaskulaires		Prévention comportements à risque		Prévention des maladies professionnelles		Adresser au spécialiste		Examens complémentaires	
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise
Age			0.759 (M-W) 0.958 (Khi ²)		0.450 (M-W) 0.814 (Khi ²)		0.318 (M-W) 0.776 (Khi ²)		0.713 (M-W) 0.996 (Khi ²)		0.859 (M-W) 0.807 (Khi ²)	
Moins de 40 ans	23	20	26	17	25	18	25	18	19	24	17	26
Entre 40 et 50 ans	20	18	23	15	25	13	22	16	18	20	13	25
Plus de 50 ans	14	14	15	13	17	11	16	12	11	17	10	18
Genre			0.026*		0.033*		0.231		0.126		0.058	
Femme	24	33	28	29	32	25	29	28	30	27	24	33
Homme	33	19	36	16	35	17	34	18	18	34	16	36
Type d'exercice			0.493		0.481		0.689		0.208		0.466	
Rural	14	10	16	8	15	9	15	9	8	16	5	19
Semi-rural	20	24	23	21	25	19	21	23	20	24	15	29
Ville	23	18	25	16	27	14	27	14	20	21	20	21
Mode d'exercice			0.125		0.650		0.046		0.599		0.502	
Libéral	47	48	55	40	55	40	54	41	43	52	34	61
Mixte	10	4	9	5	12	2	9	5	5	9	6	6
Département			0.553		0.744		0.547		0.683		0.601	
Loire-Atlantique	10	15	13	12	12	13	12	13	14	11	11	14
Maine-et-Loire	23	17	26	14	27	13	23	17	18	22	19	21
Mayenne	6	6	6	6	7	5	7	5	4	8	2	10
Sarthe	13	11	14	10	16	8	16	8	10	14	6	18
Vendée	5	2	5	2	5	2	5	2	2	5	2	5
Faible densité en MG	24	19	25	18	28	15	28	15	16	27	10	33
Forte densité en MG	33	32	39	26	39	26	35	30	32	33	30	35

Caractéristique de l'activité professionnelle	Prévention des maladies néoplasique			Prévention maladies cardiovasculaires			Prévention comportements à risque			Prévention des maladies professionnelles			Adresser au spécialiste			Examens complémentaires			
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	
Secrétariat			0.039*				0.066			0.086			0.050			0.541			0.748
Sur place	42	28		46	24		47	23		45	25		32	38		25	45		
A distance	14	22		17	19		18	18		16	20		14	22		14	22		
Périmètre de recrutement			0.675				0.675			0.360			0.325			0.498			0.882
Moins de 5 km	13	13		15	11		17	9		17	9		12	14		10	16		
Entre 5 et 20 km	34	33		38	29		38	29		35	32		27	40		25	42		
Plus de 20 km	10	6		11	5		12	4		11	5		9	7		5	11		
Moins de 5 vs. Plus de 5 km			0.788				0.903			0.655			0.496			0.803			0.831
Moins de 20 km vs. Plus de 20 km			0.376				0.377			0.276			0.337			0.287			0.625
Régulation			0.927				0.988			0.966			0.785			0.685			0.526
Oui	18	16		20	14		21	13		19	15		14	20		11	23		
Non	39	36		44	31		46	29		44	31		34	41		29	46		
Consultation par semaine			0.959 (M-W) 0.810 (Khi ²)				0.635 (M-W) 0.522 (Khi ²)			0.432 (M-W) 0.092 (Khi ²)			0.244 (M-W) 0.194 (Khi ²)			0.091 (M-W) 0.079 (Khi ²)			0.183 (M-W) 0.138 (Fisher)
Moins de 90	24	18		26	16		27	15		25	17		24	18		20	22		
Entre 90 et 110	14	14		18	10		21	7		19	9		10	18		8	20		
Plus de 110	18	17		18	17		17	18		16	19		12	23		10	25		
Nombre de jour travaillé par semaine			0.873 (M-W) 0.753 (Khi ²)				0.719 (M-W) 0.840 (Khi ²)			0.712 (M-W) 0.954 (Khi ²)			0.614 (M-W) 0.770 (Khi ²)			0.102 (M-W) 0.366 (Fisher)			0.615 (M-W) 0.738 (Fisher)
Moins de 4 jours	12	8		12	8		13	7		11	9		11	9		8	12		
4 jours	26	27		32	21		33	20		33	20		24	29		19	34		
Plus de 4 jours	18	15		19	14		19	14		17	16		11	22		11	22		

