

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evolution de la pratique de la téléconsultation en médecine
générale libérale dans le Nord et le Pas-de-Calais suite à la crise
sanitaire due au COVID-19**

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2021 à 18h
au Pôle Formation
par Robin OBRY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Docteur Franck AMMEUX

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Benjamin ALEXANDRE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt à propos d'une quelconque plateforme commerciale ou logiciel de téléconsultation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LISTES DES ABREVIATIONS

ADRI : téléservice Acquisition des DRoits intégrée

ALD : Affection de Longue Durée

ARN : Acide RiboNucléique

COVID-19 : COronaVirus Disease 2019

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et des Evaluations Statistiques

JIM : Journal International de Médecine

LET : L'association des Entreprises de Télémédecine

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RT-PCR : Reverse Transcriptase-Polymerase Chain Reaction

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SARS CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

RESUME

Contexte : La téléconsultation est une pratique qui se développe depuis plusieurs années en France. Elle a connu un essor particulièrement important avec l'arrivée de la crise sanitaire due à la pandémie de COVID-19. La plupart des médecins généralistes ont pu alors expérimenter cette pratique.

Objectifs : Nous avons étudié ce développement chez les médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais. Nous avons alors cherché à savoir si cet outil se pérennisera à l'avenir, et à déterminer les facteurs favorisant la volonté de poursuivre ou non cette pratique.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative par questionnaire de 34 propositions. Celui-ci a été diffusé via la plateforme amelico aux médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais. Une analyse statistique a ensuite été réalisée.

Résultats : La téléconsultation s'est en effet énormément développée suite à la crise sanitaire et elle sera utilisée de manière plus importante après la crise, qu'elle ne l'était avant. La satisfaction est globalement moyenne et étant corrélée à la volonté de poursuivre la pratique de la téléconsultation on peut penser qu'elle continuera de se développer de manière assez lente dans un premier temps. Les jeunes médecins et ceux travaillant en milieu pluriprofessionnel sont significativement plus décidés à poursuivre l'utilisation de la téléconsultation. Un effet logiciel dépendant a également été retrouvé. On note que le manque d'examen clinique reste le frein principal concernant l'utilisation de cet outil, suivi d'un cadre légal trop contraignant et une tâche administrative trop lourde. Le maintien de la téléconsultation par téléphone serait cependant un facteur favorisant la poursuite de la téléconsultation.

Conclusion : Nous assistons actuellement à un développement révolutionnaire de la téléconsultation. On pourra probablement parler d'un effet « avant/après crise » lorsque l'on sera sorti de cette période. La téléconsultation continuera de se développer par la suite, notamment avec l'arrivée des jeunes générations et le développement des maisons de santé pluridisciplinaires.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	13
I. La COVID-19	13
1. Le SARS-CoV-2	13
2. Les caractéristiques de la COVID-19	15
3. Epidémiologie et développement de la COVID-19.....	18
II. La Téléconsultation.....	20
1. Définition	20
2. Historique et cadre légal.....	21
III. Point de vue de l'auteur	25
IV. Objectifs et justification du choix de l'étude.....	26
MATERIEL ET METHODE.....	27
I. Type d'étude.....	27
II. Critère de jugement principal et critères de jugements secondaires.....	27
III. Population ciblée	28
IV. Questionnaire et déroulement de l'étude.....	29
V. Analyse des données.....	31
RESULTATS.....	32
I. Population étudiée	32
II. Etude de la pratique de la téléconsultation.....	34
III. Etude de la satisfaction.....	39
IV. Analyse bivariée	51
V. Synthèse des expression libres	54
DISCUSSION.....	56
I. Limites et forces de l'étude	56
1. Limites.....	56
2. Forces.....	58
II. Population étudiée	59
III. Pratique de la téléconsultation	60
IV. Satisfaction	64
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES.....	76
I. Annexe 1 : questionnaire (version pdf).....	76
II. Annexe 2 : copie du mail du Conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins	83

Table des figures et tableaux :

Tableau 1: Tableau récapitulatif du nombre de cas et de décès liés au coronavirus en France et dans le monde entier	19
Tableau 2 : Caractéristiques de la population	32
Tableau 3 : Détail des réponses des médecins interrogés concernant leur désir de poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de crise sanitaire	37
Tableau 4 : Détail des réponses à la question : « Parmi les propositions suivantes, quelles seraient celles qui vous encourageraient le plus à poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire due au COVID-19 ? »...47	47
Tableau 5: Détail des réponses à la question : « Parmi les propositions suivantes, quelles seraient celles qui vous décourageraient le plus à poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire due au COVID-19 ? »...49	49
Tableau 6 : Tableau récapitulatif de l'analyse bivariée de la volonté de poursuivre la téléconsultation ou non en fonction des caractéristiques de la population	52
Tableau 7 : Tableau récapitulatif de l'analyse bivariée de la volonté de poursuivre la téléconsultation ou non en fonction du logiciel utilisé	53
Figure 1 : Coronavirus observé par microscope électronique	13
Figure 2 : Affiche explicative du gouvernement au sujet des gestes barrières	17
Figure 3 : Carte de France d'avril 2020 représentant les régions les plus touchées par le coronavirus.....	18
Figure 4: Graphique représentant la répartition de l'âge et l'année d'installation de la population étudiée.	33
Figure 5 : Graphique représentant la répartition du secteur d'activité de la population étudiée	34

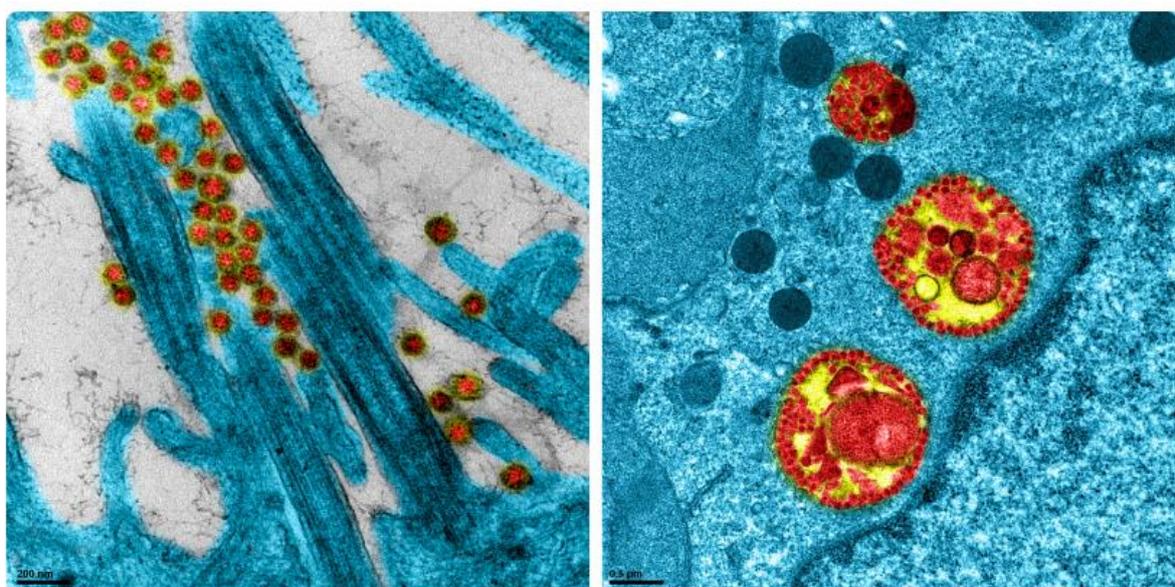
Figure 6 : Graphiques représentant la proportion de médecins ayant pratiqué la téléconsultation avant et depuis la crise sanitaire parmi ceux ayant déjà pratiqué au moins une fois la téléconsultation.	35
Figure 7 : Graphique représentant les outils utilisés pour pratiquer la téléconsultation dans la population étudiée	36
Figure 8 : Graphique représentant la volonté des médecins de poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de crise sanitaire	37
Figure 9 : Comparaison de la satisfaction de la pratique de la téléconsultation avant et depuis la période de crise sanitaire	39
Figure 10 : Comparaison des différents problèmes rencontrés par les médecins concernant la pratique de la téléconsultation.	43
Figure 11 : Représentation de l'investissement des médecins pour pratiquer la téléconsultation	44
Figure 12 : Représentation de la rentabilité de l'investissement apporté pour pratiquer la téléconsultation.	45

INTRODUCTION

I. La COVID-19

1. Le SARS-CoV-2

La COVID-19 (ou COronaVirus Disease 2019) est une maladie virale causée par un virus à ARN enveloppé : le SARS-CoV-2. Celui-ci appartient à la famille des coronavirus (CoV), dénomination liée à la « couronne » que forment certaines protéines à la surface de ces virus. Il a été identifié pour la première fois à Wuhan en Chine, en décembre 2019.



À gauche : des virus SARS-CoV-2 accrochés aux cils de cellules épithéliales humaines en culture, observés par microscopie électronique à transmission. À droite : une cellule infectée par le virus. © Manuel Rosa-Calatrava, Inserm ; Olivier Terrier, CNRS ; Andrés Pizzorno, Signia Therapeutics ; Elisabeth Errazuriz-Cerda UCBL1 CIQLE. VirPath (Centre international de recherche en infectiologie, unité Inserm 1111 - UMR 5308 CNRS - ENS Lyon - UCBL1). Colorisée par Noa Rosa C.

Figure 1 : Coronavirus observé par microscope électronique

Les coronavirus forment une famille de virus dont certains peuvent infecter les humains, entraînant le plus souvent des symptômes bénins. Néanmoins, trois épidémies mortelles sont déjà survenues au 21^e siècle, dont celle en cours :

- le SARS-CoV responsable du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003.
- le MERS-CoV responsable d'une atteinte respiratoire potentiellement sévère (*Middle East Respiratory Syndrome*) en 2012.
- Le SARS-CoV-2 responsable de la COVID-19 en 2019.

Le SARS-CoV-2 se transmet depuis une personne infectée vers une personne non infectée par deux voies principales :

- Le contact direct avec la personne infectée ou une surface qu'elle a contaminée
- La transmission aérienne (ou aéroportée) du virus via des gouttelettes ou un aérosol émis par la personne infectée

Les virus à ARN présentent une tendance à muter lors de leur réplication. Le SARS-CoV-2 ne fait pas exception et à ce jour on distingue plusieurs « variants » qui regroupent des ensembles de virus possédant les mêmes mutations(1). Il s'agit des :

- Variant dit « britannique » (variant 501Y.V1, de la lignée B.1.1.7)
- Variant dit « sud-africain » (variant 501Y.V2, de la lignée B.1.351)
- Variant dit « brésilien » (variant 501Y.V3, de la lignée P.1 ou B.1.1.248)

2. Les caractéristiques de la COVID-19

La durée d'incubation est d'environ 5 à 6 jours. Les symptômes les plus fréquents de la COVID-19 sont les signes classiques d'une infection respiratoire, à savoir la fièvre et la toux. L'accumulation de liquide dans les alvéoles pulmonaires et bronchioles peut également engendrer une dyspnée.

La complexité de la COVID-19 réside dans le fait que dans 20 à 50% des cas les personnes infectées ne développent pas de symptômes (2). De plus de nombreux autres symptômes peuvent être présents : myalgies, anosmie, agueusie, fatigue, céphalées, maux de gorges, nausées, vomissements, diarrhées, érythème, éruption cutanée, pseudo-engelures, etc... Des malaises, confusions et chutes à répétitions ont également été décrits chez la personne âgée.

Le diagnostic se fait par un test RT-PCR par voie nasopharyngée qui détecte et amplifie le matériel génétique viral. Des tests salivaires et des tests antigéniques (par voie nasopharyngée) ont également été mis au point mais sont cependant moins sensibles. Les tests sérologiques ne permettent pas de diagnostiquer une infection en cours ni même d'affirmer une immunité mais bien seulement de confirmer un contact entre le virus et la personne testée.

Dans 80% des cas environ, les symptômes restent légers ou modérés et disparaissent après 5 à 14 jours. On note cependant 10 à 15% de formes graves.

La plupart des formes graves se développent dans la deuxième semaine suivant l'apparition des symptômes. L'infection peut conduire à une insuffisance respiratoire, voire à un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) imposant l'admission en réanimation.

A ce jour aucun traitement spécifique n'a été mis au point. Plusieurs pistes sont en cours d'étude comme des antiviraux, des immunomodulateurs ou en encore des immunothérapies. Nous n'avons également pas assez de recul pour savoir si la maladie peut laisser des séquelles au long terme ou si la réponse immunitaire induite par le virus entraîne une protection pérenne.

Cependant plusieurs vaccins ont déjà été mis au point en très peu de temps pour tenter d'endiguer l'épidémie(2). En France à ce jour 2 types de vaccins sont utilisés :

- Des vaccins à **ARN messenger** (produits par des laboratoires tel que Pfizer/Biontech et Moderna). Il s'agit de molécules d'ARN messenger qui codent pour la protéine Spike du SARS-CoV-2. Injectés dans notre organisme, ils conduisent à la production de protéines virales par nos propres cellules. Ces protéines permettent à notre système immunitaire d'apprendre à reconnaître et à détruire le virus.
- Des vaccins à **vecteur viral** (produits par des laboratoires tel que Astrazeneca ou Johnson & Johnson). Il s'agit d'adénovirus génétiquement modifiés pour limiter leur réplication dans notre organisme et pour exprimer la protéine Spike du SARS-CoV-2.

