



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Place de la téléconsultation dans l'amélioration de l'accès aux soins  
premiers en zones sous-denses des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2023 à 14h00  
au Pôle Formation  
par **Julianne CHÂTELAIN-KHONG**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Anita TILLY-DUFOUR**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Anne-Marie REGNIER**

---

# **Avertissement**

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

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans  
l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux  
principes traditionnels.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,  
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,  
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances  
médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes Confrères si j'y manque.

# LISTE DES ABREVIATIONS

APL : Accessibilité potentielle localisée

ARS : Agence régionale de santé

BMJ : British medical journal

CMG : Collège de la médecine générale

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DMP : Dossier médical partagé

DPO : Délégué à la protection des données (Data Protection Officer)

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Éducation thérapeutique du patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HDF : Hauts-de-France

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmier en pratique avancée

MES : Mon espace santé

MSU : Maître de stage des Universités

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SFMG : Société française de médecine générale

TLC : Téléconsultation

ZAC : Zones d'actions complémentaires

ZAR : Zones d'accompagnement régional

ZIP : Zones d'interventions prioritaires

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>
1. LA TÉLÉCONSULTATION	10
1.1. Historique	10
1.2. Définitions	10
1.3. Offres technologiques en téléconsultation	11
1.4. Règles de bonne pratique	11
2. ACCÈS AUX SOINS ET INÉGALITÉS	13
2.1. Situation en France	13
2.2. Définitions des zonages	14
2.3. Disparités territoriales	14
2.4. Situation dans les Hauts-de-France	14
3. VOLONTÉ GOUVERNEMENTALE D'AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS	16
3.1. Projet de loi	16
3.2. Organisations coordonnées territoriales	16
3.3. Assistants médicaux	16
3.4. Déploiement de la télémédecine	17
4. JUSTIFICATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE	17
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>18</b>
1. CHOIX DE LA MÉTHODE	18
1.1. Type d'étude	18
1.2. Population	18
1.3. Recueil de données	18
1.4. Analyse des données	19
2. ASPECT ÉTHIQUE ET RÉGLEMENTAIRE	19
<b>RESULTATS</b>	<b>20</b>
DESCRIPTION DES PARTICIPANTS	20
1. RÉFRACTAIRE À LA TÉLÉCONSULTATION	21
1.1. Impuissance face aux difficultés d'accès aux soins	21
1.1.1. Abandon	21
1.1.2. Privilège d'accéder à un médecin	21
1.1.3. Pessimisme	21

1.2.	Peur de l'inconnu	22
1.2.1.	Utilisation floue	22
1.2.2.	Désintérêt	22
1.2.3.	Méfiance	22
1.3.	Modification de la relation médecin-patient	22
1.3.1.	Barrière de l'écran	22
1.3.2.	Médecins inconnus	23
1.3.3.	Suivi médical complexe	23
1.4.	Réticence aux changements	23
1.5.	Résignation	24
2.	ACCEPTATION PROGRESSIVE DE LA TÉLÉCONSULTATION	24
2.1.	Évolution du regard depuis la pandémie COVID-19	24
2.2.	Besoin d'informations	24
2.3.	Besoin d'accompagnement	25
2.4.	Autonomisation des patients	25
2.4.1.	Réflexivité autour de la consommation de soins	25
2.4.2.	Acceptabilité de la téléconsultation	26
2.4.3.	Décision partagée	26
2.5.	Champs des possibilités de la téléconsultation	26
2.6.	Soulagement	27
3.	RÉORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS	28
3.1.	Parcours de soins et ambivalence	28
3.2.	Coordination inter- et pluri-professionnelle	28
3.3.	TLC territorialisée	29
3.4.	Optimisation du Dossier Médical Partagé	29
3.5.	Alternatives	30
4.	SOLUTION PALLIATIVE TRANSITOIRE	31
4.1.	Conscience des inégalités	31
4.2.	Conscience des risques	31
4.3.	Utopie	32
4.4.	Solution éphémère	32
	<b>DISCUSSION</b>	<b>33</b>
1.	RÉSULTAT PRINCIPAL, ET COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE	33
2.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	38
3.	PERSPECTIVES	39
	<b>CONCLUSION</b>	<b>40</b>
	<b>REFERENCES</b>	<b>41</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>44</b>

# RESUME

**Titre** : Place de la téléconsultation dans l'amélioration de l'accès aux soins premiers en zones sous-denses des Hauts-de-France.

**Contexte** : La téléconsultation a connu un réel essor d'utilisation depuis la pandémie à COVID-19. Un des objectifs gouvernementaux est d'améliorer l'offre de soins dans les zones sous-dotées en médecins généralistes, notamment via la consultation à distance. Comment la téléconsultation peut-elle améliorer l'accès aux soins premiers en zones sous-denses des Hauts de France ?

**Méthode** : Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, par entretiens semi-dirigés auprès de patients rencontrés au hasard au sein de cabinet de médecine générale de ZIP ou ZAC des Hauts-de-France. Analyse ouverte, axiale, intégrative et triangulation des données, à l'aide du logiciel Maxqda, jusqu'à saturation théorique.

**Résultats** : 16 entretiens ont été réalisés de septembre 2022 à avril 2023. Les patients sont ambivalents concernant la place de la téléconsultation. Initialement opposants, ils nécessitent d'être accompagnés et informés pour une acceptation progressive. La territorialisation de la téléconsultation, le partage optimal d'informations, la coordination inter- et pluriprofessionnelle répondraient de manière plus efficiente aux besoins des patients des zones sous-denses. Cependant, il persiste beaucoup de doutes, d'inégalités, et de dérives possibles de la téléconsultation.

**Conclusion** : Les patients suggèrent une approche populationnelle et territorialisée de la prise en charge médicale, y compris pour la téléconsultation. Cependant, cela reste une solution palliative en attendant une amélioration de la démographie médicale, souhaitée par tous les participants.

# INTRODUCTION

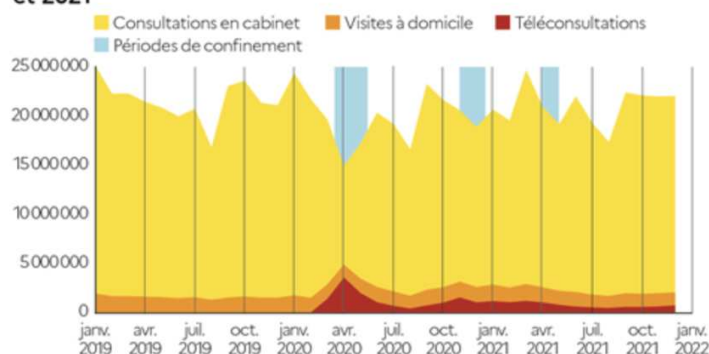
## 1. La téléconsultation

### 1.1. Historique

La téléconsultation (TLC) connaît un réel essor d'utilisation depuis le début de la pandémie de COVID-19. Les médecins généralistes libéraux ont effectué 80 000 actes en distanciel en 2019 (1). Avec l'arrivée de la pandémie et ses confinements, une consultation sur 4 était en distanciel au cours des périodes de forte intensité épidémique. Ainsi, 13,5 millions de TLC sont réalisées en 2020, et 9,4 millions en 2021 (2).

La TLC s'intègre désormais aux pratiques des médecins généralistes, représentant 3,7% de leur activité en 2021 (3).

**Activité des médecins généralistes libéraux par mois entre 2019 et 2021**



**Lecture** > 3,6 millions de téléconsultations et 10,0 millions de consultations en cabinet ont été réalisées en avril 2020 par des médecins généralistes libéraux.

> *Études et Résultats* © DREES

### 1.2. Définitions

Un professionnel de santé peut donner une consultation à distance à un patient, accompagné ou non par la personne de son choix, par l'intermédiaire de technologies de l'information et de la communication (4).

La TLC est entrée dans le droit commun en 2018 (5). Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi préventif ou post-thérapeutique, requérir un avis spécialisé, de prescrire des produits (6).



### **1.3. Offres technologiques en téléconsultation**

#### Logiciels

Les fournisseurs de solutions technologiques ont développé leurs offres via différents logiciels, permettant un échange sécurisé avec le patient. Ces plateformes sont également utilisées dans le cadre de la téléexpertise. Il est possible de comparer les services de TLC sur le site Kit-eSanté, (7) ou de consulter le tableau des solutions numériques de télémédecine recensées par le Ministère (8). L'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France (HDF) a également déployé le projet Prédice, intégrant une plateforme dédiée à la TLC. Elle se veut simple, sécurisée, tout en garantissant la prise en charge par l'Assurance Maladie (9).

#### Cabines de TLC

Depuis 2019, les pharmaciens participent au déploiement de la télémédecine (10). L'installation des télécabines devient possible en officine, au plus proche des patients, et accessibles aux horaires d'ouverture. Le pharmacien peut assister et aider le patient durant la consultation, si celui-ci le souhaite (11). Ces cabines proposent des consultations dans un espace fermé, respectant l'intimité et le secret médical. Elles peuvent être équipées d'outils connectés divers, comme un tensiomètre, un stéthoscope, un tympanoscope, etc... qui transmettent les informations au médecin consulté.

#### Mallettes de télémédecine

Des mallettes de télémédecine sont la version transportable de la cabine, intégrant un écran et de nombreux instruments médicaux connectés. Elles peuvent donc être utilisées pour le suivi d'un patient au domicile, en structure de soins, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), accompagné d'un infirmier.

### **1.4. Règles de bonne pratique**

Le cadre d'utilisation de cet outil est bien défini dans l'exercice de la médecine. *A priori*, tout patient peut se voir proposer une TLC. Tout médecin, qu'importe sa spécialité ou lieu d'exercice, peut y recourir. En revanche, seul le médecin est apte à juger de la pertinence de réaliser une entrevue physique ou en distanciel. Les actes de télémédecine ne peuvent pas dépasser 20% du volume d'activité globale annuel pour les médecins généralistes conventionnés (12).

Certaines conditions doivent être respectées pour permettre le remboursement (13), comme :

- le respect du parcours de soins coordonnés,
- le suivi régulier des patients, avec une alternance entre TLC et consultations au cabinet,
- le principe de territorialité.

Cependant, des dérogations au respect du parcours de soins coordonnés permettent de tenir compte des difficultés d'accès aux soins sur le territoire français (14), notamment :

- pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, ou si celui-ci n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient, ou en l'absence d'organisation territoriale coordonnée de télémédecine,
- pour les patients résidents en zones les plus fragiles en offre de soin médicale,
- pour les situations d'urgence,
- pour les personnes âgées dépendantes ou personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial.

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle les pré-requis à la réalisation d'une TLC de qualité : formation spécifique, plages dédiées dans son agenda, matériel adéquat, respect de la confidentialité, mise en place des mesures de sécurité relatives à la protection des données en santé, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), ... Le déroulé de l'acte y est également décrit, avec le recueil de l'identité et du consentement du patient lors des premières minutes de "débrouillage" (15).

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) apporte également son avis, liste les avantages, et présente des cas d'usage en premier recours (16).

Le Collège de Médecine Générale (CMG) communique sur le risque de mésusage de la TLC. L'ancrage territorial, ainsi que la rédaction d'un compte rendu pour le médecin traitant du patient sont vivement recommandés (17).

Les soins à distance doivent évidemment se faire dans le respect du code de déontologie médicale en promulguant "des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science" pour tout patient (18).

## 2. Accès aux soins et inégalités

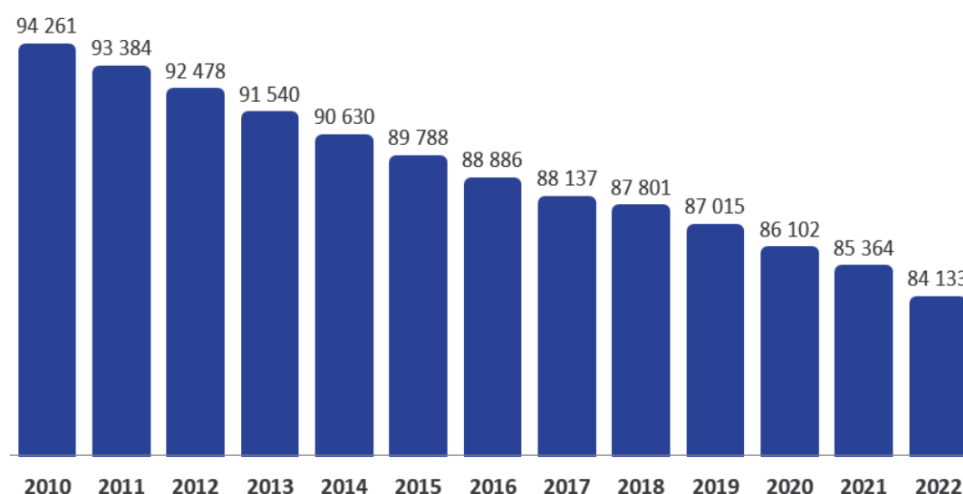
### 2.1. Situation en France

6,7 millions de français, soit 11% de la population adulte française, n'ont pas de médecin traitant. Ceci s'explique par la démographie vieillissante des médecins avec un faible renouvellement des professionnels installés, ainsi que le vieillissement de la population (19). En 2022, 714 000 patients en affection longue durée (ALD) sont sans médecin traitant, alors qu'ils étaient 510 000 en 2018 (20).

Selon l'Atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), les médecins généralistes enregistrés ont diminué de 11% entre 2010 et 2022. Cette tendance se poursuivrait jusqu'en 2025. 48,7% de l'ensemble des médecins généralistes ont plus de 60 ans, alors que 20,4% ont moins de 40 ans (21).

30,2% de la population française vit dans une zone où l'offre de soins est insuffisante (22).

**Figure 10.** Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010



*Atlas de la démographie médicale en France - Situation au premier janvier 2022 - CNOM*

## **2.2. Définitions des zonages**

Chaque ARS définit une cartographie de son territoire, réparti en différents zonages, selon l'accès aux soins des populations :

- les Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP), zones les plus fragiles,
- les Zones d'Action Complémentaire (ZAC), fragiles mais à niveau moindre que les ZIP.

Les différents zonages rendent éligible à des aides graduées, incitatives à l'installation et au maintien des praticiens, dans les territoires sous-dotés (23). Ces zonages sont basés sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). L'APL (24) est calculé chaque année par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et mesure l'offre médicale disponible sur un territoire de vie-santé, en prenant en compte :

- le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans,
- l'activité de chaque praticien,
- le temps d'accès aux praticiens,
- le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

## **2.3. Disparités territoriales**

L'accessibilité des médecins généralistes s'est encore dégradée entre 2019 et 2022.