Caractéristiques de l'activité de téléconsultation	Prévention des maladies néoplasique		Prévention maladies cardiovasculaires		Prévention comportements à risque		Prévention des maladies professionnelles		Adresser au spécialiste		Examens complémentaires			
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value
TC avant COVID-19		0.052				0.019* (Fisher)		0.426		0.130			0.394	0.419
Oui	1	6	1	6		3	4		2	5		2	5	1
Non	56	46	63	39		64	38		61	41		46	56	63
Matériel utilisé		0.110				0.067			0.053			0.011*		0.013*
Téléphone uniquement	16	8	18	6		19	5		18	6		16	8	14
Autre (PC, smartphone etc.)	41	44	46	39		48	37		45	40		32	53	10
Nombre moyen de téléconsultation par semaine			0.462 (M-W) 0.176 (Khi ²)			0.635 (M-W) 0.091 (Khi ²)			0.509 (M-W) 0.250 (Khi ²)			0.192 (M-W) 0.179 (Khi ²)		0.680 (M-W) 0.734 (Khi ²)
Moins de 5	25	20	29	16		29	16		30	15		18	27	17
5 à 9	22	15	24	13		25	12		21	16		18	19	22
10 et plus	10	17	11	16		13	14		12	15		12	15	8
Plateforme en ligne			0.054			0.064			0.059			0.250		0.285
Oui	34	40	39	35		41	33		40	34		30	44	50
Non	23	12	25	10		26	9		23	12		18	17	16
TC avec patient non suivis habituellement			0.029*			0.301			0.169			0.356		0.512
Oui	9	17	13	13		13	13		13	13		10	16	8
Non	48	35	51	32		54	29		50	33		38	45	51
TC après le 1 ^{er} juin 2021			0.002*			0.015*			0.005*			0.071		0.069
Oui	26	39	32	33		33	32		33	32		24	41	46
Non	31	13	32	12		34	10		30	14		24	20	23

Caractéristiques des médecins	Adresser aux urgences		Organiser le suivi		Organiser le temps de la consultation		Durée de consultation		Nombre de motifs		Ponctualité			
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value
Age		0.776 (M-W) 0.755 (Khi ²)		0.168 (M-W) 0.254 (Khi ²)		0.990 (M-W) 0.792 (Khi ²)		0.037* (M-W) 0.049* (Khi ²)		0.038* (M-W) 0.073 (Khi ²)		0.518 (M-W) 0.393 (Khi ²)		
Moins de 40 ans	18	25	31	12		20	23		33	10		28	15	
Entre 40 et 50 ans	13	25	26	12		15	23		28	10		27	11	
Plus de 50 ans	10	18	15	13		13	15		14	14		25	3	
Genre		0.159		0.139		0.728		0.250		0.943		3	25	0.993
Femme	25	32	34	23		26	31		42	15		42	15	
Homme	16	36	38	14		22	30		33	19		38	14	
Type d'exercice		0.318		0.450		0.048*		0.126		0.699		0.699		0.300
Rural	7	17	17	7		15	9		14	10		16	8	
Semi-rural	15	29	26	18		14	30		35	9		33	11	
Ville	19	22	29	12		19	22		26	15		31	10	
Mode d'exercice		0.875		0.449		0.630		0.542		0.542		1.000		0.731
Libéral	36	59	62	33		41	54		64	31		70	25	
Mixte	5	9	10	4		7	7		11	3		10	4	
Département		0.138		0.388		0.086		0.004* (Fisher)		0.004* (Fisher)		0.572		0.544
Loire-Atlantique	11	14	13	12		6	19		21	4		21	4	
Maine-et-Loire	20	20	27	13		21	19		31	9		29	1	
Mayenne	3	9	9	3		8	4		4	8		7	5	
Sarthe	5	19	17	7		9	15		12	12		18	6	
Vendée			6	1		3	4		6	1		5	2	
Faible densité en MG	10	33	32	11		20	23		22	21		30	13	
Forté densité en MG	31	34	40	25		27	38		52	13		50	15	
												11	11	54