La stratégie actuelle en plus de la vaccination est la prévention. Des mesures (appelées « gestes barrières » en France) ont été adoptées dans le monde entier pour limiter la diffusion du virus en attendant l'arrivée d'un vaccin ou d'un traitement curatif (3). Ces mesures sont :

- Distance d'au moins 1 mètre entre les personnes
- Lavage des mains au savon ou à la solution hydro alcoolique
- Port du masque en public
- Toux et éternuement dans le coude ou dans un mouchoir
- Eviter de se toucher le visage, les yeux, la bouche et le nez
- Eviter les lieux clos, bondés, où la distanciation sociale ne peut être respectée.
- En cas de symptômes : rester à la maison et s'isoler tant que possible



Figure 2 : Affiche explicative du gouvernement au sujet des gestes barrières

3. Epidémiologie et développement de la COVID-19

La COVID-19, touchant initialement l'Asie, s'étend rapidement à l'ensemble de la planète et est déclarée comme pandémie par l'OMS le 11 mars 2020 (4).

Les trois premiers cas en France ont été recensés le 24 janvier 2020(5). Un rassemblement évangélique fin février et début mars 2020 à Mulhouse lance l'épidémie dans l'Est qui sera par la suite sévèrement touché, ainsi que la région Parisienne, les Hauts-de-France et la région Auvergne Rhône-Alpes qui regroupent à elles seules 72% des cas hospitalisés début mai(6).

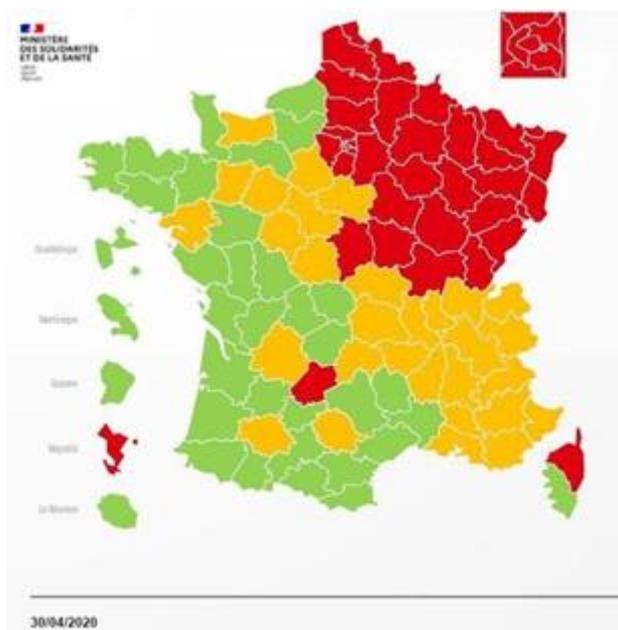


Figure 3 : Carte de France d'avril 2020 représentant les régions les plus touchées par le coronavirus

Par la suite l'épidémie s'est diffusée à travers la France entière. Le bilan s'alourdit de jour en jour et l'épidémie n'est à ce jour pas encore maîtrisée.

Tableau 1: Tableau récapitulatif du nombre de cas et de décès liés au coronavirus en France et dans le monde entier

Chiffres clés (point du 19/04/2021) (7)	Nombre de cas confirmés	Nombre de décès
Dans le monde	136 508 474	2 944 827
En Europe	28 496 538	645 412
En France	5 296 222	101 209

En date du 18/05/2021 le nombre de personnes en France ayant reçu au moins une dose de vaccin est de **21 133 653** (8).

Cette crise sanitaire donne lieu à des mesures inédites. En effet le gouvernement annonce un premier confinement de la population qui aura lieu du 17 mars 2020 au 11 mai 2020 puis un second confinement du 30 octobre 2020 au 15 décembre 2020 suivi d'un couvre-feu. Actuellement un troisième confinement est en cours depuis le 31 mars 2021.

La population a dû s'adapter à ces mesures inédites par différents moyens : télétravail, vente à emporter, nombre de livraisons plus important, etc... Les médecins ont également dû développer en urgence des solutions pour continuer à soigner leur patientèle. Parmi celles-ci figure la téléconsultation.

II. La téléconsultation

1. Définition

La téléconsultation est une consultation réalisée par un médecin à distance d'un patient(9). Elle fait partie d'un cadre plus grand nommé télémédecine.

La télémédecine est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997 comme « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique » (10)

La télémédecine comporte 5 actes (11) :

- La **téléconsultation** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.
- La **téléexpertise** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La **télésurveillance** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être

automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

- La **téléassistance** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La **réponse médicale** ou activité de **régulation médicale** qui peut également se retrouver sous le nom de télé régulation. Il s'agit du SAMU et des centres 15 organisés pour répondre 24h/24 aux demandes d'aide médicale urgente.

2. Historique et cadre légal

La première téléconsultation vidéo a eu lieu en 1959 entre l'institut psychiatrique du Nebraska et un hôpital de Norfolk grâce à une télévision interactive à deux voies(12). Par la suite les progrès technologiques de la téléphonie et d'internet ont permis le développement de la téléconsultation. Le Professeur Louis Lareng (fondateur du SAMU) crée au CHU de Toulouse le 26 septembre 1989 l'Institut Européen de Télémedecine, et fonde la société européenne de télémedecine et E-Santé en 1991 (13). Comme mentionné précédemment, c'est en 1997 que l'OMS définit la télémedecine.

Dans la législation française, c'est en 2004 que la télémedecine apparaît. Elle est définie comme permettant « *d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* »(14).

La définition est complétée en juillet 2009 avec la loi HSPT (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) qui introduit la notion de prescription à distance, de préparation d'une décision thérapeutique ou encore la possibilité de mise en relation avec un ou plusieurs médecins de manière simultanée. La question de la rémunération y est également abordée ainsi que l'utilisation de la télémédecine comme outil de développement d'accès aux soins(15). Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine en précise les cinq actes définis précédemment (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance, réponse médicale) (16),(17).

Le tournant le plus important de la téléconsultation a lieu en 2018 avec l'entrée de celle-ci dans le droit commun. En effet, l'avenant 6 à la convention médicale, et la décision du 10 juillet 2018 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) ont précisé les modalités de facturation et de remboursement des téléconsultations réalisées dans le cadre du parcours de soins(18). Cela donne lieu à un nouvel acte intitulé « Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit téléconsultant » qui est inscrit à l'UNCAM à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Sa cotation est « TCG » pour les médecins généralistes et elle est d'un montant de 25 euros.

Désormais, la téléconsultation devient concrète et les modalités sont claires :

- Une téléconsultation doit se passer entre un patient et un médecin qui l'a consulté en face à face au moins une fois au cours des 12 derniers mois.
- Le patient doit suivre le parcours de soins.
- La consultation doit se faire au moyen d'un support vidéo.

- Les échanges de documents (résultats d'analyses, ordonnances, etc...) doivent se faire sur une messagerie sécurisée.
- La consultation est facturée au même titre qu'une consultation normale et prise en charge à hauteur de 70 %.

C'est à partir de ce moment que de nombreuses plateformes et de nombreux logiciels de téléconsultations (payants ou non) voient le jour : « Doctolib », « Qeva », « Livi », « Qare », « Prédice », etc...

À la suite de cela apparaissent certaines dérogations aux modalités qui sont :

- Les situations d'urgence.
- Les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné ou lorsque ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec son état de santé(19).

Malgré tout, la France est en retard dans la mise en place et le développement de la téléconsultation. En comparaison, la Suède est l'un des pays européens les plus avancés sur l'usage de la téléconsultation, avec 6 % des actes médicaux effectués par téléconsultation contre moins de 1% en France(20).

En 2020 survient la crise sanitaire du coronavirus que nous connaissons et l'Etat modifie le cadre légal afin de faciliter et d'encourager au maximum la pratique de la téléconsultation. En effet, celle-ci a le double avantage de pouvoir limiter les contacts physiques et donc de limiter la diffusion de l'épidémie, mais également de continuer à réaliser le suivi des patients porteurs de maladies chroniques malgré le confinement. L'activité des médecins généralistes a chuté de 44 % et celle des médecins spécialistes de 71 % entre janvier et avril 2020.

Le décret du 9 mars 2020 permet la prise en charge en téléconsultation à 100% des patients potentiellement atteints de la COVID-19, et ce même s'ils ne consultent pas leur médecin traitant(21). Par la suite un remboursement à 100% des téléconsultations quel que soit le motif de celles-ci est appliqué jusqu'au 31 décembre 2020(22), puis renouvelé jusqu'au 16 février 2021.

L'utilisation du téléphone ainsi que de n'importe quel logiciel ou plateforme permettant une vidéo transmission est également autorisé lors du premier confinement. Cette autorisation est levée le 11 juillet 2020 mais est réintroduite lors du deuxième confinement. Une prolongation de la possibilité de réaliser une téléconsultation par téléphone est réintroduite à nouveau du 11 mars 2021 jusqu'au 1^{er} juin pour les personnes n'ayant pas accès à une connexion internet haut débit ou sans moyen de vidéo transmissions. Cette dérogation s'applique également aux 4 situations suivantes : patiente enceinte, patient en ALD, patient de plus de 70 ans et patient présentant des symptômes du COVID-19. La téléconsultation est dès lors intégralement remboursée à hauteur d'un acte par mois par patient.(23)

La pratique de la téléconsultation explose littéralement pendant la période de crise sanitaire. En effet, en avril 2020, 4,5 millions d'actes de téléconsultation sont recensés par l'Assurance Maladie contre 40 000 en février 2020(24). Durant la première période de confinement, la téléconsultation représentait 1 consultation sur 4. Elle concernait tous les âges car 1 patient sur 5 y ayant recouru avait plus de 70 ans. De plus, depuis le début de la crise sanitaire, un médecin généraliste pratiquant la téléconsultation réaliserait 46 % de consultations de plus qu'un médecin généraliste qui ne propose pas de téléconsultation(20).

III. Point de vue de l'auteur

A l'apparition de la pandémie de COVID-19 j'étais interne à l'hôpital de Seclin dans le service de Pneumologie qui s'était alors transformé en « secteur COVID ». De ce fait, j'ai pu prendre pleinement part à la gestion de cette crise et constater en temps réel les ravages causés par ce virus ainsi que le développement des stratégies gouvernementales pour y répondre. Il s'agit d'un état de crise inédit qui nous rappelle à quel point nous pouvons être démunis et au cours duquel nous avons dû nous adapter aux découvertes et directives hebdomadaires, voire quotidiennes.

A la fin de ce semestre, j'ai ensuite effectué un stage de médecine libérale où j'ai pu continuer de prendre part à la gestion de cette crise mais cette fois en ville. Cela m'a également montré le fossé existant entre le monde hospitalier et la médecine libérale, notamment en termes de moyens financiers et d'accessibilité au matériel en pénurie. J'ai ainsi pu découvrir et m'entraîner à la pratique de la téléconsultation et cela m'a tout de suite intéressé. J'ai trouvé ce procédé révolutionnaire, surtout dans ce contexte. Après m'être rendu compte que cette pratique avait littéralement explosé, ma première interrogation s'est portée sur le maintien de la pratique de la téléconsultation après une sortie éventuelle de cette crise sanitaire.

Mon sujet de thèse s'est alors imposé.

IV. Objectifs et justification du choix de l'étude

Depuis plusieurs années, la téléconsultation s'est progressivement développée. Ses avantages et limites ont déjà été bien étudiés pourtant cette pratique restait globalement peu utilisée en France par l'ensemble des médecins généralistes.

La crise sanitaire en France due à la pandémie de coronavirus a été inédite en termes de pratiques médicales. Les différents services de santé ont dû s'adapter à cette situation. La téléconsultation a été un outil précieux pendant cette période, tant pour le personnel hospitalier qu'ambulatoire. Elle s'est rapidement développée et continue d'être largement utilisée.

Dans ce contexte, j'ai cherché à étudier ce développement massif de la pratique de la téléconsultation en médecine générale libérale et à savoir si elle se maintiendra par la suite. Il est également intéressant de savoir si elle a été globalement satisfaisante en période de crise et quels sont les facteurs encourageant ou décourageant les médecins à la pratiquer.

Ainsi, nous saurions alors si la téléconsultation n'a représenté qu'un outil temporaire employé pendant cette période ou si les médecins voient en elle un outil d'avenir.

Objectif principal de notre étude : évaluer le pourcentage de médecins généralistes libéraux désireux de poursuivre la pratique de la téléconsultation après une sortie de la crise sanitaire due au COVID-19.

Objectif secondaire : évaluer la satisfaction globale vis-à-vis de la téléconsultation en période de crise sanitaire et analyser les facteurs favorisant et nuisant à la poursuite de la pratique de la téléconsultation après une sortie de la crise sanitaire dûe au COVID-19.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative, prospective, observationnelle et par questionnaire dans le Nord et le Pas-de-Calais.

II. Critère de jugement principal et critères de jugements secondaires

Critère de jugement principal :

- Taux de médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais déclarant vouloir poursuivre la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire du COVID 19.

Critères de jugement secondaires :

- Taux de satisfaction déclaré sur questionnaire par les médecins généralistes ayant pratiqué la téléconsultation durant la période de crise sanitaire.
- Facteurs encourageant et décourageant la poursuite de la pratique de la téléconsultation majoritairement choisis dans le questionnaire.