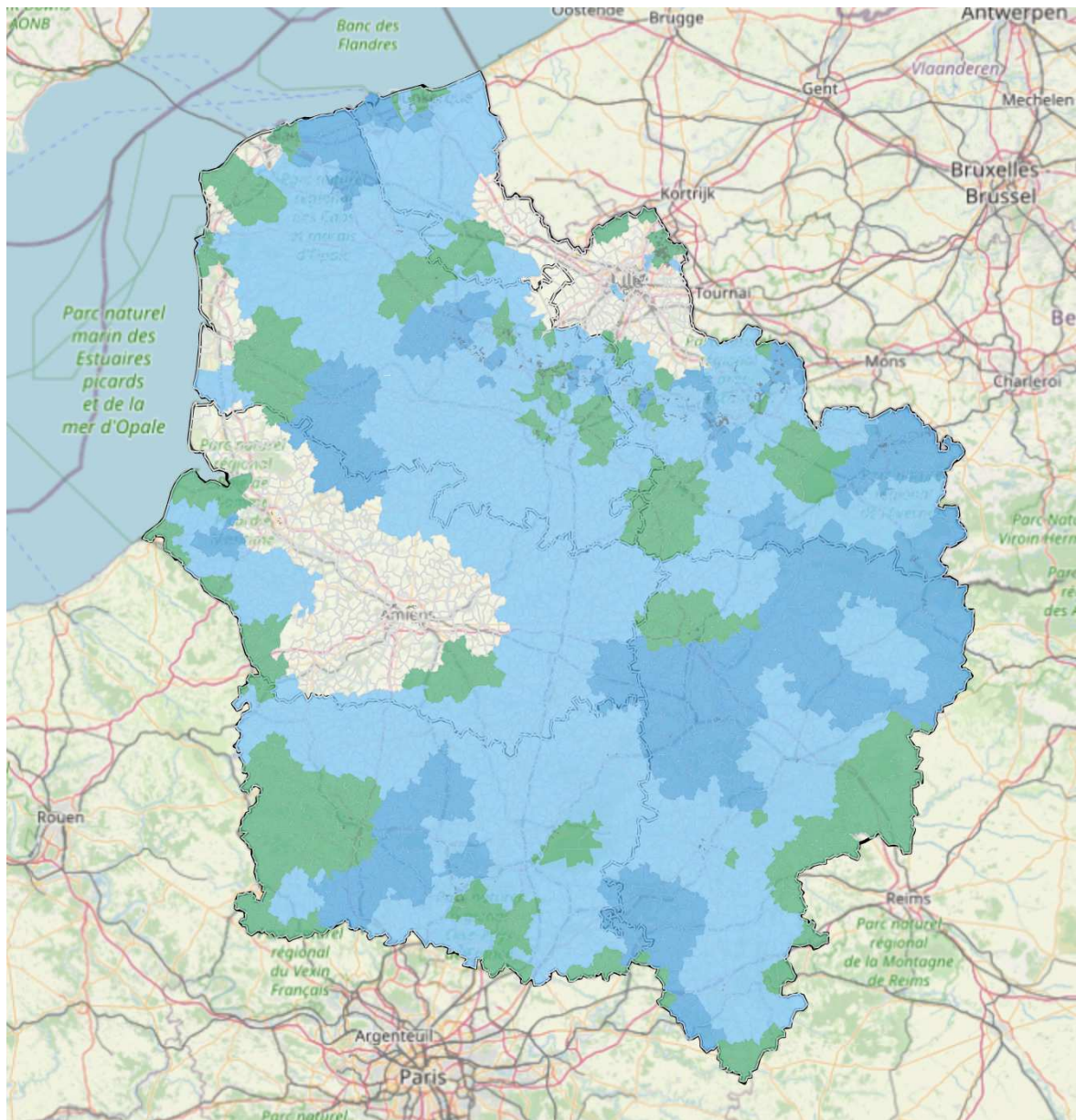
Les 10 % de la population les moins bien dotés ont accès en moyenne à 1,5 consultations par an, tandis que les 10 % de la population les mieux dotés accèdent en moyenne à 5,7 consultations par an.

Dans les ZIP des HDF, la densité moyenne de médecins généralistes est de 50/100 000 habitants, pour une moyenne régionale de 79/100 000. Parallèlement, la moyenne nationale est de 149/100 000 habitants en 2022 (25).

## **2.4. Situation dans les Hauts-de-France**

Depuis 2020, l'ARS des HDF ajoute un zonage spécifique : les Zones d'Accompagnement Régional (ZAR), permettant d'augmenter les zones éligibles aux différentes aides. Ainsi, 72,4% de la population des HDF (4,6 millions d'habitants) se situe en ZAC, ZAR ou ZIP (26).

Devant ces inégalités grandissantes d'accès aux soins, des projets sont mis en place.



Zonage médecins généralistes

ZIP

ZAC

ZAR

Zonages médecins libéraux Hauts-de-France - ARS Hauts-de-France - 2023

### **3. Volonté gouvernementale d'améliorer l'accès aux soins**

#### **3.1. Projet de loi**

Annoncée en 2018, la stratégie nationale Ma Santé 2022 (27) veut refonder le système de santé français et garantit de :

- replacer le patient au cœur du soin, améliorer la qualité et l'accès aux soins ;
- décloisonner et favoriser la coordination entre professionnels de santé ;
- libérer du temps médical, en créant de nouvelles fonctions d'assistants médicaux ;
- déployer la télémédecine pour abolir les distances.

#### **3.2. Organisations coordonnées territoriales**

Les ARS accompagnent le développement :

- des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées en 2016, permettant de mieux coordonner les soignants sur un même territoire.
- des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) où exercent les professionnels de santé de façon coordonnée et libérale, avec amélioration de la permanence des soins,
- des centres de santé (CDS) : structure sanitaire de proximité de premier recours, regroupant divers professionnels de santé salariés.

Ainsi, l'exercice médical isolé devient l'exception (28).

Les organisations coordonnées territoriales (29) doivent permettre aux patients :

- de répondre rapidement aux demandes de soins non programmés,
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de TLC,
- de désigner un médecin traitant pour leur suivi au long cours.

#### **3.3. Assistants médicaux**

Reconnue depuis 2018, la pratique avancée infirmière permet d'acquérir des compétences relevant réglementairement des médecins. L'objectif est d'améliorer la qualité des parcours des patients et réduire la charge de travail des médecins. Les infirmiers en pratique avancée (IPA) peuvent suivre des patients confiés par le médecin de l'équipe de soins où ils exercent. Ils peuvent renouveler, adapter certaines prescriptions médicales, réaliser des actes de prévention ou de dépistage. (30)

### **3.4. Déploiement de la télémédecine**

Le Ségur de la Santé (31) place le numérique comme enjeu majeur, pour faciliter l'accès à la santé. Dans cette optique, les dispositifs d'assouplissement de la TLC mis en place pendant la pandémie de COVID sont prolongés, comme la dérogation au principe de parcours de soins coordonnés ou connaissance préalable du médecin.

Le gouvernement français veut généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé, en utilisant des outils interopérables, sécurisés, dans le respect du cadre éthique.

Depuis janvier 2022, la création du carnet de santé numérique Mon Espace Santé (MES) (32) permet à chaque individu de disposer facilement de ses données numériques. Il s'agit d'un dossier médical partagé (DMP) avec l'historique médical des patients (antécédents, ordonnances, résultats d'examens, etc...), où le partage d'informations de santé est facilité grâce aux logiciels métiers (33).

## **4. Justification de la question de recherche**

La TLC a pris une place plus importante dans les pratiques des médecins généralistes depuis la pandémie de COVID-19. Les avantages, inconvénients, satisfaction (34) et freins (35) à son utilisation ont déjà été étudiés. Toutefois, le CMG rappelle qu'il existe peu de données sur son utilisation en médecine générale. La plupart des études menées chez les patients concerne le suivi de pathologies chroniques (36) (37).

Aucune étude n'a recueilli les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins, par l'utilisation de la TLC du point de vue des patients.

D'où la question de recherche suivante : Comment la TLC peut-elle améliorer l'accès aux soins premiers des patients en zones sous-denses des Hauts de France ?

# MATERIELS ET METHODES

## 1. Choix de la méthode

### 1.1. Type d'étude

Afin d'explorer des processus sociaux subjectifs (expériences, attentes, besoins) d'une population définie autour d'un phénomène, le choix d'une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée, est retenu. Préalablement à cette étude, une revue de littérature est effectuée avec les mots clés suivants : téléconsultation, médecine générale, accès aux soins, zones sous denses, soins premiers.

### 1.2. Population

Les sujets sont des patients volontaires, majeurs, non protégés légalement et résidant en ZIP ou ZAC des HDF. Les patients exclus sont porteurs soit de troubles cognitifs, soit d'une affection aiguë somatique et/ou psychiatrique, ou présentant des troubles de communication/audition. Les cabinets de médecins généralistes sont sélectionnés par des mails envoyés aux maîtres de stage des universités (MSU), et par effet boule de neige au fur et à mesure des investigations (voir **Annexe n°1**). Un rendez-vous est fixé afin d'expliquer le travail et favoriser la rencontre avec les patients. Les sujets sont rencontrés au hasard dans les salles d'attente. Après une brève présentation, une fiche d'informations à destination des patients (voir **Annexe n°2**) est remise. Un délai de réflexion, et un consentement oral sont demandés. L'entretien est réalisé soit le jour-même dans un endroit calme disponible au sein du cabinet ; soit ultérieurement selon les préférences du patient.

### 1.3. Recueil de données

Seize entretiens individuels semi-dirigés par l'investigatrice sont menés de septembre 2022 à avril 2023. Le guide d'entretien initial (voir **Annexe n°3**) testé au préalable sur deux personnes indépendantes de l'étude, est construit sur les données de la littérature. Il est flexible, pouvant évoluer au fil des entretiens réalisés, selon les idées émergentes. L'ensemble des entretiens sont doublement enregistrés (par dictaphone et smartphone). Ils sont anonymisés et retranscrits intégralement en verbatim sur Word®, manuellement par l'investigatrice (identifiée par les initiales CKJ). Les éléments de langage non verbal, onomatopées, silences sont notés entre crochets.



## **1.4. Analyse des données**

Après retranscription de chaque entretien, le codage ouvert est réalisé. L'analyse axiale, intégrative, inspirée de la théorisation ancrée, aidée du logiciel Maxqda®, aboutit à l'émergence d'un modèle explicatif.

La triangulation des données est assurée en aveugle par deux autres chercheurs, avant la mise en commun et la recherche de consensus si divergence.

Le nombre d'entretiens est déterminé par la saturation théorique des données, atteinte lorsqu'un nouvel entretien n'apporte plus de nouvelle information susceptible de modifier le modèle explicatif. Deux entretiens supplémentaires confirment cette suffisance.

Un journal de bord est tenu tout au long du travail, traçant les étapes, comptes rendus des ressentis après chaque entretien, questionnements de l'investigatrice, et rapport des rencontres avec la directrice de thèse.

Le référentiel COREQ-32 (38) ainsi que le manuel d'analyse *Initiation à la recherche qualitative en santé* (39) sont utilisés tout au long de l'étude.

## **2. Aspect éthique et réglementaire**

Avant le début de l'entretien, chaque participant donne oralement son consentement libre et éclairé, pour sa participation à l'étude, l'enregistrement, l'anonymisation, et l'exploitation des données. Les coordonnées de l'investigatrice sont fournies s'ils souhaitent supprimer, modifier leurs propos ou retirer leur autorisation à tout moment. Les enregistrements seront détruits après la soutenance de thèse.

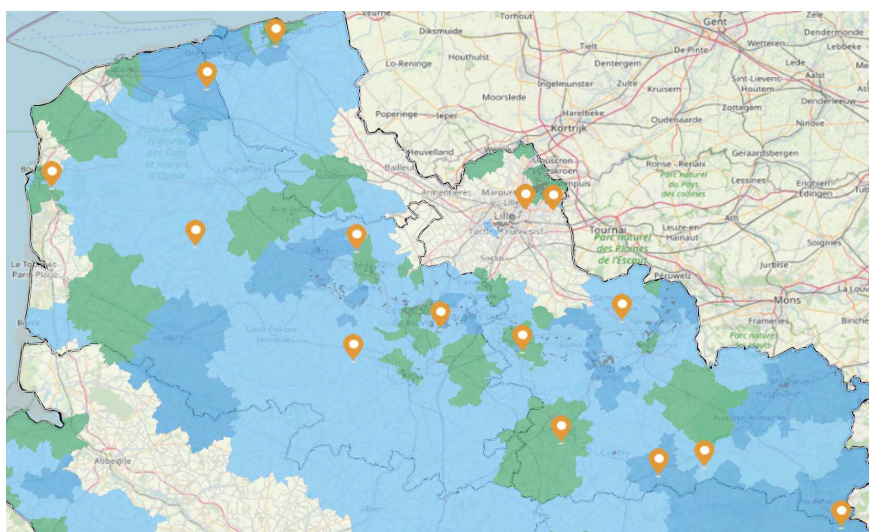
Après analyse de la méthode, celle-ci est classée hors Loi Jardé et ne nécessite pas d'autorisation auprès du comité de protection des personnes. Une déclaration auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de la faculté de Lille a été effectuée (référence registre DPO : 2022-179) (voir **Annexe n°5**).

L'investigatrice ne déclare avoir aucun conflit d'intérêt dans cette étude.

# RESULTATS

## Description des participants

Seize patients ont été interrogés entre septembre 2022 et avril 2023 (**Annexes n°6 et n°7**). Aucun patient ne s'est rétracté ou n'a souhaité modifier ses propos. Chaque déplacement de l'investigatrice a abouti à un entretien. Les motifs de refus à participer à l'étude étaient le manque de temps le jour même, l'inexpérience, ou le manque d'intérêt.



Carte de recrutement des participants

Participant	Sexe*	Âge	Métier	Code postal cabinet de recrutement	Zonage	Type cabinet	Durée (minutes)	usager TLC	usager cabines TLC	TLC par MT**	Distance domicile - cabinet
P01	F	25	Aide soignante	62560	ZAC	Cabinet de groupe	27	oui	non	non	<1km
P02	H	74	Retraité (ouvrier)	62280	ZAC	Cabinet individuel	22	non	non	non	<1km
P03	F	21	Chômage (femme de ménage)	59640	ZAC	MSP	14	non	non	non	<1 km
P04	H	23	Aéronautique	59640	ZAC	MSP	26	oui	non	oui	10-20 km
P05	H	75	Retraité (directeur de société)	62370	ZIP	Cabinet de groupe	28	oui	non	oui	<1km
P06	F	51	Assistante maternelle	59450	ZIP	Cabinet de groupe	18	oui	non	oui	5 km
P07	F	32	Banquière	59550	ZAC	Cabinet individuel	10	oui	non	non	5-10 km
P08	H	49	Infographiste web-designer	59290	ZAC	Cabinet individuel	23	oui	non	oui	1-5 km
P09	H	74	Retraité (marketing) / écrivain	59390	ZAC	Cabinet de groupe	25	non	non	oui	1-5 km
P10	F	24	Etudiante (assistance sociale)	62430	ZIP	Cabinet individuel	46	oui	oui	non	5-10 km
P11	F	54	Comptable	62690	ZAC	MSP	36	oui	non	oui	1-5 km
P12	F	86	Retraîtée (éducatrice) / artiste peintre	59400	ZAC	Cabinet de groupe	43	oui	oui	non	1-5 km
P13	H	62	Retraité (comptabilité / RH)	59360	ZIP	Cabinet individuel	51	oui	oui	non	1-5 km
P14	H	57	Géographe pour agence urbanisme	59230	ZAC	Cabinet de groupe	57	non	non	oui	1-5 km
P15	F	45	Infirmière puéricultrice	62350	ZIP	MSP	54	non	non	non	5-10 km
P16	F	30	Aide soignante	59186	ZIP	MSP	45	oui	non	oui	1-5 km

Tableau 1 : caractéristiques des participants (\*Sexe : F = femme. H = homme. \*\*MT = médecin traitant)

La saturation théorique des données est atteinte lors du quatorzième échange. Deux rencontres supplémentaires ont confirmé cette suffisance. La durée moyenne des entretiens est de 33 minutes. L'âge moyen des participants est de 49 ans.