Caractéristique de l'activité professionnelle	Adresser aux urgences		Organiser le suivi		Organiser le temps de la consultation		Durée de consultation		Nombre de motifs		Ponctualité	
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise
Secrétariat		0.968		0.281		0.343		0.842		0.190		0.347
Sur place	25	45	50	20	34	36	48	22	48	22	15	55
A distance	13	23	22	14	14	22	24	12	29	7	5	31
Périmètre de recrutement		0.379		0.345		0.223				0.404		0.121
Moins de 5 km	11	15	20	6	12	14	20	6	18	8	5	21
Entre 5 et 20 km	22	45	41	26	26	41	50	17	52	15	10	57
Plus de 20 km	8	8	11	5	10	6	5	11	10	6	6	10
Moins de 5 vs. Plus de 5 km		0.571		0.180		0.803		0.306		0.382		0.996
Moins de 20 km vs. Plus de 20 km		0.268		0.805		0.107				<0.001*		0.079
Régulation		0.234		0.524		0.685				0.004*		0.983
Oui	10	24	21	13	14	20	17	17	25	9	5	29
Non	31	44	51	24	34	41	58	17	55	20	16	59
Consultation par semaine		0.196 (M-W) 0.126 (Khi ²)		0.144 (M-W) 0.448 (Khi ²)		0.915 (M-W) 0.306 (Khi ²)				0.616 (M-W) 0.669 (Khi ²)		0.611 (M-W) 0.314 (Khi ²)
Moins de 90	19	23	25	17	17	25	33	9	31	11	7	35
Entre 90 et 110	6	22	20	8	16	12	20	8	22	6	8	20
Plus de 110	13	22	25	10	14	21	18	17	24	11	5	30
Nombre de jour travaillé par semaine		0.941 (M-W) 0.148 (Fisher)		0.807 (M-W) 0.879 (Khi ²)		0.827 (M-W) 1.000 (Fisher)				0.054 (M-W) 0.011* (Fisher)		0.695 (M-W) 0.768 (Khi ²)
Moins de 4 jours	6	14	14	6	9	11	19	1	15	5	5	15
4 jours	21	32	33	20	23	30	32	21	37	16	10	43
Plus de 4 jours	11	22	23	10	15	18	21	12	26	7	5	28

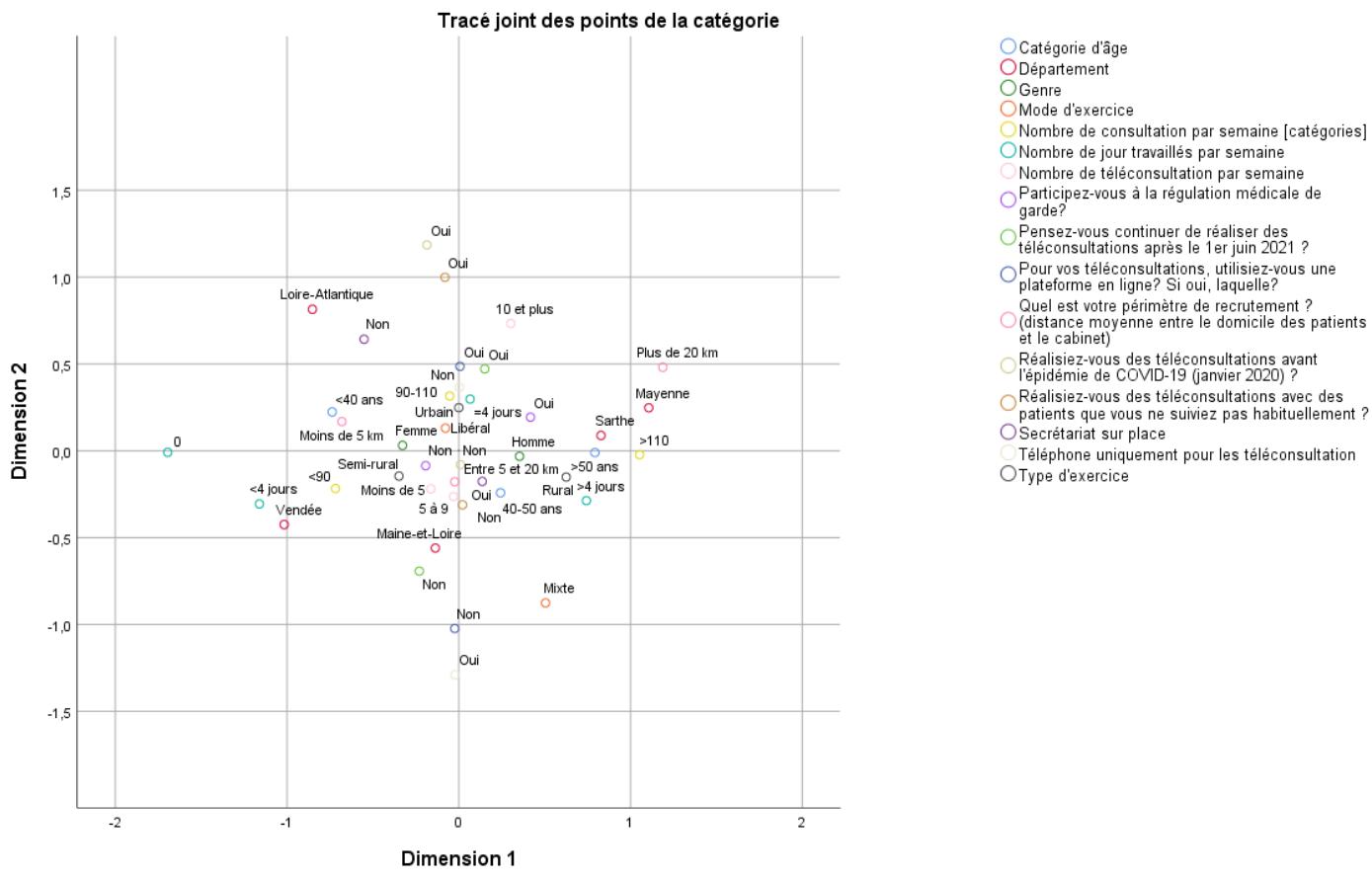
Caractéristiques de l'activité de téléconsultation	Adresser aux urgences			Organiser le suivi			Organiser le temps de la consultation			Durée de consultation			Nombre de motifs			Ponctualité						
	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	Moins à l'aise	Au moins aussi à l'aise	p-value	
TC avant COVID-19		1.000														0.096						0.342
Oui	3	4		2	5		0	7		7	0		7	0		0	7					
Non	38	64		70	32		48	54		68	34		73	29		21	81					
Matiériel utilisé		0.643						0.125			0.505			0.808			0.469				0.777	
Téléphone uniquement	10	14		19	5		12	12		17	7		19	5		5	19					
Autre (PC, smartphone etc..)	31	54		55	32		36	49		58	27		61	24		16	69					
Nombre moyen de téléconsultation par semaine		0.980 (M-W) (Khi ²)					0.907 (M-W) 0.923 (Khi ²)			0.956 (M-W) 0.830 (Khi ²)			0.709 (M-W) 0.023* (Khi ²)			0.582 (M-W) 0.660 (Khi ²)			0.985 (M-W) 0.551 (Khi ²)			
Moins de 5	17	28		30	15		20	25		30	15		34	11		10	35					
5 à 9	14	23		25	12		15	22		31	6		28	9		5	32					
10 et plus	10	17		17	10		13	14		14	13		18	9		6	21					
Plateforme en ligne		0.622					0.415			0.559			0.685			0.433					0.894	
Oui	29	45		47	27		34	40		50	24		56	18		14	60					
Non	12	23		25	10		14	21		25	10		24	11		7	28					
TC avec patient non suivis habituellement		0.571					0.132			0.512			0.359			0.967					0.023*	
Oui	11	15		14	12		10	16		16	10		19	7		9	17					
Non	30	53		58	25		38	45		59	24		61	22		12	71				0.796	
TC après le 1 ^{er} juin 2021		0.856					0.014*			0.069			0.467			0.146						
Oui	24	41		37	28		24	41		43	22		51	14		12	53					
Non	17	27		35	9		24	20		32	12		29	15		9	35					