III. Population ciblée

L'étude s'est portée sur les médecins généralistes libéraux installés dans le Nord et/ou le Pas-de-Calais. L'évaluation s'étant portée également sur la satisfaction et la rentabilité de la mise en place de la téléconsultation au cabinet, il nous a paru intéressant d'exclure les médecins remplaçants, hospitaliers et salariés qui auraient pu biaiser cette partie.

Critères d'inclusion : médecin généraliste libéral installé et exerçant dans le Nord et/ou le Pas-de-Calais.

Critères d'exclusion : médecin hospitalier, salarié, remplaçant ou activité mixte. Refus de participer. Age inférieur à 20 ans ou supérieur à 80 ans. Médecin retraité.

IV. Questionnaire et déroulement de l'étude

Un questionnaire de 34 propositions (*cf annexe 1*) a été rédigé sur la plateforme sphinx.univ-catholille.fr.

Il comportait 3 parties :

- 1) Etude des caractéristiques de la population étudiée : âge, sexe, lieu et type d'exercice, date d'installation, possession d'un secrétariat ou non, importance de l'activité.
- 2) Etude de la pratique de la téléconsultation du médecin interrogé : pratique de la téléconsultation, depuis quand, par quel moyen, et volonté éventuelle de poursuivre la téléconsultation à l'avenir.
- 3) Etude de la satisfaction et des facteurs encourageant et décourageant un désir éventuel de poursuivre la pratique de la téléconsultation : problèmes médicaux, administratifs organisationnels, informatiques, médico-légaux, investissement et rentabilité.

Le questionnaire proposait ou supprimait automatiquement certaines questions en fonction des réponses précédentes. (*exemple : un médecin déclarant ne jamais avoir pratiqué la téléconsultation n'avait pas accès aux questions sur la satisfaction, ni aux facteurs encourageant ou décourageant la poursuite de cette pratique. A la place il avait accès à une question lui demandant les facteurs qui l'encourageraient ou le décourageraient à débiter cette pratique*). Il était obligatoire de répondre à chaque question proposée par le questionnaire.

La période de crise sanitaire est évoquée dans de multiples questions. Nous avons choisi de définir le premier jour du premier confinement de la population en France (17 mars 2020) comme le début de cette période.

Concernant les questions sur les facteurs encourageant ou décourageant les médecins à poursuivre/débuter la pratique de la téléconsultation, ils ne pouvaient choisir que 3 propositions, afin de prioriser les facteurs essentiels. Le risque de laisser un choix multiple sans restriction aurait été d'être tenté de tout cocher.

Concernant les questions en rapport avec les facteurs encourageants et décourageants, les propositions se sont basées sur les résultats de mes recherches bibliographiques.

Les médecins avaient la possibilité de s'exprimer librement dans un cadre prévu à cet effet à la fin du questionnaire. Cela permettait de traiter d'éventuels remarques, ressentis ou informations non abordées par les différentes questions.

Le questionnaire a ensuite été diffusé par mail aux médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais via ammelico.org. Ils devaient cliquer sur un lien et pouvaient le remplir en ligne. Les réponses étaient directement disponibles sur la plateforme. Le questionnaire a été envoyé le 17 février 2021 et est resté en ligne jusque fin mars, où nous avons clôturé le recueil des données. Aucune relance n'a été effectuée.

V. Analyse des données

Une première analyse descriptive par calcul du taux de pourcentage pour chaque réponse a été effectuée.

Une deuxième analyse, cette fois statistique, a été réalisée. Elle comportait une analyse univariée par calcul de moyenne. Pour les questions comportant 5 réponses possibles (comme celles demandant à quel point les médecins désiraient poursuivre la pratique de la téléconsultation après une sortie hypothétique de la crise ou encore celles à propos de la satisfaction), les réponses ont été transformées en valeurs numériques et classées de 0 à 4. Cela nous a permis de pouvoir quantifier et réaliser une moyenne lors de l'analyse univariée.

Par la suite, nous avons réalisé une analyse bivariée par test du Khi^2 entre les moyennes des variables des caractéristiques de la population et le désir de poursuivre la téléconsultation. Nous avons pour cela formé deux groupes :

- Un groupe de médecins voulant sûrement ou de manière certaine poursuivre la téléconsultation en groupant les valeurs 3 et 4.
- Un groupe de médecins ne voulant que peu ou pas la poursuivre en groupant les valeurs 0 et 1.
- Les valeurs 2 représentant les avis neutres ont été écartées lors de cette analyse bivariée, le but étant de définir les facteurs faisant pencher la balance d'un côté ou de l'autre.

RESULTATS

I. Population étudiée

Nous avons reçu 204 réponses. Parmi celles-ci, 23 ont été écartées car ne rentrant pas dans le cadre de l'étude (salarié, remplaçant ou activité mixte). Le nombre de réponses analysables était donc de 181.

A noter que 191 des 204 réponses (soit 93,6%) sont parvenues pendant les 10 premiers jours.

Tableau 2 : caractéristiques de la population

Variable qualitative	Nombre	Pourcentage (par rapport à la population étudiée)
Sexe		
Homme	109	60,2%
Femme	72	39,8%
Département d'exercice		
Nord	140	77,3%
Pas-de-Calais	41	22,7%
Secteur d'activité		
Rural	24	13,3%
Semi-rural	63	34,8%
Ville	94	51,9%
Type d'activité		
Seul	65	35,9%
Pluriprofessionnel	116	64,1%
Maître de stage universitaire		
Possède un secrétariat	150	82,9%

La population étudiée avait entre 31 et 75 ans pour un âge moyen de 49,27 ans et une médiane à 51 ans. La date d'installation était répartie de manière similaire avec une durée d'installation moyenne de 18,46 années.

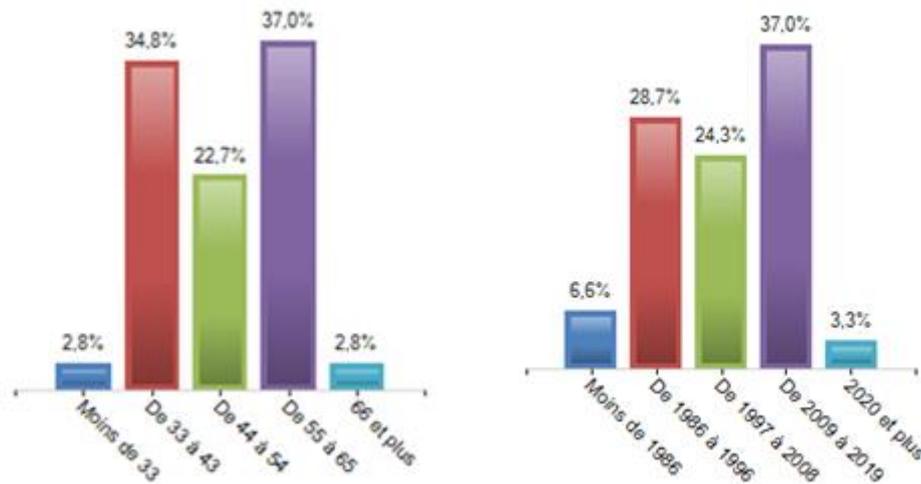


Figure 4: A gauche, graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de l'âge. A droite, graphique représentant la répartition de la population étudiée selon l'année d'installation.

Cette population était composée de 60,2% d'hommes contre 39,8% de femmes. 77,3% exerçaient dans le Nord et 22,7% dans le Pas-de-Calais.

La pratique citadine était majoritairement représentée avec 51,9% de médecins exerçant en ville contre 34,8% en semi-rural et 13,3% en rural.

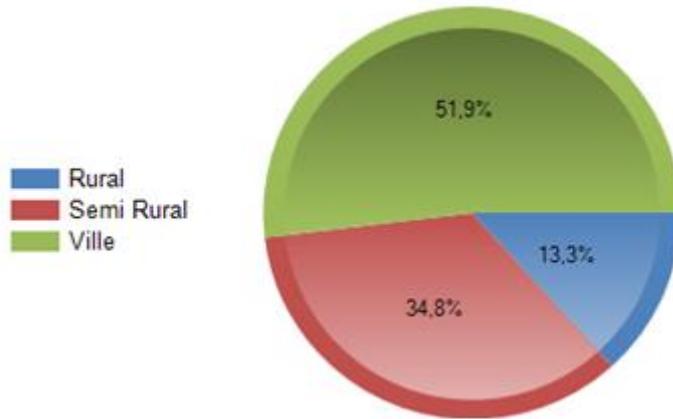


Figure 5 : Graphique représentant la répartition du secteur d'activité de la population étudiée

La pratique pluriprofessionnelle était également majoritaire avec 64,1% contre 35,9% de médecins travaillant seul.

Le nombre d'actes quotidiens moyen était de 27,73 pour un temps de travail hebdomadaire moyen de 47,62 heures.

II. Etude de la pratique de la téléconsultation

169 (soit 93,4%) des médecins inclus avaient déjà pratiqué au moins une fois la téléconsultation dans leur carrière. Parmi ceux-ci, seuls 1,8% ne la pratiquent plus alors que 83,4% ne pratiquaient pas la téléconsultation avant la crise. Ces 1,8% représentent donc 3 médecins ayant probablement expérimenté la téléconsultation auparavant mais ne l'ayant pas pratiqué depuis la crise. A noter que ces 3 médecins n'ont pas eu accès aux questions sur le désir de poursuivre la téléconsultation car ne la pratiquant pas depuis la crise.

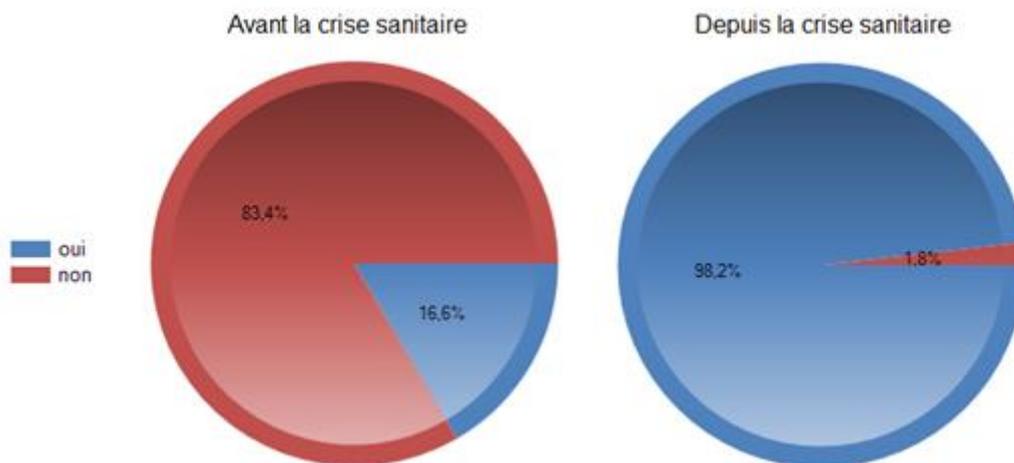


Figure 6 : Graphiques représentant la proportion de médecins ayant pratiqué la téléconsultation avant et depuis la crise sanitaire parmi ceux ayant déjà pratiqué au moins une fois la téléconsultation.

Sur l'échantillon total, le nombre de médecins ayant pratiqué la téléconsultation avant la crise passe donc de 28 (soit 15,4%) à 166 depuis (soit 91,7%).

Le nombre moyen d'actes quotidiens de téléconsultations était de 1,89 chez les médecins pratiquant cet outil avant la crise et il était de 3,10 chez ceux qui la pratiquent depuis.

Seuls 38 médecins (soit 22,5%) ont reçu une formation dédiée à la téléconsultation.

Concernant les outils utilisés, la majorité des médecins répondants ont pu pratiquer la téléconsultation sur un logiciel dédié (88,2%).

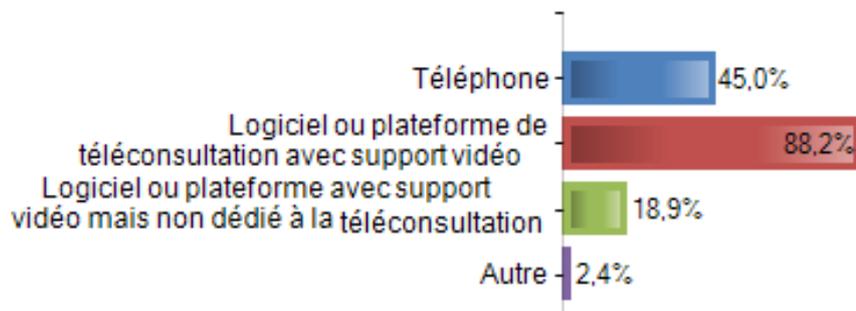


Figure 7 : Graphique représentant les outils utilisés pour pratiquer la téléconsultation dans la population étudiée

Parmi les logiciels utilisés les deux plus fréquents étaient Doctolib® (38,9%) et Prédice® (36,9%), suivi par Maïia® (8,05%) et Clickdoc® (6,04%).

11,2% des utilisateurs ont été assistés par une tierce personne lors d'une téléconsultation.