# 1. Réfractaire à la téléconsultation

La principale expérience ressentie par les patients est l'impuissance face à la désertification médicale, et l'opposition à la TLC, jugée inadaptée aux zones sous-denses.

## 1.1. Impuissance face aux difficultés d'accès aux soins

### 1.1.1. Abandon

L'accès aux soins est associé à une réelle difficulté pour les patients.

*"C'est vraiment compliqué d'avoir des médecins. On voit les campagnes, y galèrent !!" P03*

Ceux-ci déplorent l'exode rural médical. *"Tous les médecins se barrent dans les grandes villes !" P02*. Les patients n'ont plus de médecin de proximité. *"Il faut faire plus de route, pour être mieux soigné quoi..." P16*

### 1.1.2. Privilège d'accéder à un médecin

Les patients ayant la possibilité d'être soignés ont conscience de leur chance.

*"J'ai eu la chance de trouver. Ça faisait deux ans que je n'avais pas de médecin" P13*

Même si la relation médecin-malade n'est pas satisfaisante, ils sont obligés de s'en accommoder. *"J'ai pas le luxe de changer [...] car je n'ai personne d'autre." P12*

### 1.1.3. Pessimisme

L'inquiétude pour l'avenir règne quant à la qualité et l'accès aux soins médicaux.

*"Il faut espérer ne pas être trop malade dans 10 ans quand on sera en retraite." P11*

*"Pour avoir des médecins, on va diminuer le niveau des examens [...] on aura des médecins qui n'auront pas forcément les aptitudes [...] C'est ça qui me fait peur pour l'avenir." P13*

Certains s'insurgent face aux décisions politiques antérieures, qu'ils jugent responsables de la situation actuelle. *"Je n'arrive pas à comprendre que des techno-parisiens n'aient pas envisagé [...] qu'à un moment, ça allait bloquer ! [...] Qu'on se retrouve dans cette situation 15-20 ans plus tard, c'est juste aberrant!" P14*

## 1.2. Peur de l'inconnu

### 1.2.1. Utilisation floue

Les patients ne connaissent pas la TLC, et semblent très peu informés. *“Je sais vraiment pas vous dire vraiment c'est quoi, la TLC.” P03* *“C'est pas [...] automatique.” P14*

Le manque d'informations apparaît lié au manque d'intérêt pour la TLC. *“Je ne me suis pas forcément beaucoup renseigné. Mais, l'information n'est pas venue à moi !” P14*

### 1.2.2. Désintérêt

Cet outil est peu utilisé, y compris dans les zones sous-denses en médecins. *“Ici, la TLC, ça a pas été ça hein ... Qu'on soit jeune, ancien, [...] ça n'a pas été un franc succès quoi. Et pourtant on est un désert médical je pense ...” P16*

Le recours à la TLC ou aux cabines installées en EHPAD reste faible.

*“La cabine dans la Résidence, moi je vois jamais personne l'utiliser.” P12*

Ce manque d'utilisation est lié à un manque de considération.

*“Les gens se désintéressent de ça. On ne peut pas forcer les gens.” P12*

### 1.2.3. Méfiance

La méconnaissance induit une crainte de l'outil. *“C'est un vrai médecin de l'autre côté ? Ou une intelligence artificielle ?” P16* L'appréhension d'être trompé est préoccupante. *“On entend tout le temps, “les médecins VS les faux-médecins” [...] On n'est pas rassuré...” P03*

Des doutes sont exprimés au sujet des médecins réalisant les TLC. *“Les gens ont peut-être peur de tomber sur quelqu'un qui [...] n'a pas les compétences.” P03*

## 1.3. Modification de la relation médecin-patient

### 1.3.1. Barrière de l'écran

La TLC ajoute une distance entre le patient et le médecin.

*“Rien ne remplace l'humain. [...] Et la TLC, ça met des barrières entre les gens.” P15*

Notamment dans les télécabines, la relation est moins intimiste. *“Les préparatrices viennent voir si tout se passe bien. On n'est pas comme dans un cabinet.” P13* Finalement, la TLC empêche le contact chaleureux entre médecin et patient. *“Le problème, c'est que la relation avec le patient, y'en n'a pratiquement pas! [...] Je trouve ça important le relationnel !” P15*

### 1.3.2. Médecins inconnus

Une relation de confiance est incompatible avec la succession de médecins différents lors des TLC. “Y’a pas de fidélité...” P12 “Toujours être ballotté entre des médecins différents, [...] c’est du virtuel, dans la relation aussi quoi, finalement.” P13

### 1.3.3. Suivi médical complexe



Le suivi sur le long terme paraît inadapté. “J’en ai fait trois. Ça faisait plus d’un an que je n’avais pas de médecin ! Mais ça ne remplace pas le médecin traitant.” P13

“On va tomber à chaque fois sur un praticien différent. Ce n’est clairement pas adapté pour le suivi, encore moins pour les patients polypathologiques.” P09

Les patients sont inquiets concernant la continuité des soins prescrits en TLC.

“Au niveau du résultat [d’examen], comment ça se passerait ? S’il faut les reconsulter, comment on fait ? [...] Pour le suivi, ça m’interpelle un peu.” P13

## 1.4. Réticence aux changements

Consulter au cabinet paraît être une routine dans l’esprit collectif. “On a tellement l’habitude de voir son médecin, aller à la pharmacie. C’est des habitudes qu’on a du mal à perdre.” P01 Si leur médecin n’est pas disponible, les patients favorisent la consultation physique.

“Y’a personne ? On va aux urgences... C’est le réflexe.” P05 “Je préfère [...] encombrer les urgences [...] que de passer en TLC.” P14 En effet, le contact humain direct est plus rassurant que par écrans interposés. “Quand on est en face de la personne, ça fait plus consultation, plus réel.” P11 Certains patients opposent la TLC au suivi avec leur médecin traitant. “La TLC pour moi, [...] : c’est l’antithèse du médecin référent !” P09

## 1.5. Résignation

L'usage de la TLC est vécu comme une fatalité. *“Y a des endroits où ils n'ont pas le choix. Ça sera bientôt le seul moyen de se soigner dans les déserts médicaux.”* P08

Elle est envisagée en dernier recours, faute de pouvoir consulter un médecin. *“Si on se retrouve sans médecin, c'est notre dernière option hein ! [...] on prendra ce qu'il reste.”* P16

Son application semble donc imposée par la démographie médicale en déclin. *“Si [...] aucun médecin ne m'accepte dans sa patientèle, heu... Bah, faute de grives, on mange des merles ! Mais, pour moi, [...] Ca ne sera pas un choix.”* P09

Alors, les patients estiment avoir besoin d'aide et de temps pour s'adapter à cette pratique. *“C'est une habitude nouvelle. [...] Il y a un temps d'adaptation.”* P01

## 2. Acceptation progressive de la téléconsultation

La démographie médicale actuelle impose l'utilisation de la TLC, à laquelle les patients s'adaptent progressivement. La crise COVID-19 a permis l'expansion de cet outil. Cependant, l'information et l'accompagnement sont nécessaires pour l'utiliser à bon escient.

### 2.1. Évolution du regard depuis la pandémie COVID-19

Avant la crise COVID-19, la TLC était ignorée des patients. *“Avant le Covid : on n'en parlait pas hein ! [...] La TLC, j'aurais dit “bah non, pourquoi ? J'vois pas l'intérêt.”* P01

Avec la pandémie et les confinements, le distanciel a modifié les pratiques. *“C'est vrai qu'on a évité aussi les rendez-vous sur place par rapport au COVID”* P06

Cependant, son usage paraît éphémère. *“C'était bien utile pendant l'épidémie [...] Mais, y'a plus trop d'intérêt maintenant. On préfère toujours voir son docteur.”* P16

### 2.2. Besoin d'informations

Les patients expriment le besoin d'être renseignés par différents moyens. *“Le fait que le médecin le propose ou mette une affiche, [...] ça peut être bien.”* P01

*“Pourquoi pas des spots publicitaires [...]. Et dans les journaux aussi. [...] Informer les gens qu'ils ont [...] la TLC. Qu'ils sachent que ça existe !”* P10

Les populations souhaitent avoir plus de visibilité sur l'accès aux soins à distance. *“Je découvre avec vous là ! [...] Là, y a une IN-FOR-MATION à faire vraiment ! [...] Comment je fais pour aller là-dessus ?”* P05

L'information peut également être relayée par les paramédicaux de proximité. *“Infirmiers libéraux, [...]auxiliaire de vie à domicile. [...] Informer ceux qui sont au plus proche des patients quoi.”* P10

## 2.3. Besoin d'accompagnement

Un réel besoin d'aide est exprimé, afin de faire évoluer les habitudes de tous. *“Ils se sentiraient plus en confiance, d'avoir quelqu'un qui les aide, qui les accompagne à ça. Sinon, je pense que d'eux-mêmes, ils n'iraient pas à la TLC.” P01*

*“Faut nous aider à aller dessus. Les personnes âgées, comme les jeunes !” P03*

Ils sont plus enclins à utiliser la TLC après un échange avec leur médecin traitant.

*“Ca deviendrait peut-être plus un automatisme si le médecin le proposait.” P01*

*“Si un médecin me le dit de vive voix, je serais plus Rassurée.” P03*

L'assistance des paramédicaux paraît indispensable pour sécuriser les utilisateurs. *“Dans les villages sans médecin, [...] avoir un système de cabine, avec un infirmier qui aide les personnes âgées [...]. Le pharmacien pourrait assister, conseiller.” P08*

## 2.4. Autonomisation des patients

### 2.4.1. Réflexivité autour de la consommation de soins

L'échange avec les patients lors du travail de recherche a permis une remise en question de certains comportements réflexes lors du recours aux soins. *“Est-ce que je vais encombrer les urgences avec [une angine] ? [...] Et je peux pas voir mon médecin avant dix jours. Bon, maintenant qu'on en discute, pourquoi pas !” P14*

Ils s'interrogent également sur la nécessité d'un examen physique à chaque consultation. *“Je sais que c'est une habitude [...] de m'asseoir sur le fauteuil, pour qu'on nous regarde. Même si c'est pas nécessaire.” P10*

Le choix du distanciel est fait lorsque les malades se connaissent et savent leurs besoins. Ils sont alors acteurs de leur santé. *“C'est adapté dans le contexte où la personne est mentalement capable de se dire d'elle-même : ‘d'accord, c'est ça mon problème’. Et qui n'a pas besoin de relation de contact direct avec le médecin pour être rassuré.” P04*

Leur pouvoir de décision s'exerce lors du choix entre les différents types de consultation, selon leurs motifs. *“On peut choisir si on fait au cabinet ou une TLC. Après, [...] il faut que le motif soit adapté. [...] C'est à nous de faire attention quand on prend la TLC en fait.” P11*

#### 2.4.2. Acceptabilité de la téléconsultation

Il existe une dichotomie entre les motifs de recours à la TLC :

Elle est acceptée dans les contextes suivants :

- les renouvellements de traitements pour des pathologies chroniques stables : *“Si c’est pour un traitement qu’on prend, qui bouge pas, bon...” P15*
- le motif ne nécessite pas d’examen physique : *“Expliquer un examen. [...] En psychologie, en psychiatrie [...] Je verrais ça comme un outil d’échange.” P08*
- selon certains profils : *“Pour les jeunes sans gros problèmes de santé” P09*
- pour des soins non programmés aigus estimés ‘simples’ : *“Pour les arrêts de travail si les gens sont cloués au lit avec une gastro par exemple” P09*
- ou bien si le médecin traitant est indisponible. *“Si je dois attendre 10 jours pour voir mon docteur, [...] peut-être que ça m’amènerait à téléconsulter” P14*

Alors qu’une consultation physique est préférée si le suivi médical est complexe.

*“Pas pour un cas qui doit être suivi genre tout ce qui est cardiaque, le diabète.” P16*

#### 2.4.3. Décision partagée

Une décision partagée entre le médecin et le malade est indispensable. *“Ça pourrait venir du patient et du médecin. [...] Le médecin pourrait décider si ça vaut le coup de faire une TLC ou pas. [...] Ça reste envisageable si tout le monde est d’accord.” P08*

La place de la TLC est à associer aux consultations physiques. *“Je dis pas que je le ferai tout le temps, parce que c’est vrai qu’on aime bien voir son médecin...” P01*

*“Sur le plan organisationnel, je dirai 30% des consultations, max.” P08*

### 2.5. Champs des possibilités de la téléconsultation

Une fois acceptée, la TLC peut aider patients et soignants.

Libérer du temps médical : Les patients proposent d’alterner le suivi physique et distanciel : *“On ne viendrait qu’une fois par an pour faire une grosse consultation, [...] il ferait le tour de la question.” P12* La TLC peut libérer du temps par rapport aux déplacements *“si ça lui évite une visite à domicile.” P11*

Orienter, conseiller et rassurer : *“Plutôt que d’être livré à soi-même et d’aller directement aux urgences ... Ça peut permettre de temporiser [...] comme quand on appelle le 15 !” P12*



### Accélérer l'accès à un médecin :

Par ses délais de rendez-vous compétitifs. *“La rapidité de la consultation ! Dû au manque de médecins, qui ne prend plus que sur rendez-vous.” P05* Y compris sa disponibilité hors périodes d'ouvertures des cabinets. *“J'ai pu avoir un médecin un samedi après-midi. [...] C'est accessible quand la pharmacie est ouverte, [...] du lundi au samedi et jusqu'au 19h !” P10*

### Favoriser la continuité des soins :

- Pour les patients à mobilité réduite : *“Pour les gens qui peuvent pas se déplacer. Les personnes âgées, les gens non véhiculés, ou handicapés.” P08*
- Pour les personnes actives : *“Si je suis en déplacement avec le boulot, [...] ça pourrait être intéressant ! Parce que Dr X a des horaires qui ne sont pas faciles pour quelqu'un qui travaille.” P14*
- Pour ceux loin de leur domicile : *“On part en vacances, si on a une TLC qui est possible avec un médecin qui nous connaît, ça peut être bien.” P01*
- Pour les malades dans un contexte de précarité : *“Les Sans Domicile Fixe ont pas forcément de quoi faire une TLC ! Bah ils vont dans une pharmacie. [...] Ils peuvent être suivis comme ça de façon ponctuelle plutôt qu'être complètement isolés, hors d'un système de soins” P10*

## **2.6. Soulagement**

Finalement, on retrouve une satisfaction vis-à-vis de la réponse médicale apportée.