Amélioration de l'accessibilité aux soins							
Caractéristique des médecins	Caractéristique des médecins			Caractéristiques de l'activité de téléconsultation			
	Non	Oui	p-value	Caractéristique de l'activité professionnelle	Non	Oui	p-value
Age			0.834 (M-W) 0.024* (Khi ²)	Secrétariat	0.332	TC avant COVID-19	0.249
Moins de 40 ans	19	24		Sur place	40	30	
Entre 40 et 50 ans	27	11		A distance	17	19	
Plus de 50 ans	12	16		Périmètre de recrutement		0.027*	
Genre			0.305	Moins de 5 km	17	9	
Femme	33	24		Entre 5 et 20 km	29	38	
Homme	25	27		Plus de 20 km	12	4	
Type d'exercice			0.032*				
Rural	18	6		Moins de 5 vs. Plus de 5 km	0.154	Moins de 5	24
Semi-rural	23	21		Moins de 20 km vs. Plus de 20 km	0.059	5 à 9	22
Ville	17	24		Régulation	0.707	10 et plus	15
Mode d'exercice			0.752	Oui	19	15	
Liberair	50	45		Non	39	36	
Mixte	8	6		Consultation par semaine	0.413 (M-W) 0.673 (Khi ²)	Plateforme en ligne	0.009*
Département			0.322	TC avec patient non suivis habituellement		Oui	12
Loire-Atlantique	10	15		TC après le 1 ^{er} juin 2021		Non	15
Maine-et-Loire	26	14		Oui			
Mayenne	5	7		Nombre de jour travaillé par semaine	0.525 (M-W) 0.415 (Khi ²)		
Sarthe	13	11		Moins de 4 jours	12	8	
Vendée	4	3	0.667	4 jours	26	27	
Faible densité en MG				Plus de 4 jours	17	16	
Forté densité en MG	36	29			Non	36	8

ANNEXE VII : Analyse en correspondance multiple du profil des médecins généralistes

Récapitulatif des modèles			
Dimension	Alpha de Cronbach	Variance représentée	
		Total (Valeur propre)	Inertie
1	0,687	2,809	0,176
2	0,667	2,669	0,167
Total		5,478	0,342
Moyenne	,677 ^a	2,739	0,171

a. La moyenne alpha de Cronbach est basée sur la valeur propre moyenne.