Concernant le critère de jugement principal, à savoir le désir de poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise due au COVID-19 :

- 166 des médecins répondants ont pratiqué la téléconsultation depuis le début de la crise
- 75 de ces 166 ont déclaré être favorables à la poursuite de la pratique de la téléconsultation (soit **45,2%**).
- 22 de ces 166 médecins ont un avis plutôt neutre (soit 13,3%).
- 69 de ces 166 médecins sont peu ou pas favorables à la poursuite de la pratique de la téléconsultation (soit **41,6%**)

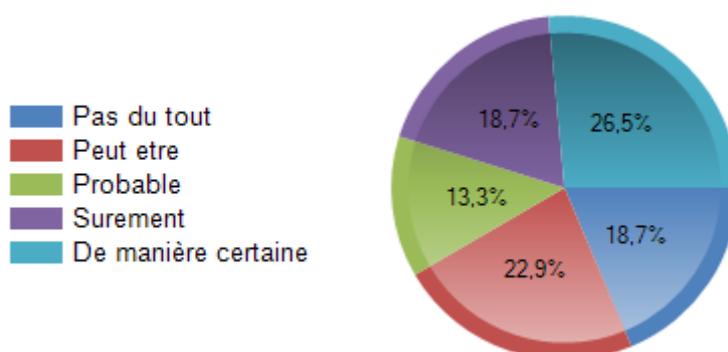


Figure 8 : Graphique représentant la volonté des médecins de poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de crise sanitaire

Tableau 3 : Détail des réponses des médecins interrogés concernant leur désir de poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de crise sanitaire

	Effectifs	% Obs.
Pas du tout	31	18,7%
Peut être	38	22,9%
Probable	22	13,3%
Surement	31	18,7%
De manière certaine	44	26,5%
Total	166	100%

En classant les 5 réponses possibles de cette question par valeur numérique de 0 à 4 afin de quantifier le résultat nous obtenons une moyenne de 2,11 sur 4 (avec un écart type de 1,49) ce qui montre une tendance (bien que peu franche) à la poursuite de la pratique de la téléconsultation en cas d'hypothétique sortie de crise sanitaire.

III. Etude de la satisfaction

Concernant le critère de jugement secondaire à savoir la satisfaction globale de la pratique de la téléconsultation :

- 10 des 28 médecins qui l'avaient pratiqué avant le début de la crise se déclaraient plutôt satisfaits (**35,7%**) et 11 des 28 plutôt insatisfaits (**39,2%**). 7 étaient plutôt neutres (25%).
- 60 des 166 médecins qui l'avaient pratiquée avant le début de la crise se déclaraient plutôt satisfaits (**36,1%**) et 60 également des 166 plutôt insatisfaits (**36,1%**). 46 étaient plutôt neutres (27,7%).

	Avant		Depuis	
	Effectifs	% Obs.	Effectifs	% Obs.
Pas du tout satisfait	5	17,9%	33	19,9%
Peu satisfait	6	21,4%	27	16,3%
Moyennement satisfait	7	25%	46	27,7%
Satisfait	3	10,7%	39	23,5%
Tout à fait satisfait	7	25%	21	12,7%
Total	28	100%	166	100%

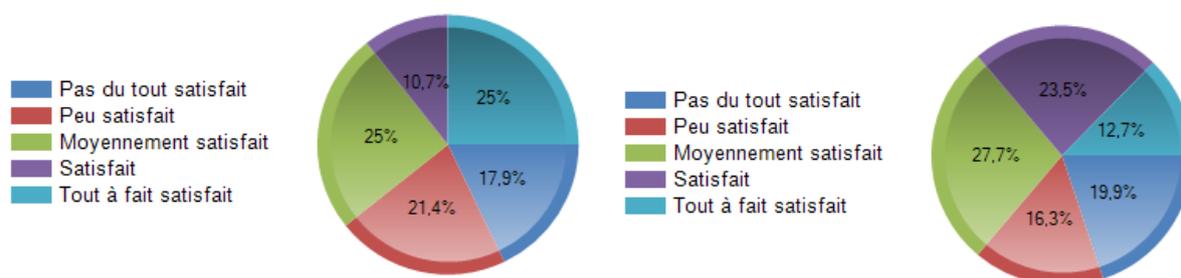


Figure 9 : comparaison de la satisfaction de la pratique de la téléconsultation avant et depuis la période de crise sanitaire

De la même manière que pour le critère de jugement principal, en classant les 5 réponses possibles de 0 à 4 on obtenait une moyenne de satisfaction à :

- 2,04 sur 4 avant la crise (écart type de 1,45)
- 1,93 sur 4 après la crise (écart type de 1,30)

La satisfaction paraît donc moyenne et les avis partagés.

Concernant les problèmes rencontrés lors de la pratique de la téléconsultation par les médecins répondants :

- 88 des 169 médecins ayant pratiqué la téléconsultation n'ont rencontré que peu ou pas de problèmes médicaux (52,1%), tandis que 31 sur les 169 en ont rencontré beaucoup ou énormément (18,3%). 50 sont restés plutôt neutres (29,6%).
- 131 des 169 médecins ayant pratiqué la téléconsultation n'ont rencontré que peu ou pas de problèmes administratifs (77,5%), tandis que 14 sur les 169 en ont rencontré beaucoup ou énormément (8,2%). 24 sont restés plutôt neutres (14,2%).
- 95 des 169 médecins ayant pratiqué la téléconsultation n'ont rencontré que peu ou pas de problèmes informatiques (56,2%), tandis que 28 sur les 169 en ont rencontré beaucoup ou énormément (16,6%). 46 sont restés plutôt neutres (27,2%).
- 156 des 169 médecins ayant pratiqué la téléconsultation n'ont rencontré que peu ou pas de problèmes d'ordre médical légal (92,3%), tandis que 7 sur les 169 en ont rencontré beaucoup ou énormément (4,1%). 6 sont restés plutôt neutres (3,6%).
- 106 des 169 médecins ayant pratiqué la téléconsultation n'ont rencontré que peu ou pas de problèmes organisationnels (62,7%), tandis que 29 sur les 169 en ont rencontré beaucoup ou énormément (17,2%). 34 sont restés plutôt neutres (20,1%).

Après classification des réponses de 0 à 4 nous obtenons les moyennes suivantes :

- Problèmes médicaux : 1,49 sur 4 (écart type de 1,17)
- Problèmes administratifs : 0,97 sur 4 (écart type de 0,98)
- Problèmes informatiques : 1,51 sur 4 (écart type de 1,04)
- Problèmes d'ordre médico-légal : 0,38 sur 4 (écart type de 0,82)
- Problèmes organisationnels : 1,29 sur 4 (écart type de 1,15)

Ces résultats montrent que les médecins n'ont rencontré que peu de problèmes lors de leur pratique de la téléconsultation.

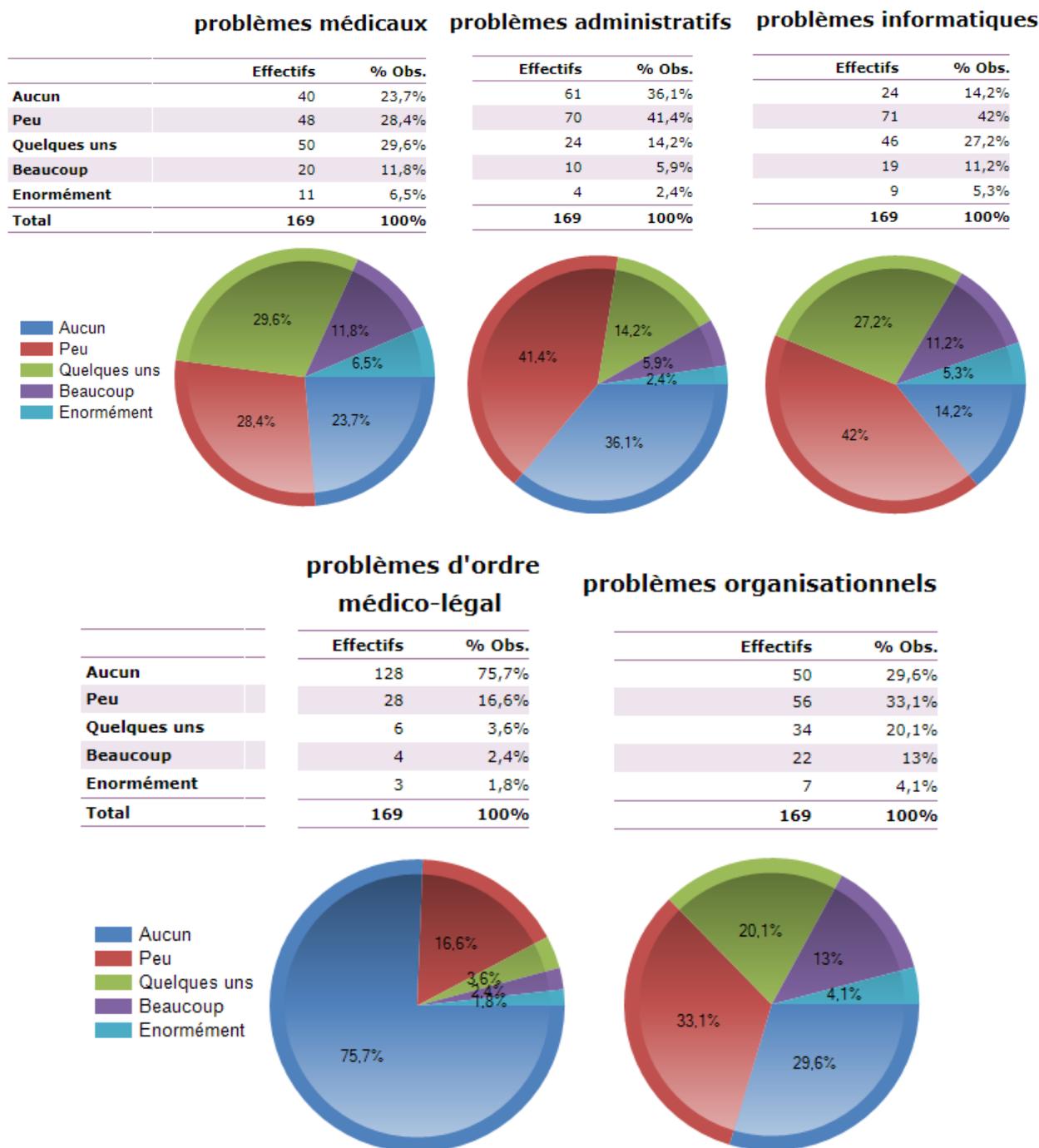


Figure 10 : comparaison des différents problèmes rencontrés par les médecins concernant la pratique de la téléconsultation.

Concernant la composante financière de la téléconsultation, 85 des 169 médecins ayant expérimenté la téléconsultation déclaraient ne pas avoir dû investir pour la pratiquer (soit 50,3%).

	Effectifs	% Obs.
Pas du tout	85	50,3%
Peu	27	16%
Moyennement	23	13,6%
Beaucoup	16	9,5%
Vraiment beaucoup	18	10,7%
Total	169	100%

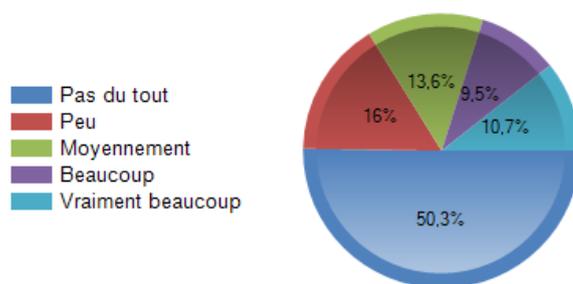


Figure 11 : Représentation de l'investissement des médecins pour pratiquer la téléconsultation

Parmi les 84 médecins (49,7%) ayant dû investir, 39 n'ont considéré l'investissement que peu ou pas rentable (46,4%) et 36 l'ont trouvé rentable (42,9%). 9 sont restés plutôt neutres (10,7%).

	Effectifs	% Obs.
Pas du tout	24	28,6%
Un peu	15	17,9%
Moyennement	9	10,7%
Assez oui	23	27,4%
Beaucoup	13	15,5%
Total	84	100%

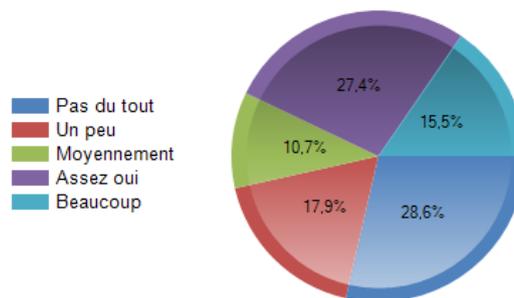


Figure 12 : Représentation de la rentabilité de l'investissement apporté pour pratiquer la téléconsultation.

Après classification de 0 à 4 des 5 réponses possibles aux deux questions concernant l'investissement pour pratiquer la téléconsultation nous obtenons les moyennes suivantes :

- 1,14 sur 4 (écart type de 1,40) pour l'investissement
- 1,83 sur 4 (écart type de 1,49) pour la rentabilité de l'éventuel investissement

Ces résultats sont en faveur d'une pratique peu coûteuse, mais peu rentable.

Enfin, concernant la deuxième partie du critère de jugement secondaire, les médecins ont dû choisir parmi une liste de propositions celles qui les encourageraient le plus à poursuivre la pratique de la téléconsultation, puis celles qui les décourageraient le plus. Ils devaient en sélectionner 3. Les 169 médecins ayant déjà pratiqué la téléconsultation avaient accès à cette question.