*“On peut avoir un examen, un avis et une ordonnance. [...] Niveau qualité : rien à dire car il n'y a pas eu de problème, comme c'est quelque chose de très carré.” P10*

*“C'est un soulagement quand même.” P13*

La limite de l'absence d'examen physique peut être repoussée par un interrogatoire minutieux et l'observation à travers les objets connectés en cabine de TLC.

*“Il a vraiment pris le temps, il m'a dit de tourner la roulette pour bien faire la netteté au niveau de mon oreille. [...] il m'a posé plein de questions... Même s'il n'a pas pu me toucher physiquement, il a pu voir grâce aux appareils.” P10*

La TLC donne accès aux médecins disponibles, auxquels les patients s'accommodent. *“La télégestion, ça permet d'avoir toujours quelqu'un, pour un avis ou quoi au moins. Ça permet d'avoir un peu de soins quand même.” P16*

### **3. Réorganisation du système de soins**

Même si les patients affectionnent la relation avec leur médecin de famille, le système du médecin traitant unique semble désuet dans les zones sous-denses.

#### **3.1. Parcours de soins et ambivalence**

Le respect du parcours soins est abrogé par les malades, en faveur d'une réponse médicale la plus rapide et disponible. *"Ça peut être n'importe quel médecin, tant qu'on est soigné. Peu importe !"* P08 Avoir des soins est plus important que le médecin consulté. *"Ça m'est égal en fait, que ce soit pas mon médecin. Je dirais que je m'en fous!"* P11 *"De toute façon, c'est un médecin [hausse les épaules]"* P01

D'autant plus que les patients s'adaptent aux médecins auxquels ils ont accès.

*"Mieux vaut avoir un avis médical, même de ces médecins qui ne sont peut-être pas adaptés, plutôt que d'être livré à soi-même."* P12 L'essentiel étant que le professionnel consulté ait accès au dossier médical. *"Si c'est un autre médecin mais qui a accès aux antécédents, [...] pourquoi pas !"* P08 De plus, le respect du parcours de soins est parfois perçu comme une perte de temps, pour les malades et les médecins déjà débordés. *"C'est dommage de devoir passer par son médecin pour juste avoir une lettre, une ordonnance. [...] Perte de temps."* P08

#### **3.2. Coordination inter- et pluri-professionnelle**

Les patients imaginent donc un système de soins basé sur la collaboration de plusieurs médecins par secteur. *"Plusieurs médecins qui travaillent en équipe pour s'organiser, se répartir les tâches : un qui fait les urgences, un qui fait les visites, selon les jours ! [...] Ça permettrait que tout le monde soit couvert !"* P15

Les patients seraient rassurés par une équipe médicale sur un territoire, qui assurerait la permanence de soins. *"On aurait l'habitude avec le collectif de médecins [...] C'est rassurant."* P15 Une articulation pluriprofessionnelle autour de la TLC est envisageable afin de diffuser sa portée au domicile par exemple. *"Pour des personnes d'un certain âge, ça peut être intéressant de faire des TLC avec un infirmier libéral [...] avec le médecin traitant."* P10 La délégation de certaines tâches peut libérer du temps médical, notamment avec les IPA. *"Ils parlaient à la télé que les infirmières pourraient faire des visites simples, des renouvellements, pour des déserts médicaux, que ça aide les médecins quoi !"* P13

À condition de travailler en équipe avec un médecin. *"Il faut que l'infirmière soit sûre à côté de pouvoir contacter un médecin dans l'urgence et qu'elle ne soit pas seule quoi !"* P15

### **3.3. TLC territorialisée**

Afin d'améliorer l'accès aux soins, il semble intéressant de proposer des plages de TLC dédiées aux patients d'un secteur. *"Pourquoi pas favoriser les médecins du territoire, localement à faire de la TLC, pour toucher plus de gens : s'ils ont du temps dans leur planning ou faire quelques heures dédiées dans leur agenda." P10*

Et permettre aux patients en rupture de suivi de contacter un médecin de proximité.

*"Pour ceux qui sont plus dans un parcours de soins, ça peut [...] remettre un pied petit à petit dans un parcours de soins [avec] des médecins du coin !" P10*

Une démarche territorialisée donne la possibilité de rencontrer le patient au cabinet si besoin. *"Si vous pouvez obtenir une consultation au cabinet, après une TLC d'un médecin du territoire... Ça peut peut-être répondre à des personnes qui n'ont pas de médecin traitant aujourd'hui." P14*

Cette proximité initie un climat de confiance. *"Ca peut rassurer aussi [...] en se disant : 'ha bah tel Docteur, il est pas loin au moins [...] c'est pas quelqu'un du Sud'." P10*

Certains patients imaginent l'utilisation des cabines de TLC avec un médecin dédié par zonage. *"Si sur Médadom®, on avait toujours le même, il finirait par nous connaître [...] Faudrait que ce soit un médecin référent par zone, à la limite." P12*

### **3.4. Optimisation du Dossier Médical Partagé**

Dans l'optique d'un meilleur suivi médical entre professionnels, l'échange d'informations se doit d'être optimal, y compris en TLC. *"Le médecin [...] ne sait pas ce qu'on prend déjà... Il faut vraiment qu'ils aient accès au dossier médical." P08*

Un support unique avec le DMP complet assure une continuité des soins.

*"En Belgique [...] : sur la carte d'identité, il y a TOUT ! [...] Tout votre passé médical, tout est inscrit DESSUS ! [...] Les radio, les résultats [...], votre bon traitement." P05*

Ce dispositif permet d'assurer une prise en charge de qualité.

*"Le DMP, tous les médecins qu'on consulte pourraient y accéder [...] pour assurer un bon suivi." P12*

### 3.5. Alternatives

L'exercice territorialisé des médecins pourrait améliorer l'accès aux soins en proposant des créneaux de TLC, coordonnés avec les paramédicaux. Cependant, tous les patients interrogés expriment d'emblée le besoin d'avoir plus de médecins.

Pour cela, ils espèrent plus d'étudiants formés, ainsi qu'une répartition plus équilibrée sur le territoire. Ils suggèrent également la reprise de service des médecins retraités ou les équivalences facilitées. Les incitations financières à l'installation sont majoritairement évoquées, pour attirer les soignants.



L'accompagnement d'étudiants issus de zones sous-denses est également une piste à envisager. *"Quand un médecin s'installe quelque part, il est souvent issu de ce territoire. Ce qui amène la fac d'Amiens à [...] former des jeunes pour qu'ils accèdent aux études de médecine, dans l'objectif qu'ils reviennent sur le territoire."* P14

Les patients sont contre l'obligation d'installation mais préconisent de limiter l'exercice où l'offre de soins est plus importante. *"On l'a bien fait pour les pharmaciens. Qu'il y ait des zones où la densité est très forte et temporairement, on ne s'y installe plus, sans forcer les médecins."* P09

## 4. Solution palliative transitoire

La TLC devient une pratique envisageable par les patients, dans ce contexte de pénurie médicale. Ils songent à utiliser ce dispositif en attendant une amélioration de la démographie médicale. Finalement, la TLC semble être considérée uniquement comme une alternative temporaire, avec de nombreuses limites.

### 4.1. Conscience des inégalités

Différentes fractures aggravent l'inégalité d'accès aux soins :

- Premièrement, la fracture numérique : *“On est dans la campagne, y'a pas du réseau partout.” P01* *“Y'a les personnes âgées [...], qui n'ont pas d'ordinateur” P06*
- Puis, les inégalités culturelles : *“Ils savent ni lire, ni écrire ! [...] Vous lui donnez un ordinateur, un bazar, ils savent même pas...” P02*
- Ou encore, l'illectronisme : *“Il y a 25-30% des français qui ont des difficultés avec l'informatique, en particulier les personnes âgées ou peu diplômées... Bah vous vous posez la question de l'équité envers la médecine hein !” P14*

À ces facteurs peuvent se cumuler la fracture inter-générationnelle souvent évoquée par les patients : *“Les moins de 60 ans, [...] on a l'habitude des téléphones, ordinateurs. Mais au-dessus de 60 ans, c'est déjà un peu plus compliqué.” P08* *“Certains d'ici devraient être en EHPAD... C'est désastreux ... Et donc, ces gens là ne peuvent pas faire de TLC par leurs propres moyens !” P12*

Cette incompréhension entre les générations aggrave le sentiment de solitude.

*“On n'a pas tellement réfléchi à : ‘le patient, qu'est-ce qu'il va ressentir ?’” P16*

L'isolement fait que la présence physique est beaucoup plus appréciée.

*“Les personnes âgées [...] isolées chez eux préfèrent aussi une présence.” P06*

### 4.2. Conscience des risques

Outre les inégalités d'accès à la TLC, les patients évoquent les potentielles dérives par ceux qui savent utiliser les soins à distance. *“On peut dire tout et n'importe quoi hein ! [...] Vous pouvez pas savoir puisque vous n'examinez pas le patient.” P16*

*“La Sécu a dû mettre le Holà sur les arrêts de travail en TLC !” P14*

La méconnaissance du patient par le médecin peut majorer le risque d'erreur.

*“Ma mère confond ses médicaments avec ceux de mon père. Elle pourrait se faire renouveler le mauvais traitement, puisque le médecin [...] ne la connaît pas !” P16*

L'absence d'examen physique peut majorer le risque d'errance diagnostique.

*"Si les symptômes sont bâtarde, on peut vite passer à côté de quelque chose..." P15*

Pour pallier cela, une formation à la télésemiologie lors des études médicales semble indispensable. *"Je sais pas si dans les cours de médecine ça vous prépare [...]. Parce que ça vous amène forcément à pratiquer la médecine de manière très différente. Il devrait y avoir un module pour préparer à gérer une TLC !" P14* La facilité d'accès à l'offre de soins en TLC peut également encourager le nomadisme médical. *"Si untel n'a pas eu ce qu'il voulait avec tel toubib en TLC, il va voir ailleurs" P09*

### **4.3. Utopie**

La désillusion affecte toutes les propositions précédentes, que ce soit la délivrance de l'information au sujet de la TLC : *"L'information oui, mais qui va la donner ? Qui va accompagner les personnes pour réaliser une TLC ?" P05* Ou encore, les difficultés organisationnelles : *"Il faut se rendre dans une pharmacie, ou que les infirmiers viennent avec une mallette à la maison [...]. C'est une organisation pas évidente !" P14* Mais aussi l'accès au dossier médical informatisé : *"Il faudrait que tout le monde ait un espace numérique, où tout le monde ait les moyens de s'y connecter... Y'a quand même du taff hein !" P14*

De plus, l'accès aux soins reste difficile du fait du manque d'attractivité de certaines zones. *"Même si on revenait à une situation normale, [...] y'a quand même des secteurs où y'aura toujours des déficits, parce que c'est pas attractif !" P14*

Idéalement, les patients préféreraient ne pas avoir à faire face à cette démarche.

*"Je préférerais qu'il n'y ait plus de déserts médicaux plutôt que multiplier la TLC !" P09*

### **4.4. Solution éphémère**

Initialement réticents, les patients envisagent tout de même un usage de la TLC, uniquement ponctuel. *"Juste pour du dépannage... Rien de plus." P12*

*"C'est pas un système qui est adapté à des années de suivi médical. Ça va [...] le temps de trouver un nouveau médecin." P13*

À défaut de médecins, ils sont obligés d'y recourir, non par choix mais par désespoir.

*"Petit à petit on y viendra [...] Mais c'est pas idéal, c'est juste un pis-aller !" P12*

*"Une fausse bonne idée qui est un palliatif à une absence de médecins." P14*

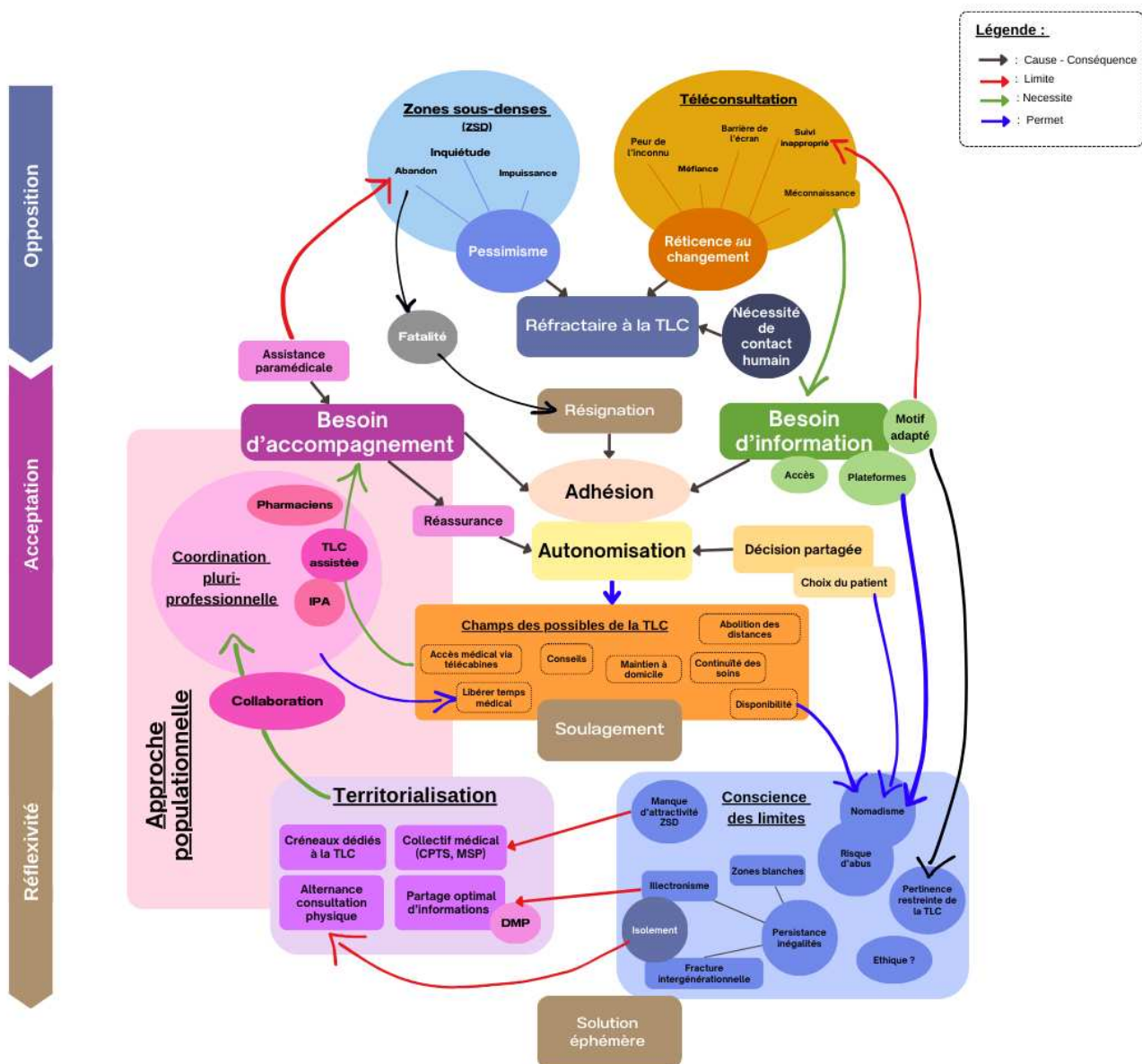
Les participants ressentent beaucoup d'inquiétude pour l'avenir auxquels ils doivent faire face, *"en attendant qu'il y ait plus de médecins un jour, peut-être." P11*

# DISCUSSION

## 1. Résultat principal, et comparaison avec la littérature

Une modélisation théorique (voir **Annexe n°8**) est réalisée pour articuler l'expérience des patients face à la TLC, et sa place accordée dans l'accès aux soins.