Variables transformées des corrélations

	Genre	Catégorie d'âge	Type d'exercice	Quel est votre périmètre de recrutement ? (distance moyenne entre le domicile des patients et le cabinet)	Secrétariat sur place	Participez-vous à la régulation médicale de garde?	Département	Nombre de jour travaillés par semaine
Genre	1,000	0,086	0,198	0,020	0,114	-0,009	0,110	0,187
Catégorie d'âge	0,086	1,000	0,067	0,187	0,147	0,162	0,375	0,464
Type d'exercice	0,198	0,067	1,000	0,229	-0,025	0,068	0,328	0,132
Quel est votre périmètre de recrutement ? (distance moyenne entre le domicile des patients et le cabinet)	0,020	0,187	0,229	1,000	0,156	0,045	0,417	0,232
Secrétariat sur place ^a	0,114	0,147	-0,025	0,156	1,000	-0,007	0,196	0,053
Participez-vous à la régulation médicale de garde?	-0,009	0,162	0,068	0,045	-0,007	1,000	0,199	0,122
Département ^a	0,110	0,375	0,328	0,417	0,196	0,199	1,000	0,274

Nombre de jour travaillés par semaine	0,187	0,464	0,132	0,232	0,053	0,122	0,274	1,000
Nombre de consultation par semaine [catégories] ^a	0,302	0,323	0,156	0,336	0,157	0,141	0,441	0,584
Nombre de téléconsultation par semaine	-0,069	0,039	-0,180	0,183	-0,008	0,007	0,212	-0,001
Réalisiez-vous des téléconsultations avant l'épidémie de COVID-19 (janvier 2020) ?	-0,049	0,040	-0,023	0,141	0,334	-0,066	0,016	-0,032
Téléphone uniquement pour les téléconsultation	0,020	-0,047	0,059	0,050	-0,047	0,071	-0,121	0,009
Pour vos téléconsultations, utilisez-vous une plateforme en ligne? Si oui, laquelle?	-0,012	-0,055	0,058	0,040	-0,052	0,081	-0,046	-0,024
Réalisiez-vous des téléconsultations avec des patients que vous ne suivez	0,060	0,071	0,131	-0,106	0,040	0,005	0,076	0,050

pas habituellement ?								
Pensez-vous continuer de réaliser des téléconsultations après le 1er juin 2021 ?	0,075	0,073	-0,048	0,070	-0,181	0,150	0,019	0,210
Mode d'exercice	0,018	0,189	0,039	0,040	0,056	-0,022	0,072	0,179
Dimension	1	2	3	4	5	6	7	8
Valeur propre	2,850	2,321	1,504	1,358	1,146	1,073	0,962	0,835