Pour les facteurs favorisant la téléconsultation, les 3 propositions les plus citées étaient :

- Le maintien de la téléconsultation possible par téléphone (choisie à 44,4%)
- Faciliter la tâche administrative (choisie à 34,3%)
- L'assouplissement du cadre légal (choisie à 32,5%)

Venaient ensuite :

- Le gain de temps (23,1%)
- La réduction du nombre de visites à domicile (19,5%)
- Une meilleure couverture des déserts médicaux (15,4%)
- Une aide ou simplification pour l'utilisation de ces nouvelles technologies (12,4%)
- Une meilleure aide financière (11,2%)

Les propositions les moins choisies étaient :

- Rentabilité (5,3%)
- Formation ou information sur la téléconsultation (5,9%)
- Meilleure protection des données (7,7%)
- Développement de cabines ou assistants de téléconsultation (9,5%)

Tableau 4 : Détail des réponses à la question : « Parmi les propositions suivantes, quelles seraient celles qui vous encourageraient le plus à poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire due au COVID-19 ? »

	Effectifs	% Obs.
Accès à une formation ou à une meilleure information sur la téléconsultation	10	5,9%
Assouplissement du cadre légal	55	32,5%
Faciliter la tâche administrative	58	34,3%
Meilleure aide financière pour l'achat de matériel ou d'une souscription à une plateforme de téléconsultation payante	19	11,2%
La réduction du nombre de déplacement en visite à domicile grâce à la téléconsultation	33	19,5%
Le développement des cabines ou d'assistants de téléconsultation pour un meilleur examen clinique	16	9,5%
Une meilleure assurance de protection des données et de préservation du secret médical	13	7,7%
Une meilleure couverture des déserts médicaux grâce à la téléconsultation	26	15,4%
Le maintien de la téléconsultation par téléphone uniquement (sans vidéo)	75	44,4%
Aide ou simplification de l'utilisation de ces nouvelles technologies	21	12,4%
Gain de temps que peut procurer la téléconsultation	39	23,1%
Rentabilité que peut procurer la téléconsultation	9	5,3%
Autre	18	10,7%

Pour les facteurs décourageants, les 3 propositions les plus citées étaient :

- L'examen clinique incomplet et le risque d'erreur médicale (choisie à 68%)
- Le risque d'ubérisation des soins et nomadisme médical (choisie à 42,6%)
- Une interdiction de la téléconsultation par téléphone (choisie à 33,7%)

Venaient ensuite :

- Le problème éthique (32%)
- La tâche administrative trop lourde (24,3%)
- Le cadre légal actuel trop contraignant (17,2%)
- Problèmes médico-légaux (secret médical, sécurisation des données...)
(15,4%)

Les propositions les moins choisies étaient :

- Manque de compétences (1,8%)
- Manque de rentabilité (1,8%)
- Perte de temps (5,3%)
- Complexité technologique (7,7%)
- Problèmes organisationnels (9,5%)

Tableau 5: Détail des réponses à la question : « Parmi les propositions suivantes, quelles seraient celles qui vous décourageraient le plus à poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire due au COVID-19 ? »

	Effectifs	% Obs.
Cadre légal actuel (ou devenant) trop contraignant	29	17,2%
Tache administrative trop lourde (feuilles de soins, remboursement,etc...)	41	24,3%
Examen clinique incomplet, risque d'erreur médicale	115	68%
Problème éthique (place du médecin généraliste, avenir de la médecine libérale, relation médecin malade)	54	32%
Interdiction de la téléconsultation par téléphone uniquement (obligation d'une consultation vidéo)	57	33,7%
Complexité technologique (logiciels, plateformes en ligne, caméra, connexion internet,...)	13	7,7%
Perte de temps / manque de temps	9	5,3%
Manque de rentabilité	3	1,8%
Trop de problèmes organisationnels	16	9,5%
Risque d'ubérisation des soins, nomadisme médical	72	42,6%
Manque de compétences spécifiques liées à la pratique de la téléconsultation	3	1,8%
Problèmes médicaux légaux trop importants (secret médical, sécurisation des données transmises (ordonnance, certificats...)	26	15,4%
Autre	6	3,6%

Pour les 12 médecins n'ayant jamais pratiqué la téléconsultation ces 2 questions étaient similaires mais la notion de « poursuivre la pratique de téléconsultation » était remplacée par « débiter la pratique de téléconsultation ».

Pour les facteurs favorisant les 3 propositions les plus citées étaient :

- L'assouplissement du cadre légal à égalité avec le fait de faciliter la tâche administrative (33,3% chacune)
- L'accès à une formation ou information sur la téléconsultation (25%)

Pour les facteurs décourageants les 3 propositions les plus citées étaient :

- L'examen clinique incomplet et le risque d'erreur médicale (75%)
- Le problème éthique (50%)
- Le risque d'ubérisation des soins et nomadisme médical (choisie à 41,7%)

IV. Analyse bivariée

Une analyse bivariée du désir de poursuivre ou non la téléconsultation en fonction des caractéristiques de la population a ensuite été réalisée afin d'identifier les facteurs influençant ce choix. Pour cela, les 22 avis neutres ont été retirés. Il restait donc 144 avis (75 favorables et 69 défavorables à la poursuite future de la téléconsultation).

Une significativité a été retrouvée pour l'âge, la durée d'installation et le type d'activité (seul ou pluriprofessionnel).

Tableau 6 : Tableau récapitulatif de l'analyse bivariée de la volonté de poursuivre la téléconsultation ou non en fonction des caractéristiques de la population

Variable	Médecins favorables à une poursuite de la téléconsultation	Médecins défavorables à une poursuite de la téléconsultation	Significativité (p value)
Moyenne d'âge	45,77	51,01	0,002
Département d'activité			
- Nord	57	53	1,00
- Pas de Calais	18	16	
Secteur d'activité			
- Rural	8	7	
- Semi-rural	27	27	0,928
- Ville	40	35	
Type d'activité			
- Seul	19	31	
- Pluriprofessionnel	56	38	0,015
Moyenne d'années d'installation	14,76	20,36	0,002
Maitre de stage universitaire			
- Oui	39	38	
- Non	36	31	0,74
Possède un secrétariat			
- Oui	64	56	
- Non	11	13	0,513
Nombre moyen d'actes quotidiens	27,20	28,62	0,197
Nombre moyen d'heures de travail hebdomadaire	46,93	49,28	0,126
Formé à la téléconsultation			
- Oui	20	14	0,434
- Non	55	55	

Puis une analyse bivariée du désir de poursuivre ou non la téléconsultation a été réalisée également en fonction des outils utilisés. Aucune significativité n'a été retrouvée quant à l'utilisation exclusive du téléphone ($p=1,00$), d'un logiciel dédié à la téléconsultation ($p=0,263$) ou d'un logiciel non dédié ($p=1,00$).

Cependant, parmi les logiciels utilisés, une significativité a été retrouvée en faveur d'un désir de poursuivre la consultation chez les utilisateurs de Doctolib. Cette significativité n'a pas été retrouvée pour les autres logiciels. En effet, 64% des utilisateurs de Doctolib ont déclaré vouloir poursuivre la téléconsultation contre 53% pour Prédice.

Tableau 7 : Tableau récapitulatif de l'analyse bivariée de la volonté de poursuivre la téléconsultation ou non en fonction du logiciel utilisé

Logiciel	Médecins favorables à une poursuite de la téléconsultation	Médecins défavorables à une poursuite de la téléconsultation	Significativité (p value)
Doctolib	33	18	0,05
Prédice	24	21	1,00

A noter que l'âge moyen des utilisateurs de Doctolib et de Prédice n'était pas significativement différent (47,5 pour Prédice contre 46,5 pour Doctolib avec $p=0,611$) et aucune différence significative de la survenue de problème informatique selon le logiciel n'a été retrouvée ($p=0,184$).

Enfin, une corrélation logique a été retrouvée entre le taux de satisfaction globale concernant la téléconsultation et le désir de poursuivre celle-ci ou non ($p<0,0001$).

V. Synthèse des expressions libres

Au sein d'une thèse quantitative, ce genre de messages et avis subjectifs ne peut engendrer aucune conclusion car ils n'ont pas été analysés par une méthodologie rigoureuse telle que dans les thèses qualitatives. J'ai toutefois trouvé intéressant d'en faire une synthèse qui appuie les résultats quantitatifs décrits précédemment.

Concernant les sujets abordés dans le questionnaire j'ai retrouvé une quinzaine d'avis critiquant le manque d'examen clinique, près d'une dizaine craignant une ubérisation des soins engendrée par la téléconsultation et également près d'une dizaine dénonçant le manque d'éthique de cette pratique. Venaient ensuite 5 avis favorables à la possibilité de faire la téléconsultation uniquement par téléphone et le caractère dubitatif de ce qu'apporte la vidéo. 3 avis ont également souligné la perte de temps engendrée par celle-ci, et 3 autres le cadre légal inadapté.

Ensuite, concernant des sujets non traités dans le questionnaire nous pouvons tout de même noter 5 avis qui apprécient la valorisation financière par la cotation en téléconsultation des actes gratuits du quotidien. La mise en garde à propos du motif de téléconsultation est également retenue dans près d'une dizaine d'avis, à savoir la possibilité de le faire pour des motifs administratifs, dermatologiques, de conseil, etc ...mais dès lors qu'un examen clinique plus approfondi est nécessaire elle ne serait plus adaptée. 2 médecins ont également évoqué des insécurités de paiement et 2 autres un intérêt à éduquer les patients. Un médecin déclare la trouver incontournable dans la pratique quotidienne.

Enfin, ce qui m'a le plus marqué dans la lecture de ces avis est la force des mots et expressions qu'ont pu employer certains médecins à l'égard de cette pratique.

Certains médecins ne pesaient visiblement pas leurs mots, et leurs propos parfois même injurieux relevaient de l'ordre de la colère, de l'indignation, voire du dégoût...

J'ai tout de même réalisé une sélection de quelques-uns de ces messages qui illustrent le fait que la téléconsultation ne fait pour le moins pas l'unanimité :

- « La téléconsultation est inutile et dangereuse pour le patient et le malade »
- « La téléconsultation est un drame clinique »
- « J'appelle ça de la "téléconsult à c**s" »
- « C'est une arnaque de la sécu »
- « Pas mieux que de la médecine roumaine »
- « Je n'ai pas fait dix ans d'études pour ça »
- « La téléconsultation représente tout ce que je n'aime pas dans la médecine d'aujourd'hui »
- « J'abandonne la téléconsultation avec soulagement »
- « La téléconsultation est un drive »
- « Sans encadrement éthique extrêmement strict la téléconsultation est un danger absolu »
- « C'est un cataplasme sur une médecine libérale malade »
- « On veut pallier par des moyens technologiques l'écueil de la politique française de soins primaires »

DISCUSSION

I. Limites et forces de l'étude

1. Limites

Dans ce travail il existait un biais de sélection en raison du caractère informatisé du questionnaire. En effet, cela a sélectionné des médecins informatisés et à l'aise avec ce genre d'outil. De plus, le fait d'avoir annoncé le sujet du questionnaire dans le mail de diffusion sélectionnait également une population de médecins qui porte un intérêt à la téléconsultation. Enfin, la diffusion au niveau départemental ne permet pas de généraliser les résultats au niveau national ou international.

Il existait également un biais de mesure concernant les réponses de valeurs moyennes (exemple : nombre moyen d'actes quotidiens). Il est plus simple de répondre à une valeur moyenne mais cela entraîne une approximation de la mesure.

De plus un biais de mémorisation a pu apparaître concernant la plupart des questions de la première et de la seconde partie. Les médecins ont pu omettre ou modifier involontairement certaines données, d'autant plus si la pratique de la téléconsultation n'a pas été importante ou régulière. Cependant, comme il s'agit d'une pratique quasi quotidienne ce biais en était diminué.

A posteriori nous nous sommes également demandé si le fait d'avoir appelé la valeur moyenne « Probable » concernant la question sur le désir de poursuivre la pratique de la téléconsultation n'influçait pas les médecins interrogés ; ce terme étant plutôt positif dans la langue française. Ce biais éventuel était cependant contrebalancé par le fait que la réponse à cette question se faisait via un curseur allant de « Pas du tout » à « De manière certaine » avec comme valeur centrale (et donc moyenne) « Probable », qui n'apparaissait que quand le curseur se plaçait dessus.

2. Forces

La première force de cette étude était la taille de l'échantillon. Avec 181 réponses analysables et 169 praticants de la téléconsultation nous avons une puissance statistique suffisante.

Ensuite, l'intérêt de ce travail résidait dans le fait qu'il s'agit d'un sujet d'actualité et concernant la grande majorité des médecins généralistes. De plus il est innovant car bien que de nombreuses études concernant la téléconsultation aient été réalisées avant la période de crise sanitaire (la majorité étant qui plus est d'ordre qualitatif), aucune étude ni thèse avec les mêmes objectifs ni la même localisation n'a été publiée depuis. Les études « pré-COVID » sur la téléconsultation étaient donc centrées sur des médecins étant initialement intéressés par le sujet. Depuis l'épidémie de COVID-19, la plupart des médecins généralistes ont pu l'expérimenter et se forger une opinion à propos de la téléconsultation, ce qui modifie considérablement la population utilisant cet outil. Cela rend donc les résultats intéressants à analyser et pouvant être extrapolés à un plus grand nombre de médecins.

La méthode quantitative était la force principale de cette étude car elle a permis de chiffrer et de pondérer les facteurs encourageants et décourageants évoqués dans des études qualitatives préalables. De plus grâce à la puissance de notre étude, nous pouvons avoir une estimation assez juste du taux de médecins déclarant poursuivre la pratique de la téléconsultation à l'avenir.

Enfin, la validité externe de cette étude était satisfaisante en raison d'un bon nombre de travaux contenant des informations concordantes avec les résultats de cette thèse.