### Place de la téléconsultation dans l'amélioration de l'accès aux soins premiers des patients en zones sous-denses des Hauts-de-France.



Les patients interrogés rejettent de prime abord la TLC, quel que soit leur âge ou lieu de résidence (ZIP ou ZAC). L'outil demeure flou, si bien qu'un amalgame est fait entre la TLC avec le médecin référent, un autre professionnel, ou encore en utilisant les télécabines. La méconnaissance au sujet de la TLC est évoquée dans le travail de thèse de Laurine Planque (40), soutenue à Lille en 2019, réalisé par auprès de patients du Ternois, zone médicalement sous-dense du Pas-de-Calais.

L'ignorance reste prépondérante, malgré l'explosion de la TLC durant la pandémie à coronavirus en 2020, et l'édition de fiches d'informations par la HAS en 2021 (41). Cela reflète probablement le réel manque d'intérêt des patients vis-à-vis des soins à distance. Les patients sont réticents au numérique qui s'immisce dans tous les aspects de la vie, y compris en santé.

L'habitude de la consultation physique et le relationnel sont primordiaux aussi bien pour les malades, que pour les médecins comme le montre le travail de thèse de Pierre-Alain Marquaille (42) soutenue en 2021 à Amiens. Cela favorise la conservation des pratiques. L'écran est perçu comme une barrière supplémentaire, "robotisant" la relation, comme l'évoque Marie-Charlotte Methlin (43), dans son travail de thèse soutenu à Lille en 2023.

Les participants abordent d'emblée la perte d'informations en TLC. L'absence d'examen physique aboutit à une évaluation globale tronquée. Le travail d'Emilie Luciani et Nicolas Du Pontavice (44) de la faculté de Grenoble réalisé en 2021 montre que sur 105 signes physiques identifiables au cabinet de médecine générale, seulement 15 sont objectivables en TLC. À cela s'ajoute la perte de la communication non verbale et de l'intuition (*gut feeling*) modifiant la "perception de l'état de santé du patient" selon le CMG (17).

La place de la TLC est donc restreinte dans le paysage médical. Elle doit être adaptée au patient, au motif, et au médecin. Même si son usage est confortable en termes de déplacement et de temps pour le patient, les réponses apportées par la TLC sont insuffisantes pour couvrir leurs demandes de soins. Ces résultats sont comparables à une revue systématique de littérature réalisée en soins premiers en 2019 (34).

L'accompagnement vers la TLC est indispensable, pour changer de regard sur cette pratique. Les paramédicaux peuvent ainsi aider, rassurer, et dédramatiser l'acte, comme le montre le travail de thèse soutenue à Lille par Ketsia Grzesiek (45) en 2022.



L'assistance paramédicale permet l'adhésion à la TLC des personnes âgées, comme l'indique le travail de recherche mené dans 3 EHPAD de la Tarentaise, en 2019 par Noémie Rosaz et Florian Truong (46) de la faculté de Grenoble.

La TLC devient acceptable dans ce contexte de pénurie médicale et de difficulté d'accès aux médecins traitants débordés. Les patients insistent sur la notion de décision partagée. De plus, ils énumèrent spontanément les motifs adaptés, en adéquation avec les recommandations de l'Assurance Maladie (14).

Alors, un suivi alterné entre soins présents et distants peut être mis en place selon le profil des malades, y compris pour les visites à domicile, libérant du temps médical. Cette alternance est même souhaitée par les patients atteints de pathologies chroniques, interrogés lors d'une étude publiée dans le JAMA (36) en décembre 2021, pour optimiser leur suivi.

Plutôt qu'un médecin traitant unique, les participants suggèrent une organisation collective et territorialisée des soins, y compris pour la TLC. Cette démarche donne accès à une consultation physique si nécessaire, comme le préconise l'HAS (15), l'Assurance Maladie (14) et le CNOM (18).

Cette approche populationnelle est un véritable changement de paradigme dans la prise en charge médicale. Le but des CPTS (47) est d'organiser les professionnels de santé autour d'objectifs communs, comme répondre aux demandes de soins non programmés dans un territoire. On peut donc imaginer l'ouverture de plages horaires au cabinet ou en téléconsultation, dédiées aux patients d'une zone définie.

La TLC assistée avec un professionnel de santé permet d'améliorer l'accès aux soins, notamment pour les personnes en perte d'autonomie, isolées, ou institutionnalisées. En ce sens, différents projets sont expérimentés comme la policlinique mobile de télémédecine du Grand-Est, autorisée par l'ARS en 2019 (48). Ce système est basé sur la mobilité d'infirmières formées à la télémédecine, qui se coordonnent avec médecins généralistes et spécialistes, pour réaliser des TLC auprès de personnes âgées en EHPAD. On peut imaginer une coordination similaire au sein des CPTS, avec l'aide des IPA (49). Cette articulation est également mise en avant par les médecins généralistes de Lorraine interrogés dans le travail de Maxime Durupt (50), publié en 2016.

L'échange et la continuité de l'information médicale sont primordiaux pour un suivi adéquat. En ce sens, Mon Espace Santé se déploie depuis janvier 2022 comme le DMP unique en France. L'interopérabilité des logiciels, financés par le Ségur de la santé, et l'e-prescription généralisée en 2024 permettent d'alimenter facilement la plateforme (51). Si le patient réalise une TLC hors parcours de soins, la rédaction d'un compte rendu mis sur Mon Espace Santé doit être systématique comme le recommande l'Assurance Maladie (14).

Cependant, depuis le lancement en janvier 2022, seulement 7,9 millions de français ont activé leur espace, d'après l'Agence du Numérique en Santé (52). Une véritable politique de démocratisation du dispositif est à favoriser.

Pour répondre à la diminution de l'offre de soins locale, les médecins généralistes interrogés lors d'une enquête de la DREES (53) encouragent l'éducation thérapeutique du patient (ETP), plutôt que la TLC. Cela n'est évoqué par aucun participant de ce travail, alors même que l'ETP permet de les autonomiser et donc libérer du temps médical. Cependant, une enquête auprès des médecins généralistes dans les ZIP (54) montre que la durée des consultations est plus courte, minorant les actes de prévention, et probablement l'ETP.

La TLC permet un recours médical facilement disponible, pour ceux qui savent l'utiliser. L'ouverture vers différents professionnels de santé accessibles via les cabines de TLC peut favoriser le nomadisme médical, et la sur-consommation de soins, comme le redoute le CNOM (18). Pour limiter cela, les TLC proposées par les plateformes, et non coordonnées dans un territoire, ne font pas l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie (28).

Certains participants préfèrent déroger en pleine conscience au respect du parcours de soins, au profit d'une réponse médicale disponible. Alors que dans d'autres travaux, comme celui d'Estelle Roger (55) auprès de patients du pays Salonais soutenu en 2021, le respect du parcours de soins est une condition élémentaire à la TLC. Cette différence de comportement est potentiellement liée au manque de professionnels en ZIP/ZAC, et le désespoir qui s'ensuit, comme évoqués par les participants. Les patients, se sentant abandonnés, trouvent des alternatives de soins comme la TLC, avec un médecin au hasard.

Les participants, réflexifs et ambivalents, ont conscience des différentes limites de la TLC. Outre les zones blanches, l'illectronisme est un frein majeur, touchant 15,4% de la population française en 2021 d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (56). Les personnes âgées de plus de 60 ans ou vivant seules sont les plus touchées par la fracture numérique.

De plus, le rapport de la DREES sur l'usage de la TLC en 2021 montre que l'outil est essentiellement utilisé par des patients jeunes, issus de grands pôles urbains. Au final, seulement 17% des TLC sont réalisées en territoires ruraux (3).

En définitive, la TLC semble être une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins, comme l'évoque le travail de recherche de Théophile Martin (57), soutenu à Caen, en 2021. Nous pouvons même nous demander si les patients isolés, en territoires ruraux, et sans médecin, renoncent aux soins plutôt que d'utiliser la TLC.

Une réflexion éthique sur les soins à distance paraît indispensable pour tout professionnel. L'Association Médicale Mondiale prend position en 2019 et dit : *“La télémédecine ne devrait pas être considérée comme équivalente aux soins dispensés en personne et ne devrait pas être utilisée dans le seul but de diminuer les coûts ou comme une incitation perverse à offrir des services superflus et à accroître les revenus des médecins.”* (58) Alors même que le rapport de l'Institut Molinari souligne les économies de santé que représenterait l'usage de la TLC par les médecins généralistes (59).

Se former à la télésanté et la téléséméiologie apparaît essentiel. Pour cela, il existe différentes formations en e-learning ; présentiel, comme l'attestation universitaire de formation à la télésanté par la simulation (60), proposée à Angers ; ou mixte, comme le diplôme inter-universitaire national de Télémédecine mis en place par les universités de Bordeaux, Besançon, Caen, Montpellier, Lille, et de Nantes (61).

Un module de téléconsultation assistée est également proposé à Nancy, entre les internes de médecine générale et les IPA (62). Ce format d'enseignement pourrait être reproduit dans les autres facultés.

Nous pouvons terminer en citant le Dr Pierre Simon, ancien président-fondateur de la Société Française de Télémédecine : *“L'organisation, plus que l'outil, fera le succès de la télémédecine”*.

## 2. Forces et limites de l'étude

Explorant des données subjectives, de l'ordre du ressenti et de l'expérience, le choix de la thèse qualitative est le plus adapté pour ce travail. Les entretiens semi-dirigés permettent l'expression libre des participants.

Le sujet de recherche est novateur car peu de travaux portent sur le ressenti des patients vis-à-vis de la téléconsultation, et encore moins en zones sous-denses.

Il s'agit d'un premier travail de recherche qualitative pour la doctorante. Le protocole de l'étude décrit précédemment a été respecté tout au long de l'investigation.

La prise de contact avec les MSU a été facilitée grâce à la diffusion de mails par la faculté de Lille. Cette démarche a limité le recrutement de patients uniquement au Nord-Pas-de-Calais. Les difficultés organisationnelles ont engendré un recueil de données de 8 mois. Cela a permis de prendre du recul par rapport à l'utilisation de la TLC post-COVID. Cependant, l'état d'esprit actuel des participants a certainement évolué depuis.

La neutralité est recherchée en interrogeant uniquement des personnes inconnues, rencontrées au hasard. L'entretien avec les participants s'est fait le jour-même, sans possibilité d'investigation au préalable : les réponses recueillies sont donc spontanées. Les entretiens sont tous réalisés dans une pièce dédiée, calme, au cabinet de leur médecin traitant. Cependant, deux échanges sont interrompus par une tierce personne, perturbant la fluidité de l'échange.

Les participants ont tous un médecin traitant, relativement proche de leur domicile. En effet, 12 personnes interrogées sur 16 faisaient moins de 5 km pour se rendre au cabinet. Ils sont principalement issus de ZAC. Ces facteurs biaisent probablement le point de vue concernant l'accès aux soins. Les participants peuvent être naïfs de TLC, cela a enrichi les avis concernant les soins à distance.

La méthode qualitative expose au danger de la subjectivité. Le manque d'expérience et les *a priori* de l'investigatrice peuvent influencer les réponses des participants, notamment par le titre du sujet de recherche : "*Amélioration de l'accès aux soins*". De plus, un biais de désirabilité est envisageable, l'investigatrice se présentant en tant médecin généraliste.

La perte d'informations sur les ressentis, expressions et langage non verbal, est limitée par une retranscription rapide des entretiens en moins de 48h. Les verbatims n'ont pas été envoyés aux participants. Ils n'ont donc pas pu être relus, ou modifiés.

L'analyse et l'émergence de nouvelles idées au fil des entretiens aboutit aux modifications du guide d'entretien. La triangulation permet de réduire le biais d'interprétation de l'analyse.

La tenue d'un journal de bord retrace les questionnements et les réflexions de l'investigatrice tout au long de l'étude (voir **Annexe n°9**).

### **3. Perspectives**

Avec l'arrivée de la quatrième année d'internat de médecine générale et l'incitation à réaliser des stages en zones sous denses, il serait intéressant de comparer nos résultats ultérieurement avec une nouvelle étude qualitative. Il pourrait être également pertinent de réaliser une étude avec des patients uniquement issus de ZIP, dans les Hauts-de-France ou d'autres régions sous dotées.

Devant l'amalgame entre les différents types de TLC, une thèse centrée sur l'utilisation des cabines permettrait de mieux comprendre les motivations, recours et acceptabilité des patients à ce type de pratique.

Il pourrait être intéressant de comparer les différents recours à la TLC entre les zones sous-denses et les zones les mieux dotées en médecins généralistes. Cela permettrait de mieux comprendre les comportements des patients, et leurs sentiments concernant le parcours de soins.

Interroger les médecins sur leurs ressentis, l'adaptation de leur pratique en zones sous denses, l'exercice en CPTS peut également apporter d'autres pistes de réflexion.

Finalement, il pourrait être judicieux d'évaluer l'intérêt d'une formation en télésemiologie auprès d'étudiants de médecine générale et des praticiens installés.

# CONCLUSION

Aborder le ressenti et les besoins des patients nous permet une meilleure compréhension de leurs attentes, ainsi qu'une certaine réflexivité sur nos pratiques.

Le pessimisme et l'impuissance sont principalement exprimés face à la désertification médicale. Le modèle du médecin traitant unique n'est plus suffisant.