Variables transformées des corrélations

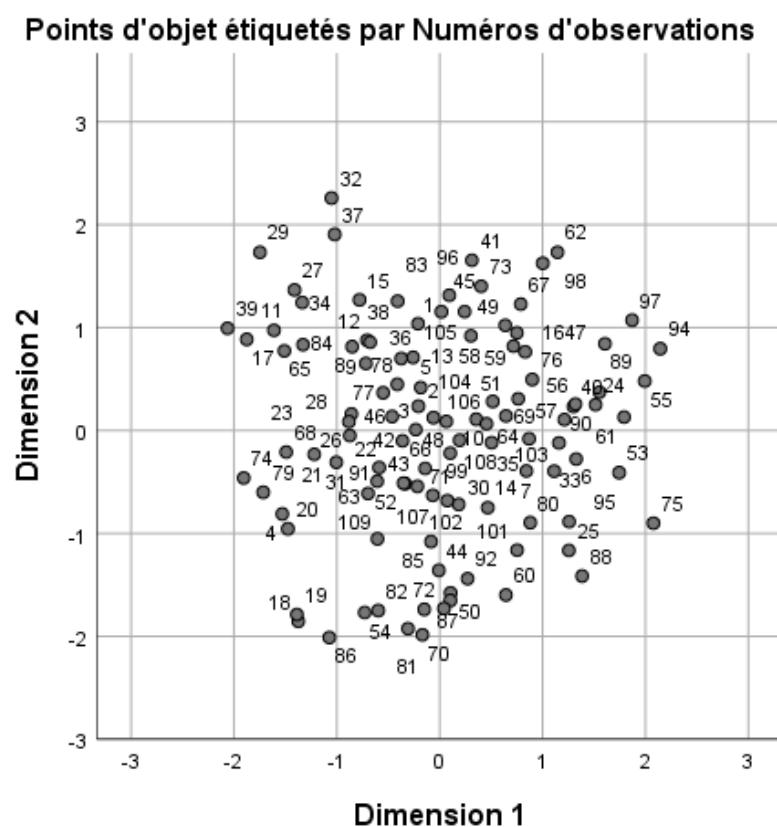
	Nombre de consultation par semaine [catégories]	Nombre de téléconsultation par semaine	Réalisiez-vous des téléconsultations avant l'épidémie de COVID-19 (janvier 2020) ?	Téléphone uniquement pour les téléconsultations	Pour vos téléconsultations, utilisez-vous une plateforme en ligne? Si oui, laquelle?	Réalisiez-vous des téléconsultations avec des patients que vous suivez pas habituellement ?	Pensez-vous continuer de réaliser des téléconsultations après le 1er juin 2021 ?	Mode d'exercice
Genre	0,302	-0,069	-0,049	0,020	-0,012	0,060	0,075	0,018
Catégorie d'âge	0,323	0,039	0,040	-0,047	-0,055	0,071	0,073	0,189
Type d'exercice	0,156	-0,180	-0,023	0,059	0,058	0,131	-0,048	0,039
Quel est votre périmètre de recrutement ? (distance moyenne entre le domicile des patients et le cabinet)	0,336	0,183	0,141	0,050	0,040	-0,106	0,070	0,040

Secrétariat sur placea	0,157	-0,008	0,334	-0,047	-0,052	0,040	-0,181	0,056
Participez-vous à la régulation médicale de garde?	0,141	0,007	-0,066	0,071	0,081	0,005	0,150	-0,022
Département	0,441	0,212	0,016	-0,121	-0,046	0,076	0,019	0,072
Nombre de jour travaillés par semaine	0,584	-0,001	-0,032	0,009	-0,024	0,050	0,210	0,179
Nombre de consultation par semaine [catégories] a	1,000	0,259	-0,040	0,014	-0,001	0,030	0,158	0,042
Nombre de téléconsultation par semaine	0,259	1,000	-0,083	0,111	0,230	-0,461	0,001	-0,097
Réalisiez-vous des téléconsultations avant l'épidémie de COVID-	-0,040	-0,083	1,000	-0,049	-0,100	0,117	-0,216	0,101

19 (janvier 2020) ?								
Téléphone uniquement pour les téléconsultation	0,014	0,111	-0,049	1,000	0,725	-0,142	0,240	-0,127
Pour vos téléconsultations, utilisez-vous une plateforme en ligne? Si oui, laquelle?	-0,001	0,230	-0,100	0,725	1,000	-0,247	0,275	-0,147
Réalisiez-vous des téléconsultations avec des patients que vous ne suiviez pas habituellement ?	0,030	-0,461	0,117	-0,142	-0,247	1,000	-0,241	0,151
Pensez-vous continuer de réaliser des téléconsultas	0,158	0,001	-0,216	0,240	0,275	-0,241	1,000	-0,075

tions après le 1er juin 2021 ?								
Mode d'exercice	0,042	-0,097	0,101	-0,127	-0,147	0,151	-0,075	1,000
Dimension	9	10	11	12	13	14	15	16
Valeur propre	0,774	0,665	0,614	0,556	0,509	0,322	0,267	0,244

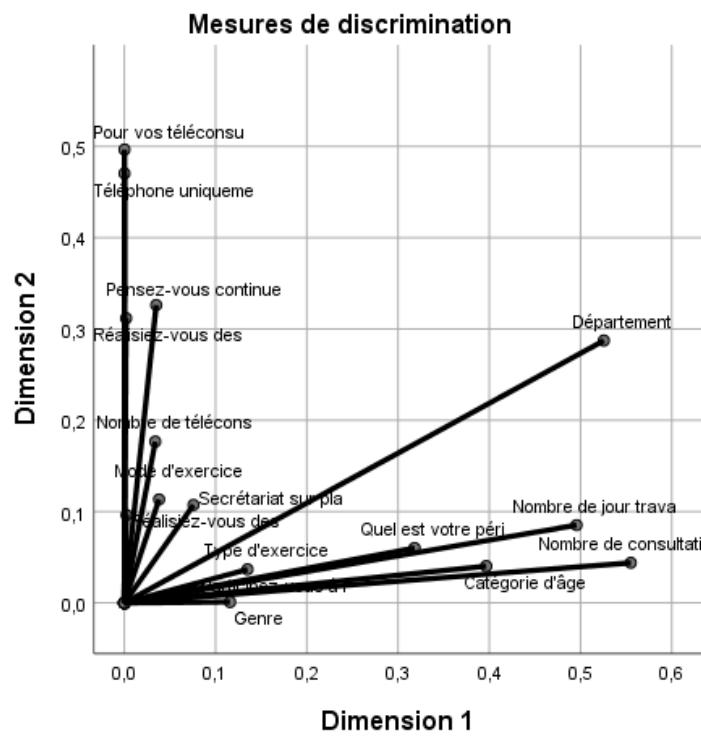
a. Les valeurs manquantes ont été prises en compte avec le mode de la variable quantifiée.