II. Population étudiée

L'âge moyen de l'échantillon était comparable bien que légèrement inférieur à celui des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais. En effet, l'âge moyen de l'échantillon était de 49,2 ans contre 51,5 ans dans la population générale de médecins généralistes libéraux du Nord (au 1^{er} janvier 2021(cf annexe 2)) et 53,1 ans dans la population générale de médecins généralistes libéraux du Pas-de-Calais (selon un rapport de 2015) (24). La répartition de l'âge était également superposable à celle de l'année d'installation au sein de notre échantillon.

La répartition hommes/femmes était également similaire avec 39,8% de femmes dans notre échantillon pour 35,99% dans le Nord (en 2021) et 36% dans le Pas de Calais(en 2015) (25).

22,7% des médecins exerçaient dans le Pas-de-Calais contre 25% dans la population générale. (24)

Il existait également un taux élevé de Maîtres de Stage Universitaire, ce qui peut être expliqué par l'intérêt porté par ceux-ci à l'enseignement, la formation continue et la recherche. Ils ont donc pu avoir tendance à répondre plus facilement aux questionnaires que les autres médecins généralistes. Leur attrait par rapport à la formation continue et le contact avec les jeunes générations impliquait également une bonne maîtrise des technologies de l'informatique, ce qui constitue un biais concernant un étude portée sur la téléconsultation.

La population étudiée était majoritairement citadine car plus de la moitié des médecins pratiquait en ville. Le secteur rural pur était peu représenté car seulement 13,3% des médecins y exercent. Cela a pu impacter les choix de réponses concernant la

couverture médicale. A noter cependant que le bassin de population dense dans le Nord et le Pas-de-Calais a limité le nombre et l'étendue des zones rurales proprement dites.

Je n'ai malheureusement pas eu accès aux données récentes de l'ARS concernant le temps de travail, la proportion de maîtres de stage universitaire, le nombre d'actes quotidiens, la proportion de médecins possédant un secrétariat ou encore travaillant dans un milieu pluriprofessionnel.

III. Pratique de la téléconsultation

Le premier résultat était, comme attendu, le développement massif de la pratique de la téléconsultation depuis le début de la crise due au coronavirus. Au sein de notre échantillon, les 15,4% d'utilisateurs de la téléconsultation avant la crise étant passés à 91,7% depuis, constitue le premier marqueur. Une thèse de 2021 publiée à Strasbourg retrouvait un résultat très proche de 89% d'utilisateurs de la téléconsultation depuis le début de la pandémie de COVID-19(26).

L'augmentation du nombre d'actes de téléconsultation quotidien (de 1,89 à 3,1 téléconsultations par jour) en était le second marqueur. Une étude de la DREES publiée en septembre 2020 a conclu que les trois-quarts des médecins généralistes en France ont pratiqué la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19, alors que moins de 5 % la pratiquaient auparavant(27). L'association des entreprises de télé-médecines (LET) a également souligné une augmentation durant le premier confinement de 10 à 15 fois plus de téléconsultations qu'auparavant.(28)

A noter que seuls 22,5% des médecins répondants ont reçu une formation concernant la téléconsultation. Ce résultat associé au faible taux de médecins déclarant vouloir se former ou être informés pour pouvoir poursuivre la téléconsultation montre qu'ils ne considèrent donc pas comme essentiel cet axe de développement. Ce n'est ainsi pas un facteur bloquant majeur, en raison de la relative simplicité de prise en main de cet outil.

Les deux manières les plus fréquentes de pratiquer la téléconsultation étaient le logiciel agréé (88,2%) et le téléphone (45%). Il est très intéressant d'avoir eu de nombreux avis concernant ces deux manières de procéder car elles n'engendrent pas les mêmes difficultés. Ainsi nos résultats sont généralisables pour ces deux formes de pratiques. En revanche, l'utilisation de logiciels vidéo non agréés était minime.

A propos du critère de jugement principal, à savoir le désir de poursuivre la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire, nous avons retrouvé un avis assez partagé. En effet, 45,2% des médecins y étaient favorables contre 41,6% d'avis défavorables et 13,3% de neutralité. La moyenne à 2,11 sur une échelle de 0 à 4 montrait une tendance à la poursuite de cette pratique mais peu franche.

Cependant, lorsque l'on compare le taux de médecins ayant pratiqué la téléconsultation avant la crise (16,6%) au nombre de médecins déclarant la poursuivre de « manière certaine » après celle-ci (22,9%) on constate déjà une augmentation d'au minimum 6%. Nous pouvons aussi raisonnablement prendre en compte une partie des médecins ayant déclaré « sûrement vouloir » la poursuivre mais aussi quelques-uns parmi ceux déclarant « probablement » la poursuivre.

A l'inverse, 83,4% des médecins de l'échantillon ne pratiquaient pas la téléconsultation avant la crise et en comparaison seulement 41,6% y sont désormais peu ou pas favorables.

Nous pouvons donc penser que la téléconsultation sera pratiquée de manière plus importante à l'avenir qu'elle ne l'a été avant la crise.

Par ailleurs, la volonté de poursuivre cette pratique étant significativement plus présente chez les jeunes médecins ainsi que chez ceux ayant une activité pluriprofessionnelle on peut penser que cette pratique se pérennisera dans le futur dans la majorité des cabinets avec l'arrivée des nouvelles générations et le développement des MSP.

En effet, en juillet 2020 la moitié des médecins téléconsultants avaient moins de 50 ans, alors que cette classe d'âge ne constituait que 37 % des médecins généralistes libéraux. À l'inverse, les médecins de plus de 60 ans facturaient moins de téléconsultations que leurs confrères, alors que plus d'1 médecin libéral sur 3 a plus de 60 ans(29). Une thèse quantitative de 2020 réalisée en Gironde mentionnait également que la catégorie d'âge « jeune » était plus réceptive à la pratique de la télémédecine(30). Une autre thèse quantitative d'octobre 2020 cette fois en Charentes étudiant le changement de pratique pour les médecins généralistes depuis la pandémie de COVID-19, souligne également une difficulté pour les catégories plus âgées à pratiquer la téléconsultation(31).

Une étude qualitative espagnole sur 53 médecins conclut que la téléconsultation par vidéo était déjà prometteuse avant le COVID-19, mais qu'elle a pu se diffuser dans le monde entier depuis et que son utilisation ne s'arrêtera pas après la pandémie. Cela nécessite cependant un entraînement et le développement de certaines compétences(32).

Nous avons également trouvé un effet « logiciel-dépendant » sur le désir de poursuivre la pratique de la téléconsultation. En effet, dans notre échantillon les utilisateurs de Doctolib étaient plus satisfaits de la téléconsultation et désiraient poursuivre de manière plus significative cette pratique. On peut envisager que le développement de logiciels plus performants et plus adaptés à la pratique des médecins généralistes libéraux est susceptible de développer cet outil à l'avenir. Les disparités entre les différents logiciels et utilisateurs suggèrent que la téléconsultation est plus une entité polymorphe qu'une entité universelle. Il serait intéressant que les prochaines études s'intéressent à cet aspect afin d'améliorer les différentes composantes de cet outil, et ainsi de conserver ce qui fonctionne dans certaines situations et de le supprimer les éléments défectueux.

Par ailleurs, 12,4% des médecins répondants apprécieraient une simplification ou une aide concernant l'utilisation de ces nouvelles technologies et que cela les encouragerait à poursuivre la téléconsultation. 7,7% des utilisateurs considéraient même la complexité technologique comme un frein principal à la poursuite de la téléconsultation. Il est possible que l'aisance des jeunes générations à utiliser ces nouvelles technologies minimise ce facteur avec le temps.

IV. Satisfaction

La satisfaction globale était légèrement supérieure parmi ceux ayant pratiqué la téléconsultation avant la crise avec une moyenne de 2,04 sur une échelle de 0 à 4 avant la crise versus 1,93 sur 4 après la crise. Elle reste cependant très moyenne et est corrélée avec le désir de poursuivre la téléconsultation à la sortie de la crise. L'étude publiée en septembre 2020 par la DREES confirme également cet argument en déclarant que les médecins étaient partagés quant à la satisfaction qu'ils tiraient de la pratique de la médecine via la téléconsultation. En effet à ce moment-là, un peu moins de la moitié des médecins se disaient « moyennement satisfaits », mais un tiers d'entre eux en étaient « peu ou pas satisfaits » et, à l'inverse, un quart d'entre eux étaient « très ou tout à fait satisfaits ». (26)

Concernant les problèmes rencontrés, les médecins de l'échantillon déclaraient n'en avoir eu que peu en globalité. Ainsi, aucune des moyennes n'atteignait 2 sur une échelle de 0 à 4. Les problèmes les plus rencontrés étaient d'ordre informatique (1,51 sur 4) et médicaux (1,49 sur 4), suivis des problèmes organisationnels (1,29 sur 4) et administratifs (0,97 sur 4). Les problèmes médico-légaux étaient infimes avec 0,38 de moyenne sur 4 et 92,3% des médecins qui déclaraient en avoir eu « peu ou pas du tout ». Le manque d'enthousiasme pour le désir de poursuivre la téléconsultation ne semble pas lié au fait de rencontrer ce genre de problèmes lors de sa pratique.

Les pistes d'améliorations susceptibles de faciliter la pratique de la téléconsultation et de la développer sont donc en premier lieu d'ordre administratif et légal. Un assouplissement du cadre légal, notamment concernant le fait de pouvoir réaliser des téléconsultations par téléphone, encouragerait ainsi les médecins à poursuivre cette pratique.

Le maintien de la facturation en « mode dégradé » sans avoir à envoyer de feuille de soin papier, ainsi que la possibilité d'avoir accès aux droits du patient en utilisant l'ADRI est probablement l'une des raisons administratives appréciées. 24,3% des médecins considéraient la tâche administrative trop lourde, au point d'être susceptible d'empêcher leur poursuite future de la pratique de la téléconsultation.

Au niveau légal, l'obligation de suivi du parcours de soins hors urgence ainsi que la nécessité d'avoir vu le patient en présentiel dans les 12 derniers mois sont des pistes d'amélioration. Mais c'est surtout l'obligation de support vidéo qui est pointée du doigt avec 44,4% de médecins qui souhaitent le maintien de la téléconsultation par téléphone, ce qui est également la proposition la plus choisie pour cette question. La téléconsultation par téléphone ayant été brièvement autorisée pendant cette crise, les médecins ont pu l'expérimenter et cela a manifestement plu aux médecins généralistes libéraux. De plus 33,7% des médecins seraient susceptibles d'arrêter la téléconsultation si l'interdiction de pratiquer la téléconsultation par téléphone devait être maintenue, et 17,2% trouvaient le cadre légal trop contraignant. Un article du JIM d'avril 2021 a décrit la téléconsultation comme inscrite dans la pratique des médecins, et que la majorité de ceux-ci (53%) utilisent leur téléphone pour les consultations à distance (33).(34)

On peut imaginer que l'autorisation de facturer les actes du quotidien jusqu'alors gratuits (par exemple la gestion d'un retour d'examen ou encore le conseil téléphonique) est appréciée. C'était également associé à un gain de temps pour 23,1% des médecins. Cette revalorisation de certains actes gratuits a aussi été décrite dans une thèse de décembre 2020 en Bourgogne-Franche-Comté(35).

Cependant ce n'est pas l'aspect financier qui pousse les médecins à poursuivre la téléconsultation car seuls 5,3% ont déclaré vouloir la poursuivre pour ce motif. Les médecins ayant dû investir pour la pratique de la téléconsultation ne l'ont globalement pas trouvée rentable (avec une moyenne de 1,83 sur 4). 11,2% des médecins trouvent également qu'une meilleure aide financière aiderait à poursuivre la téléconsultation. L'aspect financier n'est cependant pas un frein non plus car seuls 1,8% des médecins le déclareraient comme raison principale de ne pas poursuivre celle-ci.

La téléconsultation plaisait également de par la réduction du nombre de déplacements comme les visites à domicile (19,5%) et de la couverture des déserts médicaux (15,4%). Dans le contexte actuel de manque croissant de médecins dans de nombreux endroits le développement de celle-ci pourrait constituer une solution ou une alternative. La LET révèle même que 20% des patients usagers de la téléconsultation pendant le premier confinement se seraient rendus aux urgences s'ils n'avaient pas eu accès à ce recours (27).

Le frein principal à la poursuite de la téléconsultation est le manque d'examen clinique et le risque d'erreur médicale engendré par celui-ci. 68% des médecins l'ont choisi comme une des raisons principales et c'est la proposition la plus citée dans la question. C'était également le facteur le plus représenté (75%) chez les 12 médecins de l'échantillon n'ayant jamais pratiqué la téléconsultation. Cependant le développement de cabines ou d'assistants de téléconsultation ne paraît pas être une des solutions à ce problème car seulement 9,5% l'ont choisi comme raison principale de poursuivre la téléconsultation.

Une formation ne constitue pas non plus une solution au manque d'examen clinique car seuls 5,9% ont choisi cette proposition et 1,8% des médecins considèrent leur manque de compétences concernant l'usage de la téléconsultation comme un frein à la poursuite de cette pratique.

Il n'y a donc pas de solution « miracle » pour pallier le manque d'examen clinique et le risque d'erreur médicale. Le temps fournira l'expérience nécessaire et précisera ce qu'il est envisageable de faire en téléconsultation, ainsi que la manière de le faire. La revue *Prescrire* décrit dans un article de décembre 2020 une opportunité de revaloriser l'entretien comme outil de recueil d'informations diagnostiques, et l'occasion d'apprendre à percevoir la détresse d'un visage à travers un écran ou de discerner un « sourire des yeux » au-dessus d'un masque(36). Des formations en e-learning sont également proposées aux médecins désireux de garantir une qualité de soins(37).