En revanche, l'approche populationnelle semble être pertinente pour l'accès aux soins en zones sous-denses, en y intégrant la TLC de manière territorialisée au sein d'une coordination médicale. Le suivi optimal des patients nécessite un DMP performant. De plus, une collaboration entre les professionnels de santé est indispensable pour déployer la TLC assistée au plus proche des patients.

La TLC reste un outil, et se doit d'être complémentaire des consultations physiques, le besoin de contact restant primordial. Le consentement des patients ainsi qu'un recours adapté, validé par les médecins, demeurent indispensables.

Dans l'optique gouvernementale d'améliorer l'accès aux soins, la TLC à elle-seule semble finalement restreinte, peu désirée et peu adaptée sur le long terme. Il s'agit plutôt d'une solution provisoire, en attendant une amélioration de la démographie médicale, souhaitée par tous les patients interrogés.

Seul l'avenir nous dira comment évoluera le ressenti des patients concernant l'accès aux soins, notamment avec la quatrième année d'internat de médecine générale, ainsi que la progression des CPTS.

# REFERENCES

1. Martin Monziols, Hélène Chaput, Pierre Verger, Dimitri Scronias. DREES. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. [Internet]. 2020.
2. L'Assurance Maladie. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée. [Internet]. 2020.
3. DREES. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains [Internet]. 2022.
4. Simon P, Moulin T. Télémédecine et Télésoin. Elsevier Masson. 2021.
5. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet].
6. Code de la santé publique. Article R6316-1. Légifrance. 2021.
7. Kit-eSanté. Comparateur de services de téléconsultation. [Internet]. 2023.
8. Solutions numériques de télémédecine recensées par le ministère [Internet]. 2020.
9. Le programme Prédice : Ma Santé Hauts de France [Internet]. 2020.
10. Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
11. L'Assurance Maladie. La télémédecine : assistance à la téléconsultation en officine [Internet]. 2022.
12. L'Assurance Maladie. Téléconsultation. [Internet]. 2023.
13. Ministère de la Santé et de la Prévention. La téléconsultation [Internet]. 2020.
14. L'Assurance Maladie. Charte de bonnes pratiques de la téléconsultation [Internet]. 2022.
15. HAS. Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques [Internet]. 2019.
16. Société Française de Médecine Générale. Recommandations sur la téléconsultation [Internet]. 2020.
17. CMG. La Télémédecine en médecine générale. [Internet]. 2021.
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Téléconsultation : comment éviter les mésusages [Internet]. 2021.
19. DREES. L'état de santé de la population en France. [Internet]. 2022.
20. L'Assurance Maladie. Patients en affection de longue durée sans médecin traitant : un plan d'actions est lancé [Internet]. 2023.
21. Dr Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au premier janvier 2022 - CNOM. 2022. [Internet].
22. vie-publique.fr. Direction de l'information légale et administrative. Accès aux soins : rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux. [Internet]. 2022.
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? [Internet]. 2021.
24. DREES. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [Internet]. 2021.
25. DREES. Accessibilité aux soins de premier recours : dégradation de la situation pour les médecins généralistes, amélioration pour les sages-femmes, les infirmières et les kinésithérapeutes [Internet]. 2023.

26. ARS Hauts-de-France. L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation [Internet]. 2022.
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. [Internet]. 2022.
28. L'Assurance Maladie. Difficultés à trouver un médecin traitant. [Internet]. 2022.
29. L'Assurance Maladie. Les organisations coordonnées territoriales. [Internet]. 2021.
30. Ministère de la Santé et de la Prévention. L'infirmier en pratique avancée. [Internet]. 2022.
31. Agence du numérique en Santé. Le Ségur de la santé affiche le numérique comme un enjeu majeur pour la santé en France [Internet]. 2020.
32. Caisse Primaire d'Assurance Maladie [Internet]. 2023.
33. Ministère de la Santé et de la Prévention. Feuille de route du numérique en santé 2023-2027 - Mettre le numérique au service de la santé. 2022.
34. Thiyagarajan A, Grant C, Griffiths F, Atherton H. Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. *BJGP Open*. 2020;4(1):bjgpopen20X101020.
35. Blondel-Laplume M. Freins au déploiement de la télémédecine entre médecins généralistes libéraux et spécialistes hospitaliers : vécu des médecins généralistes [Internet]. Université de Lille; 2020.
36. Oikonomidi T, Ravaud P, Barger D, Tran VT. Preferences for Alternative Care Modalities Among French Adults With Chronic Illness. *JAMA Netw Open*. déc 2021;4(12).
37. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 sept 2015;(9):CD002098.
38. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
39. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. *CNGE*. 2021.
40. PLANQUE L. Attentes et craintes des patients au sujet de la téléconsultation dans le Ternois (patients naïfs de téléconsultation en soins primaires). [Faculté de médecine de Lille]; 2019.
41. HAS. Fiche d'information à destination des patients : Téléconsultation et télésoin. 2021.
42. Marquaille PA, Cassé R. Télémédecine: identification des freins au développement de la téléconsultation chez les médecins généralistes des Hauts-de-France [Internet]. France; 2022.
43. Methlin MC. Étude qualitative du ressenti des patients ayant bénéficié d'une téléconsultation avec un médecin généraliste [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2023.
44. Luciani É, Du Pontavice N. Signes physiques objectivables lors d'une téléconsultation en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-..., France]: Université Grenoble Alpes; 2021.
45. Grzesiek K. Téléconsultation assistée au cours de la pandémie de COVID-19 : ressenti de patients dans une maison de santé pluriprofessionnelle des Hauts-de-France [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2022.
46. Rosaz N, Truong F. Actes de télémédecine dans 3 EHPAD de Tarentaise : vécu des résidents. 2019.
47. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ministère des Solidarités et de la Santé. Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville. [Internet]. 2022.



48. ARS Grand-Est. Arrêté ARS n°2019-2778 du 09/10/2019 portant autorisation sur l'expérimentation innovante en santé intitulée « Polyclinique mobile TokTokDoc » [Internet]. 2019.
49. Phan Thanh TC, Petri Daidé I, Valois J, Braillard O, Mazouri-Karker S. Téléconsultation assistée: une nouvelle pratique aux nombreux enjeux. Rev Med Suisse [Internet]. 2020.
50. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin JM. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique (Bucur) [Internet]. 2016.
51. L'Assurance Maladie. Mon Espace Santé : bilan du déploiement national et prochaines étapes [Internet]. 2022.
52. L'Usine Digitale. Seules 7,9 millions de personnes ont activé leur compte Mon espace santé, d'après l'ANS. [Internet]. 2023.
53. DREES. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. 2021.
54. DREES. Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaires [Internet]. 2020.
55. Roger E. Téléconsultation: Représentations et préjugés. Étude qualitative auprès de patients du pays Salonais naïfs de téléconsultation. 2021.
56. INSEE. 15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021 [Internet]. 2023.
57. Martin T. La téléconsultation du médecin généraliste en zone rurale fragile : vers une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins ?. 2021.
58. The World Medical Association. Prise de Position de l'AMM sur l'Éthique en Télémédecine [Internet]. 2022.
59. Bentata P. Le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise: quel impact économique attendre en France?. Institut économique Molinari. [Internet]. 2022.
60. Université d'Angers. AU de formation à la télésanté par la simulation - Télé simu [Internet]. 2023.
61. Diplôme Inter-Universitaire national de Télémédecine - A distance | Université Catholique de Lille [Internet]. 2023.
62. Le Quotidien du Médecin. Futurs médecins et IPA s'initient ensemble à la téléconsultation assistée. [Internet]. 2023.

# LISTE DES ANNEXES

**Annexe n°1** : Fiche d'informations à destination des médecins

**Annexe n°2** : Fiche d'informations à destination des participants

**Annexe n°3** : Guide d'entretien initial

**Annexe n°4** : Guide d'entretien final

**Annexe n°5** : Déclaration auprès du DPO n° 2022-179

**Annexe n°6** : Carte de recrutement des participants

**Annexe n° 7** : Tableau descriptif des participants

**Annexe n° 8** : Modèle explicatif

**Annexe n° 9** : Journal de bord (extraits)

**Annexe n°10** : Intégralité des 16 verbatim retranscrits, et comptes rendus des impressions de l'investigatrice, transmis à chaque membre du jury sur clé USB individuelle.

**Annexe n°1 : FICHE D'INFORMATIONS À DESTINATION DES MÉDECINS  
POUR LE RECRUTEMENT DE PATIENTS, DANS LE CADRE DE LA THÈSE INTITULÉE :**

"Place de la téléconsultation dans l'amélioration de l'accès aux soins premiers des patients en zones sous-denses des Hauts de France. Thèse qualitative par entretiens semi-dirigés."

*Objet du mail : demande d'autorisation pour réalisation d'entretien avec patient issu de votre cabinet médical (thèse qualitative sur la téléconsultation et les zones sous-denses en médecins généralistes des Hauts-de-France)*

Cher Docteur,

Je suis Julianne Châtelain-Khong, interne en médecine générale à la Faculté de médecine de Lille. Je me permets de vous contacter dans le cadre du travail de ma thèse.

La téléconsultation a connu un réel essor depuis la pandémie à SARS-COV 2. Elle fait partie des enjeux actuels des autorités de santé dans l'amélioration de l'accès aux soins.

Je m'intéresse donc à la **place de la téléconsultation dans l'amélioration à l'accès aux soins premiers**, du point de vue des **patients vivant en zones sous-denses, dans les Hauts-de-France**.

Pour cela, je réalise une **thèse qualitative par entretiens semi-dirigés**.

Je vous remercie d'avance de participer à mon travail. A cet effet, je vous sollicite pour me **rendre dans votre salle d'attente, dans le but de recruter un patient présent le jour de ma venue.**

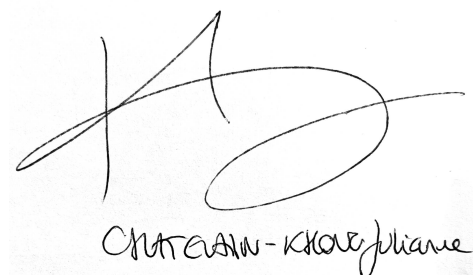
Je réaliserai l'entretien du patient volontaire, dans un lieu de son choix (domicile, cabinet médical,...) après remise de la fiche explicative (ci-jointe).

Si vous êtes d'accord, je vous invite à répondre via le lien suivant, ([Doodle.com](https://doodle.com)) avec vos disponibilités pour ma venue. Je peux également vous recontacter, vous fournir des informations complémentaires, et discuter de l'organisation de cette entrevue.

Si vous le souhaitez, les résultats de l'étude vous seront envoyés à l'issue de celle-ci.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à l'égard de mon travail et vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Julianne Châtelain-Khong  
Mail : [julianne.chatelainkhong.etu@univ-lille.fr](mailto:julianne.chatelainkhong.etu@univ-lille.fr)  
Téléphone : \*



CHATELAIN-KHONG Julianne

## **Annexe n°2 : FICHE D'INFORMATIONS POUR LES PARTICIPANTS À LA THÈSE :**

“Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins premiers des patients, par la téléconsultation, en zones sous-denses dans les Hauts-de-France”

Madame, Monsieur,

Je suis Julianne Châtelain-Khong, interne en médecine générale à la Faculté de médecine de Lille.

Je vous propose de participer à ma thèse sur la téléconsultation et l'accès aux soins.

En effet, depuis la pandémie COVID-19, la téléconsultation a connu un réel essor en France, passant de 40 000 téléconsultations par mois en février 2020, à 4.5 millions en avril 2020. Pendant le confinement, la téléconsultation représentait une consultation sur quatre. Aujourd'hui, elle occupe 5% des consultations des médecins libéraux.

Un des objectifs gouvernementaux est d'améliorer l'offre de soins dans les régions sous-dotées.

L'objectif de ma thèse est de recueillir les perspectives d'**amélioration de l'accès aux soins premiers par la téléconsultation, des patients vivant en zones sous denses, dans les Hauts-de-France**.

Pour cela je sollicite votre participation.

Après votre consentement oral, nous réaliserons un **entretien en présentiel d'environ 30 minutes**, enregistré le jour même, dans le **lieu de votre choix** (domicile, cabinet médical selon les possibilités, etc...)

Les données recueillies seront anonymisées, puis analysées uniquement dans le cadre de cette étude. Elles seront conservées de manière sécurisée, et détruites à la fin de ce travail.

Sachez que vous pourrez retirer votre consentement à tout moment.

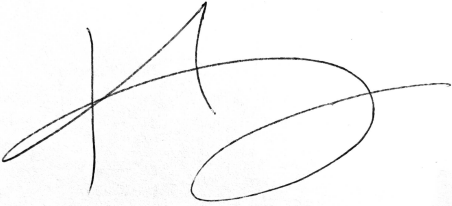
Si vous souhaitez plus d'informations, ainsi que le résultat final de cette étude, vous pouvez me contacter.

Je vous remercie de l'intérêt et du temps que vous porterez à ce travail de recherche.

Respectueusement,

Julianne Châtelain-Khong

Mail : [julianne.chatelainkhong.etu@univ-lille.fr](mailto:julianne.chatelainkhong.etu@univ-lille.fr)



CHATELAIN-KHONG Julianne

### **Annexe n°3 : GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL**

**⇒ Téléconsultation :**

**Pouvez-vous me raconter votre expérience de la téléconsultation ?**

- Relance si besoin : Quelles sont vos expériences antérieures personnelles, ou non ?

**Que pensez-vous de la qualité de la prise en charge médicale proposée par la téléconsultation ?**

**⇒ Zones sous denses en médecins :**

**Que pensez-vous de l'accès aux soins dans votre région ?**

**Selon vous, quelles sont les perspectives concernant l'offre médicale et l'accès aux soins dans votre région ?**

**⇒ Accès aux soins :**

**Selon vous, comment la téléconsultation pourrait améliorer l'accès aux soins dans votre région ?**

- Dans quelles situations ? Quel contexte ?

**Quels seraient les avantages de la téléconsultation dans les zones sous-denses ? Quelles sont vos appréhensions ?**

**Que pensez-vous des cabines de téléconsultation ?**

**Selon vous, comment leur usage permettrait de favoriser l'accès aux soins ?**

**Que pensez-vous d'un accompagnement par un professionnel de santé lors de l'usage des cabines de téléconsultation ?**

**Avez-vous des solutions différentes à la téléconsultation pour améliorer l'accès aux soins ? Auriez-vous des recommandations pour améliorer le dispositif ?**

**Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

## **Annexe n°4 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL**

### *⇒ Téléconsultation :*

Pouvez-vous me raconter votre expérience de la téléconsultation ?  
Que pensez-vous de la qualité de la prise en charge médicale proposée par la TLC ?  
Que pensez-vous de l'absence d'examen physique pendant la téléconsultation ?  
**Quels sont les critères d'acceptabilité à la réalisation d'une téléconsultation ?**  
**Pour quels recours la téléconsultation vous semble adaptée ?**

### *⇒ Zones sous denses en médecins :*

Que pensez-vous de l'accès aux soins dans votre région ?  
Selon vous, quelles sont les perspectives ?  
Quels seraient les avantages à utiliser la téléconsultation dans les déserts médicaux ?