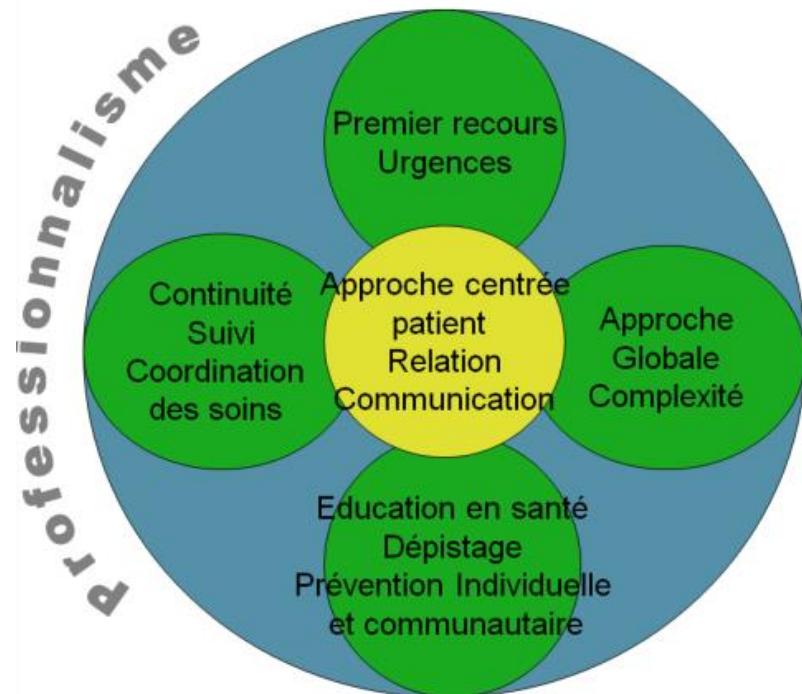
Normalisation variable principale.

Mesures de discrimination			
	Dimension		Moyenne
	1	2	
Genre	0,116	0,001	0,058
Catégorie d'âge	0,397	0,040	0,218
Type d'exercice	0,135	0,037	0,086
Quel est votre périmètre de recrutement ? (distance moyenne entre le domicile des patients et le cabinet)	0,318	0,060	0,189
Secrétariat sur place	0,076	0,107	0,092
Participez-vous à la régulation médicale de garde?	0,080	0,017	0,048
Département	0,525	0,287	0,406
Nombre de jour travaillés par semaine	0,496	0,085	0,290
Nombre de consultation par semaine [catégories]	0,555	0,044	0,300
Nombre de téléconsultation par semaine	0,034	0,177	0,105
Réalisiez-vous des téléconsultations avant l'épidémie de COVID-19 (janvier 2020) ?	0,002	0,096	0,049
Téléphone uniquement pour les téléconsultations	0,000	0,470	0,235
Pour vos téléconsultations, utilisez-vous une plateforme en ligne? Si oui, laquelle?	0,000	0,496	0,248
Réalisiez-vous des téléconsultations avec des patients que vous ne suiviez pas habituellement ?	0,002	0,312	0,157
Pensez-vous continuer de réaliser des téléconsultations après le 1er juin 2021 ?	0,035	0,326	0,181

Mode d'exercice	0,038	0,113	0,076
Total actif	2,809	2,669	2,739



ANNEXE VIII : Marguerite des compétences de médecine générale



PIERRET Héloïse, HOËZ Lucie, LACHEMET Ismaïl

La téléconsultation répond-elle aux spécificités attendues d'une consultation de médecine générale en présentiel ? - Etude quantitative descriptive à travers le regard des médecins généralistes des Pays de la Loire