Viennent ensuite les considérations éthiques (place du médecin généraliste, relation médecin malade, avenir de la médecine générale libérale, etc...) dans le cadre des freins à la poursuite de la téléconsultation. 32% des médecins considéraient ce facteur comme susceptible de les empêcher de pratiquer la téléconsultation à la sortie de la crise sanitaire et 42,6% craignaient un nomadisme médical et une forme d'ubérisation des soins avec cette pratique. Ce sont également les facteurs les plus représentés après le manque d'examen clinique chez les 12 médecins de l'échantillon n'ayant jamais pratiqué la téléconsultation. La revue *Prescrire* soulève également ce problème dans un article de décembre 2020 en soulignant qu'au-delà du contexte épidémique, la pratique de la téléconsultation suit un mouvement déjà présent dans une partie de la population qu'est la « consommation de soins »(38).

La pratique de la téléconsultation étant relativement récente et encore en développement, elle n'est pas encore complètement intégrée à la pratique de la médecine générale. La majorité des médecins ne l'ayant expérimentée que depuis la crise sanitaire, c'est-à-dire un an avant notre étude, il faut encore laisser du temps pour que cette pratique soit mieux acceptée. Une information prodiguée à la population de médecins mais aussi aux patients, ainsi que l'expérience et la durée de pratique, pourraient apporter une meilleure prise en main de cet outil. L'expérience pourrait aussi permettre de mieux préciser les avantages et désavantages de la téléconsultation, en vue d'optimiser sa pratique.

On pourrait donc considérer la téléconsultation comme un atout ajouté au « couteau suisse » que possède le médecin, et non comme une évolution de la consultation classique. Elle ne remplacera pas la consultation conventionnelle telle qu'on la connaît mais apportera une solution alternative pour certaines situations bien définies. La consultation et la téléconsultation coexisteront donc à l'avenir.

Nous pouvons enfin noter que, bien que l'apparition de problèmes médicaux légaux soit actuellement rare, la crainte chez les médecins que cela arrive est présente. En effet tout de même 15,4% des médecins craignaient le manque de sécurisation des données ou une fuite du secret médical et 7,7% aimeraient une meilleure protection des données afin de poursuivre la téléconsultation. En juillet 2018, une cyberattaque de grande envergure à Singapour a eu pour conséquence un vol de données personnelles et de soins d'environ 1,5 million de personnes(39). Le risque zéro en cybersécurité n'existe donc pas.

Une thèse publiée en juin 2020 à Marseille concernant le conseil téléphonique en médecine générale souligne également une crainte des médecins à propos des risques encourus. En effet, l'absence de cadre légal bien défini, l'engagement de la responsabilité médicale, et l'absence d'examen clinique sont des facteurs qui participent à l'appréhension des conseils téléphoniques. Les médecins interrogés les considéraient d'ailleurs comme dangereux pour eux et leurs patients(40). C'est aussi mentionné dans la thèse de 2020 en Bourgogne citée précédemment (31). Un autre exemple est celui d'une famille d'un patient décédé d'une décompensation diabétique en Isère vu quelques jours auparavant en téléconsultation qui a porté plainte pour homicide involontaire(41). Les erreurs médicales et plaintes ne sont pas une nouveauté spécifique à la téléconsultation, mais il serait intéressant d'analyser à l'avenir une éventuelle augmentation de la survenue de celles-ci suite au développement de la téléconsultation.

CONCLUSION

L'arrivée du SARS-CoV-2 dans notre société a profondément bouleversé le mode de vie privée et professionnelle de la population. Pour s'adapter à la situation de crise sanitaire, les professionnels de santé ont eu recours à de nouvelles pratiques telles que la téléconsultation.

Depuis plus d'un an maintenant, la plupart des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais libéraux ont pu largement expérimenter la pratique de la téléconsultation, ce qui prouve à quel point cet outil s'est récemment développé.

Notre étude s'est intéressée à l'avenir de la téléconsultation après une hypothétique sortie de crise sanitaire. Le principal résultat est que la pratique de la téléconsultation sera plus importante après la crise sanitaire qu'elle ne l'était avant celle-ci. La satisfaction des médecins concernant l'utilisation de la téléconsultation est moyenne et assez logiquement corrélée à la volonté de poursuivre cette pratique.

Par ailleurs, les jeunes médecins ont l'air plus enclins à poursuivre la téléconsultation, même après la sortie de crise sanitaire, et il en est de même pour les médecins travaillant en cabinet pluridisciplinaire.

Le type de logiciel utilisé influence également cette volonté de poursuivre la téléconsultation. Ce facteur étant le plus facilement modifiable, il offre des pistes de réflexion pour le développement de cette pratique.

Par conséquent, avec l'arrivée des jeunes générations de médecins, le départ des plus anciennes, ainsi que le développement des MSP et le perfectionnement des logiciels dédiés, la téléconsultation connaîtra un essor inéluctable dans le futur et fera partie de la pratique médicale des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais.

Enfin nous avons identifié certaines pistes d'amélioration favorisant l'adhésion à cet outil. Les médecins semblent espérer un assouplissement du cadre légal, avec notamment la possibilité de réaliser des téléconsultations par téléphone, et un allègement de la tâche administrative. D'autre part, le manque d'examen clinique et le risque d'erreur médicale restent les principaux freins. Il faudrait axer les futures recherches sur des pistes d'amélioration concernant ce problème. Une autre piste d'amélioration serait de travailler sur la perception de cette pratique, par une campagne d'information appropriée par exemple.

Une étude nationale avec un échantillon plus important serait intéressante, ainsi que la reconduction de cette étude une fois la crise sanitaire terminée. Un travail qualitatif sur les modalités d'utilisation de la téléconsultation pour être aussi enrichissant.

Une étude centrée sur l'avis des patients qui ont eux aussi pu largement expérimenter ce nouveau type de consultation depuis la crise de la COVID serait également intéressante à mener pour connaître leurs besoins et attentes à propos de celle-ci.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vidal, COVID-19 : MUTATIONS, VARIANTS, LIGNÉES, N501Y, E484K... DE QUOI PARLE-T-ON ?, 18 fév 2021, [en ligne], <https://www.vidal.fr/>
2. Inserm - La science pour la santé, Coronavirus et Covid-19, (page consultée le 20 avr 2021), [en ligne], <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov>
3. World Health Organization, Advice for the public on COVID-19, (page consultée le 18 nov 2020), [en ligne], <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
4. Gouvernement, Info Coronavirus COVID-19 - Comprendre la covid-19, (page consultée le 18 nov 2020), [en ligne], <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/comprendre-la-covid-19>
5. Le Monde, Coronavirus : un troisième cas d'infection confirmé en France, 24 janv 2020, (page consultée le 19 nov 2020), [en ligne], https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/01/24/coronavirus-deux-premiers-cas-confirmes-en-france-a-bordeaux-et-paris_6027158_3244.html
6. Ministère des Solidarités et de la Santé, Communiqué de presse du 2 mai 2020, [en ligne], <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/communiquede-presse-du-2-mai-2020>
7. Santé publique France, Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde, (page consultée le 19 avr 2021), [en ligne], <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
8. Gouvernement, Info coronavirus COVID 19 - Vaccins, (page consultée le 18 mai 2021), [en ligne], <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/vaccins>
9. Assurance maladie, La téléconsultation, (page consultée le 24 nov 2020), [en ligne], <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
10. World Health Organization, Informatique sanitaire et télémédecine, 6 jan 1997, [en ligne], https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/182901/EB99_30_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Code de la santé Publique, Article R6316-1, 19 oct 2010, [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000022934381/2010-10-22>
12. Abderrahmane M, Zhang P, Sanae Mazouri-Karker S, Téléconsultation : outil de communication médecin-patient ou révolution dans la pratique médicale ?, Revue Médicale Suisse, 26 sep 2018, [en ligne], <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-620/Teleconsultation-outil-de-communication-medecin-patient-ou-revolution-dans-la-pratique-medecale>

13. Simon P, La télémédecine selon Louis Lareng, Santé connectée, télémédecine et télésoin, 4 nov 2019, [en ligne], <http://www.telemedaction.org/444040624>
14. Code de la sécurité sociale, Code de la santé publique, Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1), 13 août 2004, [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>
15. Code de la sécurité sociale, Code de la santé publique, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 21 juill 2009, [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
16. Code de la santé publique, Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 19 oct 2010, [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022932449/>
17. Ministère des Solidarités et de la Santé, La télémédecine, (page consultée le 24 nov 2020), [en ligne], <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
18. UNCAM, Avenant 6 à la convention médicale du 15 septembre 2018 - télémédecine, 13 nov 2019, [en ligne] http://www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2018/2018-10-11_teleconsultations.pdf
19. Ministère des Solidarités et de la Santé, La téléconsultation - Généralités, (page consultée le 24 nov 2020), [en ligne], <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/la-teleconsultation/article/generalites>
20. Guerci B, La téléconsultation : la grande gagnante de l'épidémie de Covid, Diabétologie Pratique, 11 sept 2020, [en ligne], <https://www.diabetologie-pratique.com/journal/article/0037577-teleconsultation-grande-gagnante-lepidemie-covid>
21. Code de la sécurité sociale, Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19, 9 mar 2020, [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704122/>
22. Assurance Maladie, Covid-19 : tout savoir sur la téléconsultation et les actes à distance, 9 nov 2020, [en ligne] <https://www.ameli.fr/assure/actualites/covid-19-tout-savoir-sur-la-teleconsultation-et-les-actes-distance>
23. Code de la sécurité sociale, Code de la santé publique, Décret n° 2021-271 du 11 mars 2021 modifiant le décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 prévoyant l'application de dérogations relatives au bénéfice des indemnités journalières et de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail ainsi qu'aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie de certains frais de santé afin de lutter contre l'épidémie de covid-19, [en ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043241265>

24. Assurance Maladie, Remboursée depuis 2 ans, la téléconsultation s'installe dans les habitudes, 17 sept 2020, [en ligne], <https://www.ameli.fr/assure/actualites/remboursee-depuis-2-ans-la-teleconsultation-sinstalle-dans-les-habitudes>
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins, La démographie médicale, (page consultée le 28 avr 2021), [en ligne], <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medecale>
26. Faivre J, Impact de la pandémie COVID-19 sur la pratique de la téléconsultation et de la téléexpertise chez les médecins généralistes, leurs remplaçants et leurs correspondants : étude quantitative par auto-questionnaire, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale], Université de strasbourg, 24 fév 2021
27. Lenglard F, Douangdara S, Boulanger S et al. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, sept 2020, [en ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201162-te%CC%81le%CC%81consultation-BAT.pdf>
28. le Rouzic M, Etude Télémédecine et Covid-19, LET, 30 juin 2020, <https://lesentel.org/2020/06/30/etude-telemedecine-et-covid-19/>
29. Assurance Maladie, Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages, 21 juil 2020, [en ligne], <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>
30. Ryst P, Télémédecine : besoins et attentes des médecins généralistes de la Gironde, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale], Université de Bordeaux, 10 jan 2020
31. Brun B, Etude des modifications de pratiques des médecins généralistes charentais face à la COVID 19, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale], Université de Poitiers, 29 oct 2020
32. Jiménez-Rodríguez D, Santillán García A, Montoro Robles J et al. Increase in Video Consultations During the COVID-19 Pandemic: Healthcare Professionals' Perceptions about Their Implementation and Adequate Management. *Int J Environ Res Public Health*, 15 juill 2020;17(14):5112.
33. JIM, Téléconsultation : l'essayer c'est l'adopter !, 26 avr 2021, [en ligne], http://www.jim.fr/e-docs/teleconsultation_essayer_cest_ladopter__187411/document_actu_pro.phtml
34. Odoxa, Panorama sur la télémédecine aujourd'hui et perspectives pour l'avenir, 27 jan 2020, [en ligne], <http://www.odoxa.fr/sondage/panorama-telemedecine-aujourd'hui-perspectives-lavenir/>

35. Deliance E, Utilisation de la téléconsultation par les médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté : Caractéristiques pratiques, avantages et limites, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale], Université de Dijon, 14 dec 2020.
36. Cultiver l'entretien, Rev Prescrire, déc 2020 ; 40 (446) : 881.
37. Université de Médecine Digitale, Parcours de formations E-learning, Société Française de Santé Digitale, (page consultée le 1 mai 2021), [en ligne], <https://sfsd-umd.fr/formations-elearning/>
38. Télésanté en France en 2020 : un point d'étape, Rev Prescrire 2020 ; 40 (446) : 945-948
39. Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine - Etude comparative sur le développement de la télémédecine à l'international, L'Agence Française de la santé numérique, juill 2019, [en ligne], https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_TLM_Etude_comparative_developpement_telemedecine_international_VF2.pdf
40. Hadj Ameer R, Les conseils et les consultations téléphoniques en médecine générale, [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale], Université de Marseille, 24 juin 2020
41. JIM, Décès d'un patient après une erreur diagnostique en téléconsultation : la famille veut un débat sur cette pratique, JIM.fr, 27 avr 2021 [en ligne], http://www.jim.fr/e-docs/deces_dun_patient_apres_une_erreur_diagnostique_en_teleconsultation_la_famille_veut_un_debat_sur_cette_pratique_187432/document_actu_pro.phtml

ANNEXES

I. Annexe 1 : questionnaire (version pdf)

Introduction

Quel est votre âge ?

20 80

Quel est votre sexe ?

- Homme
 - Femme
-

Dans quel Département exercez vous ?

- Nord (59)
 - Pas de Calais (62)
-

Dans quel secteur se situe votre activité ?

- Rural
 - Semi Rural
 - Ville
-

Quel est votre type d'activité ?

- Seul
 - Pluriprofessionnel
-

Quelle est votre forme d'activité professionnelle ?

- Installé en libéral
- Remplaçant
- Salarié
- Mixte

En quelle année vous êtes vous installé ?

1950 2021

Êtes vous un Maitre de Stage Universitaire (MSU) ?

- Oui
- Non

Possédez vous un secrétariat ? (présent ou téléphonique)

- Oui
- Non

Quels est votre nombre moyen d'acte quotidien ?

- Moins de 10 actes par jours
- En moyenne 10 actes par jours
- En moyenne 15 actes par jours
- En moyenne 20 actes par jours
- En moyenne 25 actes par jours
- En moyenne 30 actes par jours
- En moyenne 35 actes par jours
- En moyenne 40 actes par jours
- En moyenne 45 actes par jours
- Plus de 45 actes par jour

Quel est votre temps de travail hebdomadaire ?

- Moins de 20 heures par semaine
- En moyenne 20 heures par semaine
- En moyenne 25 heures par semaine
- En moyenne 30 heures par semaine
- En moyenne 35 heures par semaine
- En moyenne 40 heures par semaine
- En moyenne 45 heures par semaine
- En moyenne 50 heures par semaine
- En moyenne 55 heures par semaine
- En moyenne 60 heures par semaine
- Plus de 60 heures par semaine

La pratique de la téléconsultation

Nous allons à présent préciser la place de la téléconsultation dans votre pratique

Avez vous déjà pratiqué la "téléconsultation" ?

- oui
- non

Définition : La téléconsultation est une consultation réalisée par un médecin à distance d'un patient

Avez vous reçu une formation pour pratiquer la téléconsultation ?

- Oui
 - Non
-

A l'aide de quels outils avez vous pratiqué la téléconsultation ?

- Téléphone
 - Logiciel ou plateforme de téléconsultation avec support vidéo (Exemple : Doctolib, Qeva, Livi, Prédice, MesDocteurs, Medaviz, Qare, MédecinDirect, Consulib, etc...)
 - Logiciel ou plateforme avec support vidéo mais non dédié à la téléconsultation (Exemple : Skype, WhatsApp, Messenger, ZOOM, etc...)
 - Autre
-

Quel logiciel/plateforme de téléconsultation avez vous utilisé ?

- Doctolib
- Qeva
- Livi
- MesDocteurs
- Consulib
- Prédice
- Medaviz
- MédecinDirect
- Qare
- Autre

Avez vous pratiqué la téléconsultation avant le début du premier confinement dû à l'épidémie de COVID-19 en France ?

- oui
- non

avant le 17 mars 2020

Avez vous pratiqué la téléconsultation depuis le début du premier confinement du à l'épidémie de COVID-19 en France ? (Pendant et hors confinements)

- oui
- non

depuis le 17 mars 2020

Dans l'hypothèse où le pays sortirai un jour de la crise sanitaire due au COVID-19, envisagez vous de poursuivre la pratique de la téléconsultation après la crise?

Pas du tout De manière certaine

Avez vous été assisté par une tierce personne au domicile du patient lors de vos téléconsultation ? (exemple : infirmière qui prends des constantes, aide à domicile, aide soignante...)

- oui
 - non
-

Quel était votre nombre moyen d'acte de téléconsultation par jour avant la période du premier confinement ?

0 50

avant le 17 mars 2020

Quelle est votre nombre moyen d'acte quotidien de téléconsultation depuis la période du premier confinement ? (Pendant et hors confinements)

0 50

depuis le 17 mars 2020

Satisfaction à propos de la téléconsultation

Quelle était de manière globale votre satisfaction à propos de la téléconsultation avant la période de crise sanitaire ?



Quelle est de manière globale votre satisfaction à propos de la téléconsultation depuis la période de crise sanitaire ?



Avez vous rencontré des problèmes médicaux lors de la pratique de la téléconsultation ?

Aucun Enormément

Examen clinique, diagnostic, etc...

Avez vous rencontré des problèmes administratifs lors de la pratique de la téléconsultation ?

Aucun Enormément

Envoi de la feuille de soins, cotation, problème de remboursement...

Avez vous rencontré des problèmes informatiques pour pratiquer la téléconsultation ?

Aucun Enormément

Déconnexion, problème de son ou d'image...

Avez vous rencontré des problèmes d'ordre médico-légal lors de la pratique de la téléconsultation ?

Aucun Enormément

Secret médical, plaintes...

Avez vous rencontré des problèmes organisationnels lors de la pratique de la téléconsultation ?

Aucun Enormément

Gestion d'une double salle d'attente (virtuelle et réelle), manque de temps, gestion des créneaux horaires dédiés...

Avez vous du investir pour pratiquer la téléconsultation ?



achat de matériel, abonnement à un logiciel, etc...

Considérez vous que votre investissement a été rentable ?



Parmi les propositions suivantes, quelles seraient celles qui vous encourageraient le plus à poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire due au COVID-19 ? (Maximum 3 réponses)

- Accès à une formation ou à une meilleure information sur la téléconsultation
- Assouplissement du cadre légal (exemple : maintien de la possibilité de réaliser une téléconsultation avec un patient même si on ne l'a pas vu dans les 12 derniers mois ou si l'on n'est pas son médecin traitant, maintien de la prise en charge à 100%, etc...)
- Faciliter la tâche administrative (exemple : envoi de feuille de soins, facturation, cotation, acquisition des droits du patients, remboursement, etc...)
- Meilleure aide financière pour l'achat de matériel ou d'une souscription à une plateforme de téléconsultation payante
- La réduction du nombre de déplacement en visite à domicile grâce à la téléconsultation
- Le développement des cabines ou d'assistants de téléconsultation pour un meilleur examen clinique
- Une meilleure assurance de protection des données et de préservation du secret médical
- Une meilleure couverture des déserts médicaux grâce à la téléconsultation
- Le maintien de la téléconsultation par téléphone uniquement (sans vidéo)
- Aide ou simplification de l'utilisation de ces nouvelles technologies (assistants informatiques, intégrer la téléconsultation aux logiciels médicaux, etc...)
- Gain de temps que peut procurer la téléconsultation
- Rentabilité que peut procurer la téléconsultation
- Autre

Parmi les propositions suivantes, quelles seraient celles qui vous décourageraient le plus à poursuivre la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire due au COVID-19 ? (Maximum 3 réponses)

- Cadre légal actuel (ou devenant) trop contraignant
- Tache administrative trop lourde (feuilles de soins, remboursement, etc...)
- Examen clinique incomplet, risque d'erreur médicale
- Problème éthique (place du médecin généraliste, avenir de la médecine libérale, relation médecin malade)
- Interdiction de la téléconsultation par téléphone uniquement (obligation d'une consultation vidéo)
- Complexité technologique (logiciels, plateformes en ligne, caméra, connexion internet, ...)
- Perte de temps / manque de temps
- Manque de rentabilité
- Trop de problèmes organisationnels (gestion simultanée d'une salle d'attente virtuelle et présentiel, plages de téléconsultations dédiées, etc...)
- Risque d'ubérisation des soins, nomadisme médical
- Manque de compétences spécifiques liées à la pratique de la téléconsultation
- Problèmes médicaux légaux trop importants (secret médical, sécurisation des données transmises (ordonnance, certificats...), etc...)
- Autre

Parmi les propositions suivantes, quelles seraient celles qui vous encourageraient le plus à débiter la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire due au COVID-19 ? (Maximum 3 réponses)

- Accès à une formation ou à une meilleure information sur la téléconsultation
- Assouplissement du cadre légal (exemple : maintien de la possibilité de réaliser une téléconsultation avec un patient même si on ne l'a pas vu dans les 12 derniers mois ou si l'on n'est pas son médecin traitant, maintien de la prise en charge à 100%, etc...)
- Faciliter la tache administrative (exemple : envoi de feuille de soins, facturation, cotation, acquisition des droits du patients, remboursement, etc...)
- Meilleure aide financière pour l'achat de matériel ou d'une souscription à une plateforme de téléconsultation payante
- La réduction du nombre de déplacement en visite à domicile grâce à la téléconsultation
- Le développement des cabines ou d'assistants de téléconsultation pour un meilleur examen clinique
- Une meilleure assurance de protection des données et de préservation du secret médical
- Une meilleure couverture des déserts médicaux grâce à la téléconsultation
- Le maintien de la téléconsultation par téléphone uniquement (sans vidéo)
- Aide ou simplification de l'utilisation de ces nouvelles technologies (assistants informatiques, intégrer la téléconsultation aux logiciels médicaux, etc...)
- Gain de temps que peut procurer la téléconsultation
- Rentabilité que peut procurer la téléconsultation
- Autre

Parmi les propositions suivantes, quelles seraient celles qui vous décourageraient le plus à débiter la pratique de la téléconsultation après une hypothétique sortie de la crise sanitaire due au COVID-19 ? (Maximum 3 réponses)

- Cadre légal actuel (ou devenant) trop contraignant
- Tache administrative trop lourde (feuilles de soins, remboursement, etc...)
- Examen clinique incomplet, risque d'erreur médicale
- Problème éthique (place du médecin généraliste, avenir de la médecine libérale, relation médecin malade)
- Interdiction de la téléconsultation par téléphone uniquement (obligation d'une consultation vidéo)
- Complexité technologique (logiciels, plateformes en ligne, caméra, connexion internet, ...)
- Perte de temps / manque de temps
- Manque de rentabilité
- Trop de problèmes organisationnels (gestion simultanée d'une salle d'attente virtuelle et présentiel, plages de téléconsultations dédiées, etc...)
- Risque d'ubérisation des soins, nomadisme médical
- Manque de compétences spécifiques liées à la pratique de la téléconsultation
- Problèmes médicaux légaux trop importants (secret médical, sécurisation des données transmises (ordonnance, certificats...), etc...)
- Autre

II. Annexe 2 : copie du mail du Conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins

Bonjour Monsieur OBRY,

Suite à votre mail du 03 mars dernier, nous vous donnons le nombre de médecins généralistes libéraux inscrits dans le Nord au 01 janvier 2021 soit 2 451 (moyenne d'âge 51,55 ans).

La proportion de femmes est de 35,99% soit 882 (moyenne d'âge 47,03 ans)

Les hommes représentent 64,01 % soit 1 569 (moyenne d'âge 54,10 ans)

Nous n'avons pas accès aux statistiques du Pas-de-Calais et nous vous rappelons que pour l'organisation du travail vous devriez vous adresser à l'ARS.

A votre disposition. Cordialement

Jocelyne GILSKI
Présidente de la Démographie

Mr Arnaud VEGAS



2 Rue de la Collégiale
59043 LILLE Cédex

Tél : 03.20.31.10.23

Fax : 03.20.15.04.77

Email : nord@59.medecin.fr

AUTEUR : Nom : OBRY

Prénom : ROBIN

Date de soutenance : 24 juin 2021

Titre de la thèse : Evolution de la pratique de la téléconsultation en médecine générale libérale dans le Nord et le Pas-de-Calais suite à la crise sanitaire due au COVID-19

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + spécialité : *DES de Médecine générale*

Mots-clés : téléconsultation, télémédecine, COVID-19, médecine générale

Résumé :

Contexte : La téléconsultation est une pratique qui se développe depuis plusieurs années en France. Elle a connu un essor particulièrement important avec l'arrivée de la crise sanitaire due à la pandémie de COVID-19. La plupart des médecins généralistes ont pu alors expérimenter cette pratique.

Objectifs : Nous avons étudié ce développement chez les médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais. Nous avons alors cherché à savoir si cet outil se pérennisera à l'avenir, et à déterminer les facteurs favorisant la volonté de poursuivre ou non cette pratique.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative par questionnaire de 34 propositions. Celui-ci a été diffusé via la plateforme amelico aux médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais. Une analyse statistique a ensuite été réalisée.

Résultats : La téléconsultation s'est en effet énormément développée suite à la crise sanitaire et elle sera utilisée de manière plus importante après la crise, qu'elle ne l'était avant. La satisfaction est globalement moyenne et étant corrélée à la volonté de poursuivre la pratique de la téléconsultation on peut penser qu'elle continuera de se développer de manière assez lente dans un premier temps. Les jeunes médecins et ceux travaillant en milieu pluriprofessionnel sont significativement plus décidés à poursuivre l'utilisation de la téléconsultation. Un effet logiciel dépendant a également été retrouvé. On note que le manque d'examen clinique reste le frein principal concernant l'utilisation de cet outil, suivi d'un cadre légal trop contraignant et une tâche administrative trop lourde. Le maintien de la téléconsultation par téléphone serait cependant un facteur favorisant la poursuite de la téléconsultation.

Conclusion : Nous assistons actuellement à un développement révolutionnaire de la téléconsultation. On pourra probablement parler d'un effet « avant/après crise » lorsque l'on sera sortis de cette période. La téléconsultation continuera de se développer par la suite, notamment avec l'arrivée des jeunes générations et le développement des maisons de santé pluridisciplinaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur : Monsieur le Docteur Franck AMMEUX

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benjamin ALEXANDRE