### *⇒ Parcours de soins :*

**Que pensez-vous du respect du parcours de soins avec l'utilisation de la téléconsultation ?**  
**Quelle est la place de la téléconsultation dans le parcours de soins ? Que pensez-vous de la téléconsultation si elle est proposée par votre médecin traitant ? Que pensez-vous d'une téléconsultation ne respectant pas le parcours de soins ?**

**Que pensez-vous d'avoir une téléconsultation avec un médecin autre que son médecin traitant ?**

**Quels contextes vous semblent adaptés à la téléconsultation avec un autre médecin que votre médecin traitant ?**

**Selon vous, quel est le rôle de la téléconsultation dans la continuité des soins ?**

### *⇒ Organisation :*

**Que pensez-vous de l'usage de la téléconsultation dans une logique territoriale ?**

**Quel serait l'intérêt pour vous que la téléconsultation soit réalisée avec des médecins du territoire, dans les déserts médicaux ? Que pensez-vous d'une téléconsultation avec un médecin qui n'est pas ancré dans le territoire où vous vivez ?**

**Comment voyez-vous l'organisation de la téléconsultation ?**

**Quelle place faudrait-il accorder à la téléconsultation sur le plan organisationnel selon vous ?**

Que pensez-vous d'un accompagnement par un professionnel de santé lors de l'usage de la téléconsultation / des cabines de téléconsultation ?

**Que pensez-vous de l'information à propos de la téléconsultation ?**  
**Par quels moyens faudrait-il informer les gens à propos de la téléconsultation ?**

### *⇒ Final : améliorer accès aux soins :*

Selon vous, comment la téléconsultation pourrait améliorer l'accès aux soins dans votre région ?  
Comment l'usage des cabines de téléconsultation favoriserait l'accès aux soins ?  
Avez-vous des solutions différentes à la téléconsultation pour améliorer l'accès aux soins dans les déserts médicaux ?  
Auriez-vous des recommandations pour améliorer le dispositif ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

**Annexe n°5 : Attestation de déclaration (référence registre DPO : 2022-179)**



**RÉCÉPISSÉ  
ATTESTATION DE DÉCLARATION**

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

**Responsable du traitement**

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

**Traitement déclaré**

Intitulé : Place de la téléconsultation dans l'amélioration de l'accès aux soins premiers des patients en zones sous-denses des Hauts de France.
Référence Registre DPO : 2022-179
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M <sup>me</sup> Julianne CHATELAIN-KHONG

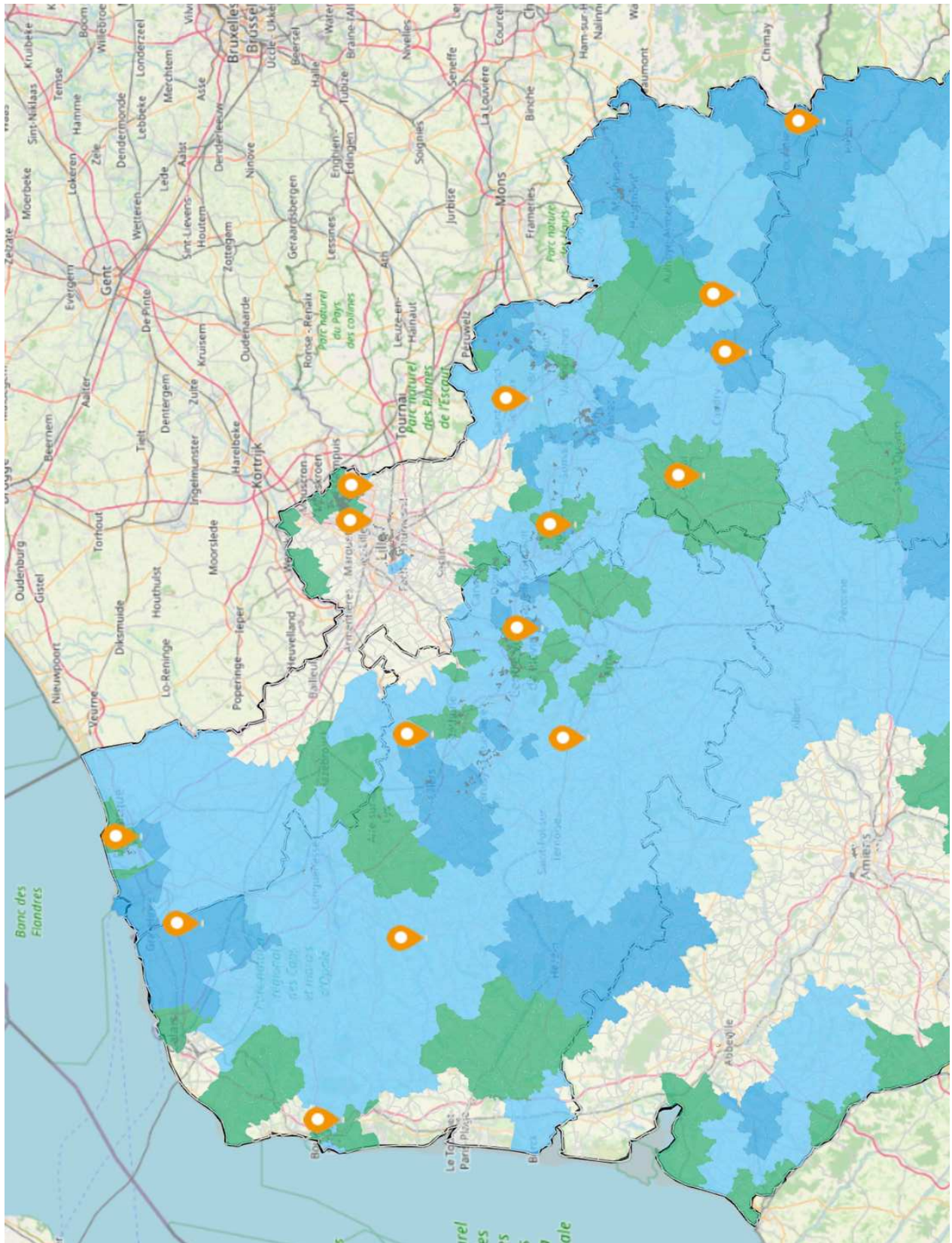
Fait à Lille,

Le 31 Mai 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

## Annexe n°6 : Carte de recrutement des participants



Zonages médecins libéraux Hauts-de-France – ARS Hauts-de-France - 2023

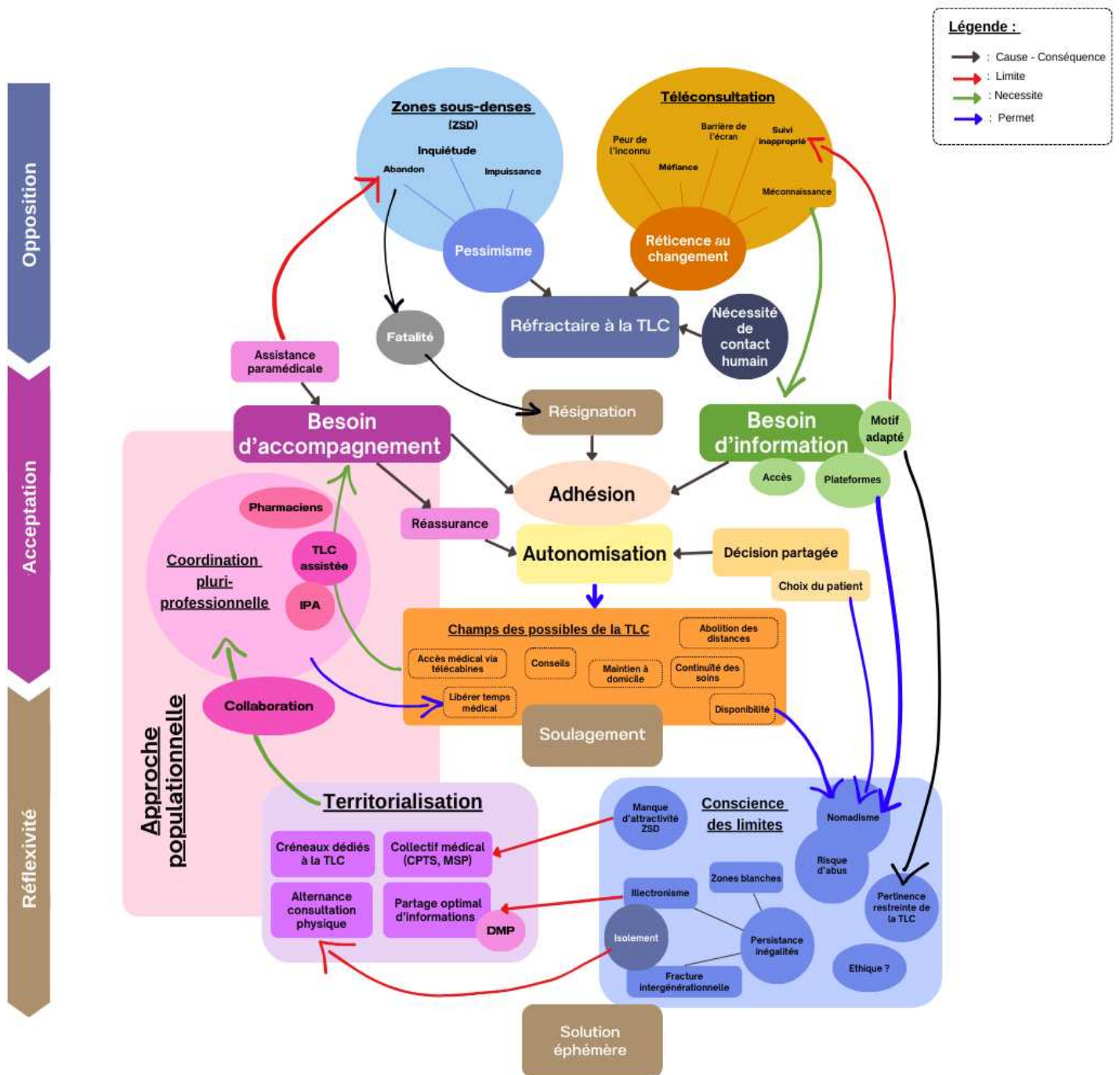


## Annexe n° 7 : Tableau descriptif des participants

Participant	Sexe*	Âge	Métier	Code postal cabinet de recrutement	Type cabinet	Zonage	Durée (minutes)	usager TLC	usager cabines TLC	Médecin traitant pratiquant TLC	Distance domicile-cabinet
P01	F	25	Aide soignante	62560 FAUQUEMBERGUES	Cabinet de groupe	ZAC	27	oui	non	non	<1km
P02	H	74	Retraité (ouvrier)	62280 SAINT-MARTIN-BOULOGNE	Cabinet individuel	ZAC	22	non	non	non	<1km
P03	F	21	Chômage (femme de ménage)	59640 DUNKERQUE	MSP	ZAC	14	non	non	non	<1km
P04	H	23	Aéronautique	59640 DUNKERQUE	MSP	ZAC	26	oui	non	oui	10-20 km
P05	H	75	Retraité (directeur de société)	62370 NOUVILLE-EGLISE	Cabinet de groupe	ZIP	28	oui	non	oui	<1km
P06	F	51	Assistante maternelle	59450 SIN-LE-NOBLE	Cabinet de groupe	ZIP	18	oui	non	oui	5 km
P07	F	32	Banquière	59550 LANDRECIES	Cabinet individuel	ZAC	10	oui	non	non	5-10 km
P08	H	49	Infographiste web-designer	59290 WASQUEHAL	Cabinet individuel	ZAC	23	oui	non	oui	1-5 km
P09	H	74	Retraité (marketing) / écrivain	59390 LYS-LEZ-LANNOY	Cabinet de groupe	ZAC	25	non	non	oui	1-5 km
P10	F	24	Etudiante (assistance sociale)	62430 SALLAUMINES	Cabinet individuel	ZIP	46	oui	oui	non	5-10 km
P11	F	54	Comptable	62690 AUBIGNY-EN-ARTOIS	MSP	ZAC	36	oui	non	oui	1-5 km
P12	F	86	Retraitée (éducatrice) / artiste peintre	59400 CAMBRAI	Cabinet de groupe	ZAC	43	oui	oui	non	1-5 km
P13	H	62	Retraité (comptabilité / RH)	59360 LE CATEAU EN CAMBRESIS	Cabinet individuel	ZIP	51	oui	oui	non	1-5 km
P14	H	57	Géographe pour agence urbanisme	59230 SAINT-AMAND-LES-EAUX	Cabinet de groupe	ZAC	57	non	non	oui	1-5 km
P15	F	45	Infirmière puéricultrice	62350 BUSNES	MSP	ZIP	54	non	non	non	5-10 km
P16	F	30	Aide soignante	59186 ANOR	MSP	ZIP	45	oui	non	oui	1-5 km

## Annexe n° 8 : Modèle explicatif

### Place de la téléconsultation dans l'amélioration de l'accès aux soins premiers des patients en zones sous-denses des Hauts-de-France.



## Annexe n°9 : Journal de bord (extraits)

### Novembre 2021:

C'est la fin de l'internat de médecine générale. Ayant toujours eu des stages prenants dans lesquels je m'étais investie à fond, et bien, voilà : je n'ai toujours pas de sujet de thèse !

J'ai eu plusieurs idées : sur la régulation au SAMU par les médecins généralistes, la permanence de soins, les nouvelles technologies ...

C'est la fin du SASPAS, je me pose et fais le point. Je me sens concernée par la ruralité, les déserts médicaux, et l'accès aux soins. En effet, je suis issue d'une campagne où les médecins se raréfient... Cela préoccupe beaucoup mes proches. Et je me sens touchée par cette situation. Je m'oriente depuis le début des études vers la médecine générale en campagne, tout comme mon premier médecin traitant, le Dr Halle. J'ai même souscrit très tôt au CESP en ce sens.

J'aime aussi les nouvelles technologies, dont la télémédecine et la téléconsultation. Ma première téléconsultation remonte à mon premier remplacement en 2020. Ce n'était pas très facile.. J'avais l'impression d'être dépourvue de mes compétences. En même temps, cette pratique avait énormément aidé ce patient hémiplegique qui était parti en vacances dans le Sud, qui s'auto-sondait, se connaissait bien, avait des signes fonctionnels urinaires, et avait un ECBU positif.

En bref, voilà de grands thèmes qui m'intéressent. Et je reste persuadée qu'il faut que le travail de recherche me touche, sinon ça sera moins fun à réaliser.

Sachant tout cela au fil de la communication pendant le SASPAS, le Dr Regnier m'a proposé de lire la thèse de Laurine Planque, qu'elle avait elle-même encadrée. Touchant à la ruralité, ça pourrait m'intéresser. Elle m'a proposée de dégager une question et d'être ma directrice de thèse.

Ultra motivée, j'ai donc commencé la bibliographie et tenant un document en parallèle avec mes notes, réflexions afin d'organiser mes recherches.

La thèse de Laurine était une thèse qualitative... J'en avais vaguement entendu parler, notamment lors de ma première participation au congrès de médecine générale du CNGE à Lille en 2021. J'avais spécifiquement choisi les interventions en rapport avec les thèmes de ruralité et téléconsultation.

### Décembre 2021 à février 2022 :

Au fil des recherches des pistes et des interrogations se dégagent. La télémédecine est plutôt bien encadrée sur le plan législatif et ce depuis plusieurs années. Mais on retrouve une différence entre la volonté gouvernementale de déployer la TLC et la vraie vie avec tous les freins, dérives. La TLC peut vite être inadaptée (on ne le sait pas forcément avant la mise en place d'une TLC avec un patient). De plus, il est recommandé de privilégier la TLC pour les patients connus, les situations stables.... donc comment la révolution numérique et la télémédecine pourraient pallier aux déserts médicaux et améliorer l'offre soins en partant de ce constat ?! De plus, la TLC est normalement réservée au patient avec médecin traitant.

[...] On retrouve un enclin des patients pour la TLC dans un cadre précis, qui est bien défini sur le plan législatif, et il existe des règles de bonnes pratiques (CMG, etc...). Pourtant ça reste peu utilisé, malgré COVID. Pourquoi ? peu proposé par médecin ? peu connu des patients ? pas voulu ?

[...] Tout cela a finalement abouti à la question de recherche, que je dois améliorer. Il faut que la question soit originale, faisable, pertinente, actuelle, avec un intérêt pratique. Il faut bien choisir et définir mes mots-clés pour avoir un contour précis des concepts de la recherche.

### Mars 2022 :

S'intéresser à l'avis des patients me tenait vraiment à cœur. Et la méthode qualitative est particulièrement adaptée. Je la trouve très intéressante, étant moi-même plutôt littéraire que matheuse. Mais, comme la méthode ne coule pas de source, loin de là, j'ai acheté le livre "Initiation à la recherche qualitative en santé" qui a été mon pilier pendant tout le travail.

J'ai ensuite découvert que tenir un journal de bord était gage de scientificité pour la recherche quali. Cool ! J'écris aussi un compte-rendu de chaque rencontre mensuelle avec Anne-Marie dans mon dossier Google Drive. Tout est dedans. J'ai préféré cette pratique car tout s'enregistre automatiquement, et reste accessible partout (pratique comme j'enchaîne les remplacements dans la région).

#### Avril 2022 :

Je continue la lecture du guide sur la recherche quali, et peaufine ma QdR. [...] Je me projette le plus possible sur comment réaliser mon recrutement. Je poste enfin ma fiche de thèse avec la QdR :

Comment la téléconsultation peut améliorer l'accès aux soins premiers des patients en zones sous-denses des Hauts-de-France?

J'étudie un phénomène : l'amélioration de l'accès aux soins via la téléconsultation, dans une population donnée : les patients en zones sous denses. La recherche qualitative semble la plus adaptée, car les entretiens permettent d'avoir plus d'idées, d'avis et de pistes de réflexion. Cela permet une réelle expression des patients. Donc on part sur une thèse qualitative par entretiens semi-dirigés et analyse par théorisation ancrée.

Anne-Marie, bien au fait, me guide bien dans la démarche. Nos rencontres régulières me motivent ++.

#### Mai 2022 :

Fiche de thèse validée, youpi ! Ayant entendu plusieurs étudiants se faire recalier, j'étais en stress .... Soulagée par cette étape validée, je réfléchis à mon guide d'entretien. Il faudra bien que je note son évolution au fil du temps. J'établis mes fiches d'informations pour les médecins et les patients. Je choisis le logiciel Maxqda, qui a l'air très intuitif et permet un accès sur 2 ans.

#### Juin - juillet 2022 :

Tout est validé par le DPO, qui m'a également précisé que le consentement oral est suffisant. C'est parti, j'envoie des mails au DMG, au CEMG, à l'URPS, au CNOM, à l'ARS pour réussir à diffuser ma fiche d'informations afin de recruter des cabinets où je pourrai me rendre pour rencontrer des patients au hasard. Ca s'avère plus compliqué que prévu car j'ai beaucoup de refus de diffusion, hormis le DMG qui a diffusé mon mail aux MSU de la faculté de Lille. Un grand merci ! Je compte ensuite sur l'effet boule de neige.

Plusieurs médecins m'ont directement contacté par téléphone, mail, ou m'ont indiqué des créneaux possibles via le Doodle que j'avais créé. Malheureusement, beaucoup de répondants n'exercent pas en ZAC ou en ZIP, donc pas possible... J'ai diffusé ensuite à mes connaissances, ayant fait différents remplacements dans la région.

#### Septembre 2022 :

Après avoir testé mon guide d'entretien sur des personnes neutres, ça y est, je débute les entretiens. Hyper stressée par le premier (voir *compte-rendu rencontre P01*). Peur de faire n'importe quoi, d'influencer, de ne pas savoir relancer... Bref, après le premier entretien, je suis rincée. Ensuite, il faut tout retaper au plus vite, avec d'abord le compte rendu de mes impressions perso de chaque entretien, pour y revenir lors de l'interprétation et toujours me critiquer.

Au début du codage du premier entretien, je trouve difficile de trouver les bons mots, même si je peux les modifier à tout moment. Je dois suivre mon instinct avec l'appréhension de ne pas bien étiqueter ce que le patient a voulu dire = danger de la subjectivité ++.

J'ai demandé de trianguler mes entretiens avec Claire et Théo, qui n'ont aucun a priori et sont totalement naïfs dans le domaine médical. Je leur ai fait une petite formation sur la recherche qualitative, la méthode, comment coder, et ils vont se répartir les entretiens. Ça me culpabilise moins que de demander à une seule personne, c'est moins lourd comme ça. Ils bossent super bien donc c'est top ! Il faudra que je leur offre un cadeau pour les remercier pour leur temps !

Dans MAXQDA, je marque la triangulation par "▲ Claire ou Théo faite" pour m'y retrouver. On se revoit à 3 le week-end, on partage nos idées et on résout les divergences. C'est même agréable ! J'espère que pour eux aussi ...

### Octobre-Novembre 2022 :

Dès mon premier entretien s'était soulevée la question du parcours de soins que j'avais ajouté au guide : "que pensez-vous de la place de la téléconsultation dans le respect du parcours de soins ?"

Je me demande du coup si je dois garder les questions sur les cabines de TLC. Sont-elles pertinentes pour le sujet ? Cela permet d'avoir une vue d'ensemble et peut être le sujet d'une prochaine thèse. Quand je les pose, j'ai l'impression de ne pas assez creuser ou de me perdre, ou qu'il s'agit effectivement d'un autre sujet. Mais en même temps, est-ce que je peux retirer des questions de mon guide d'entretien ?

Et en requestionnant ma question au fil du travail, je peux orienter effectivement avec mon *a priori* d'amélioration d'accès aux soins via la téléconsultation... Et ça ferait déjà un "biais" dans mon travail, et ça dès le départ, super... Incroyable que je ne l'ai pas percuté avant. Mais je ne peux pas changer ce mot, puisque c'est ma question de thèse (?) Ça fera l'objet de la discussion et critique de la thèse... En fait, il faudra que je construise bien mon introduction pour que l'on comprenne ma réflexion et cette démarche "d'amélioration d'accès aux soins".

[...]

La recherche qualitative est intéressante mais vraiment pas simple. On réfléchit tout le temps en fait, même la nuit. Je commence à trouver des nœuds intéressants, sans faire ressortir le classique "avantages/inconvénients" de la TLC. Je suis plutôt contente, je montrerai à Anne Marie ce qu'elle en pense.

### Février 2023 :

Après un mois de décembre et janvier intenses en rempla, me revoilà focus sur la thèse avec de nouveaux entretiens. La saturation des données va être longue à atteindre, je crois ... Mais pas selon Anne Marie. J'arrête, je me pose sur les données et revois mes nœuds. Il faut que je me recentre ++ sur ma QDR.

[...]

Je retrouve des sentiments négatifs, de peur, de doute, de scepticisme quant à l'utilisation de la TLC. En fait, malgré le COVID, la TLC reste floue, peu connue, peu utilisée et l'intérêt décroît +++ depuis "la fin du COVID". Ils ne savent pas comment utiliser, ne connaissent pas les dispositifs.. Ça semble loin d'eux. Les patients se posent beaucoup de questions sur qui fait la TLC ? Est-ce que ce n'est pas un robot en face ? La méfiance est centrale.

Il existe aussi un sentiment d'abandon et d'impuissance quant à la désertification médicale. Les gens subissent la situation, ont du mal à l'accepter : sentiment de résignation au final à aller vers la TLC. Les patients préfèrent la consultation physique, les habitudes sont très importantes, ancrées, difficiles à modifier.. Il n'est pas instinctif pour eux d'aller vers la TLC, même en ZIP !! Ça reste une solution de dernier recours mais qui risque de se pérenniser au vu de la situation démographique médicale .. (=situation subie) Finalement, en vérifiant la définition, on peut parler de Réticence de manière générale (= hésitation à donner son accord) envers la TLC, qui englobe tous ses sentiments négatifs.

Cependant, ils peuvent adopter une attitude de réflexive, pas complètement fermée. Ils se rendent compte que ça dépanne, permet un accès à un médecin s'ils n'ont pas de médecin dans le territoire.. On sent un progression d'un état conservateur, avec peur du changement.. vers une acceptation progressive, qui laisse place au champ des possibles de la TLC. Cela m'évoque l'Empowerment = autonomisation du patient, qui a besoin d'information, et d'accompagnement pour pouvoir faire des choix éclairés. Ainsi, la téléconsultation devient un outil utilisable pour ses atouts.

Plusieurs brainstorming avec Claire et Théo m'ont permis de confirmer, ou modifier certains termes dans les idées.

### Mars 2023 :

Début de la rédaction de l'introduction, beaucoup retravaillée et allégée avec Anne-Marie. La revue Exercer m'aide beaucoup pour la rédaction scientifique, pas simple non plus comme exercice. Les rencontres mensuelles avec Anne-Marie sont un excellent coup de boost qui me motive et me fixe des étapes, malgré les remplacements souvent intensifs.

Ce qui me donne un énorme coup de boost, c'est également la date de thèse fixée au 16 novembre !

### Avril-Mai 2023 :

Nous avons fait la relecture de la partie M&M avec Anne Marie. Elle préfère que l'on écrive la partie M&M au présent, car c'est plus dynamique. Je l'avais initialement rédigé au passé, comme vu dans le manuel de l'initiation à la thèse quali, et dans les articles Exercer.

Fin des entretiens et de l'analyse. J'ai informé Anne Marie de la suffisance des données confirmée par deux entretiens supplémentaires, elle est contente de l'avancée du travail et moi aussi.

### Juin 2023 :

Rédaction des résultats. Dernière réunion de synthèse avec Claire et Théo : tout est OK, OK avec rédaction et enchaînement des idées. Ils me conseillent de m'aider de Canva pour réaliser mon modèle théorique de manière propre > effectivement, je ne connaissais pas et c'est génial !

[...]

La rédaction est un exercice difficile. Savoir ce qui est indispensable ou pas : dur ! J'ai peur de faire un travail trop chargé (c'est déjà le cas) ... Au pire, j'ai décidé d'écrire (je sais que j'écris toujours trop). Puis, en me relisant et en prenant du recul, je saurai supprimer ce qui semble superflu. Anne-Marie est d'accord avec ce procédé. La rédaction des résultats fait donc 29 pages : aïe ! J'allège ++ sur les conseils d'Anne-Marie, Claire et Théo. Après allègement, je passe à moitié moins...

Je commence la rédaction de partie discussion en parallèle, en m'aidant de mes réflexions écrites au fil de l'analyse et des entretiens et de mes notes dans Zotero.

[...]

### Septembre 2023 :

Ca y est, j'ai fusionné mes différentes parties, soigné mes annexes, inclus ma biblio : ça ressemble à une véritable thèse maintenant. Anne-Marie démarre notre visio en me disant que c'est bien écrit, qu'elle est fière de moi. Ça fait plaisir ! Mon objectif d'avoir fini d'écrire pour fin septembre est tenu, on respecte le planning, donc impeccable. Il reste à faire relire par plusieurs personnes, traquer les fautes, finaliser la mise en page.

### Octobre 2023 :

La rédaction de la thèse est finie. On touche au but ! Relecture multiple par Maman, Claire, Théo, Anne-Marie. Le planning est respecté.

Je garde le meilleur pour la fin : la rédaction des remerciements, les larmes aux yeux, pleine de gratitude.

Ce travail aura été très enrichissant. Pas facile, mais finalement agréable.

L'aboutissement des études : enfin !!!

**AUTEURE : CHÂTELAIN-KHONG Julianne**

**Date de soutenance : 16 Novembre 2023**

**Titre de la thèse :** Place de la téléconsultation dans l'amélioration de l'accès aux soins premiers en zones sous-denses des Hauts-de-France.

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES :** Médecine générale

**Mots-clés :** Teleconsultation ; Physicians ; Primary Care ; Healthcare Accessibility

**Résumé :**

**Contexte :** La téléconsultation a connu un réel essor d'utilisation depuis la pandémie à COVID-19. Un des objectifs gouvernementaux est d'améliorer l'offre de soins dans les zones sous-dotées en médecins généralistes, notamment via la consultation à distance. Comment la téléconsultation peut-elle améliorer l'accès aux soins premiers en zones sous-denses des Hauts de France ?

**Méthode :** Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, par entretiens semi-dirigés auprès de patients rencontrés au sein de cabinets de médecine générale de ZIP ou ZAC des Hauts-de-France. Analyse et triangulation à l'aide du logiciel Maxqda, jusqu'à saturation théorique.

**Résultats :** 16 entretiens ont été réalisés de septembre 2022 à avril 2023. Les patients sont ambivalents concernant la place de la téléconsultation. Initialement opposants, ils nécessitent d'être accompagné et informé pour une acceptation progressive. La territorialisation de la téléconsultation, le partage optimal d'informations, la coordination inter- et pluriprofessionnelle répondraient de manière plus efficiente aux besoins des patients des zones sous-denses. Cependant, il persiste beaucoup de doutes, d'inégalités, et de dérives possibles de la téléconsultation.

**Conclusion :** Les participants suggèrent une approche populationnelle et territorialisée de la prise en charge médicale, y compris pour la téléconsultation. Cependant, cela reste une solution palliative en attendant une amélioration de la démographie médicale, souhaitée par tous les participants.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur COTTENCIN Olivier

**Assesseur :** Professeur TILLY-DUFOUR Anita

**Directeur de thèse :** Docteur REGNIER Anne-Marie