RÉSUMÉ

Introduction : La pandémie de COVID-19 a motivé un assouplissement de la réglementation de la téléconsultation ce qui a favorisé son expansion. Cet engouement pour la téléconsultation interroge sur l'évolution de la pratique de la médecine générale et de ses spécificités. L'objectif principal de l'étude était d'explorer la perception des médecins généralistes lors d'une téléconsultation par rapport à une consultation en présentiel, à partir d'une analyse multidimensionnelle. Les objectifs secondaires étaient de décrire des profils de médecins réalisant des téléconsultations et de questionner l'accessibilité au soin. **Matériels et Méthodes :** Cette étude était observationnelle, transversale, descriptive et quantitative. Des questionnaires, réalisés à l'aide de la fiche FENCIS sur les compétences attendues en médecine générale, ont été envoyés par mail aux médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire. Résultats : Les 109 médecins généralistes réalisant des téléconsultations se sentaient plutôt moins à l'aise dans les domaines suivants : la relation médecin-malade, poser un diagnostic, proposer un suivi, les actes de prévention et d'éducation thérapeutique et les problématiques psycho-sociales. Ils étaient globalement autant à l'aise pour expliquer un diagnostic et une thérapeutique, pour adresser le patient à un spécialiste, pour prescrire des examens complémentaires, pour adresser le patient aux urgences, pour la mise à jour du calendrier vaccinal ainsi que pour la gestion des problèmes d'ordre administratif. Il n'a pas été trouvé de différence statistique sur les variables sociodémographiques et sur l'exercice entre les médecins réalisant des téléconsultations et ceux n'en réalisant pas. 6,4% des médecins généralistes réalisaient des téléconsultations avant la pandémie, ils étaient 59,6% à vouloir poursuivre. 53,27% des médecins répondants pensaient que la téléconsultation n'améliorait pas l'accessibilité aux soins. Les médecins généralistes souhaitant poursuivre les téléconsultations jugeaient que la téléconsultation améliorait l'accessibilité aux soins ($p<0,001$). **Conclusion :** Le développement de la pratique de la téléconsultation a contribué à un changement de la culture médicale à l'égard des pratiques à distance. D'après notre étude, la téléconsultation n'offre pas les spécificités attendues d'une consultation en médecine générale. Elle restera probablement un outil complémentaire pour l'offre de soins et pourrait améliorer l'accès aux soins. Pour mieux l'appréhender, il semble essentiel d'en favoriser la formation.

Mots-clés : soins primaires ; télémédecine ; accessibilité aux soins ; examen clinique ; COVID-19 ; SARS-COV2 ; relation médecin-patient ; profil ; opinion ; compétence ; FENCIS

Does the teleconsultation practice answers expected specificities of a face-to-face general medicine consultation? - Descriptive quantitative study through the point of view of general practitioners in Pays de la Loire

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has motivated the relaxation of the regulation of teleconsultation, which has promoted its expansion. This enthusiasm for teleconsultation raises questions about the evolution of the practice of general medicine and its specificities. The main objective of the study was to explore the perception of general practitioners during a teleconsultation compared to a face-to-face consultation, based on a multidimensional analysis. The secondary objectives were to describe profiles of general practitioner performing teleconsultations and to question accessibility to health care. **Materials and Methods:** This study was observational, cross-sectional, descriptive, and quantitative. We used the FENCIS form which aims to assess the expected skills in general medicine to conduct the questionnaires that we sent by email to private general practitioners in Les Pays de la Loire. **Results:** The 109 general practitioners performing teleconsultations felt rather less comfortable in the following areas: the doctor-patient relationship, making a diagnosis, offering follow-up, acts of prevention and therapeutic education and psychosocial issues. Overall, they were just as comfortable as a face-to-face consultation explaining a diagnosis and treatment, referring the patient to a specialist, prescribing additional examinations, referring the patient to the emergency service, updating the vaccination schedule, and managing administrative problems. No statistical difference was found on sociodemographic variables and exercise between doctors performing teleconsultations and those not performing them. 6.4% of general practitioners carried out teleconsultations before the pandemic, 59.6% wanted to continue. 53.27% of responding physicians thought that teleconsultation did not improve accessibility to health care. General practitioners wishing to continue teleconsultations judged that teleconsultation improved accessibility to health care ($p<0.001$). **Conclusion:** The development of teleconsultation has contributed to a change in medical culture towards remote practices. According to our study, teleconsultation does not offer the expected specificities of a consultation in general medicine. It will probably remain a complementary tool for the supply of care and could improve accessibility to health care. To better understand it, it seems essential to promote its training

Keywords : primary care ; telemedicine ; accessibility to health care ; physical examination ; COVID-19 ; SARS-COV-2 ; doctor-patient relationship ; profile ; opinion ; skill ; FENCIS



FACULTÉ
DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS