

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Vécu des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant
l'annonce de mauvaises nouvelles en téléconsultation : Etude
qualitative sur un échantillon de médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 17/09/2025 à 16h
au Pôle Formation
par **Anne-Sophie BRIOU**

JURY

Président :
Madame la Professeure Florence RICHARD
Assesseurs :
Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS
Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Pierre-François ANGRAND

AVERTISSEMENT

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

SOMMAIRE

I. Introduction	3
A. Définition de la mauvaise nouvelle	3
B. Base théorique de l'annonce de mauvaise nouvelle	3
C. Usage de la téléconsultation en France.....	5
II. MÉTHODE	9
A. Type d'étude	9
B. Population étudiée	9
C. Recueil des données.....	9
D. Aspects éthiques et réglementaires	11
III. RÉSULTATS.....	13
A. Données sociodémographiques des médecins interrogés.....	13
B. Données générales sur les entretiens	13
C. Résultats des verbatims	14
1. Affect et communication à travers l'écran.....	14
a) Limites sensorielles en téléconsultation	14
b) Limites de communication en téléconsultation	16
c) Difficultés techniques et environnementales	17
d) Mise à distance émotionnelle.....	18
e) S'adapter à la demande du patient	19
f) S'adapter au type de mauvaise nouvelle	21
2. Conditions d'utilisation de la TCG.....	22
3. Choix de la téléconsultation	23
4. Organisation de l'annonce	24
5. Définition de la mauvaise nouvelle	25
6. Gestion de l'affect et relation médecin – patient	26
7. Remise en question professionnelle et gestion de l'incertitude médicale	29
8. Annoncer la mauvaise nouvelle	30
a) Rôle du médecin généraliste dans l'annonce	30
b) Disponibilité et écoute	30
c) Empathie et implication professionnelle	31
9. Adaptation professionnelle imposée et gestion de l'activité médicale via la téléconsultation	
31	
IV. DISCUSSION.....	33
A. Discussion autour des résultats principaux.....	33
1. Réticences initiales	33
2. Limites de communication	33
3. Maintien du lien relationnel avec le patient.....	35
4. Evolution des pratiques professionnelles.....	35

B.	Comparaison avec la littérature	36
C.	Forces et limites de l'étude.....	37
1.	Forces de l'étude.....	37
2.	Limites	38
D.	Perspectives	39
V.	BIBLIOGRAPHIE.....	41
VI.	ANNEXES	43

I. Introduction

A. Définition de la mauvaise nouvelle

Il n'y a pas de définition unique de la mauvaise nouvelle. Selon Buckman, dans le domaine de la santé, la mauvaise nouvelle est définie par « toute nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir ».[\(1\)](#)

Une mauvaise nouvelle peut perturber profondément les attentes et la vie quotidienne du patient, surtout quand le diagnostic ou le pronostic est grave ou incertain. Elle ne concerne pas seulement un diagnostic, mais aussi les conséquences possibles d'une maladie ou d'un traitement, tel un handicap.

Elle peut être vécue de façon très différente selon les personnes. La perception qu'en a le médecin est parfois éloignée de celle qu'en a le patient.[\(2\)](#) Chaque patient vit cette nouvelle à sa manière, en fonction de son histoire personnelle.

En médecine, chaque annonce est importante, et toute information donnée au patient sur son état de santé peut avoir sur lui un impact non anticipé. Certaines maladies menacent la vie du patient et l'amènent à affronter la mort. D'autres, bien que moins graves aux yeux des soignants, perturbent la façon dont le patient voit son corps, sa vie et son avenir. Par exemple, l'annonce d'une maladie chronique, comme le diabète, peut entraîner une crise identitaire pour le patient. « Ce n'est jamais rien ! » [\(3,4\)](#)

B. Base théorique de l'annonce de mauvaise nouvelle

"Il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres."[\(5,6\)](#)

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est une compétence clé en médecine générale, reposant sur l'empathie, le respect et une communication claire. En oncologie, cette

question a déjà été abordée dans différents plans cancer. Le modèle SPIKES ([7,8](#)), proposé par Baile et al, et son équivalent en Français : le modèle EPICES ([9,10](#)), offrent des approches structurées pour guider les médecins dans cette démarche.

- **Modèle EPICES**

- **Environnement**

Il est important de préparer l'environnement avant l'annonce. Le soignant doit être disposé mentalement, la connaissance du dossier médical (résultats récents, pronostic) est primordiale. Le lieu de l'entretien doit être calme, avec une disposition adaptée (ex : disposition en cercle, face à face), et il est crucial de limiter les interruptions (téléphone, bruit). De plus, il est souvent recommandé que le patient soit accompagné d'un proche.

- **Perception du patient**

La préparation du patient est essentielle. Il faut identifier ce qu'il sait déjà de sa maladie et évaluer son état émotionnel. Il est aussi important d'évaluer son niveau de compréhension et ses attentes, cela permet de mieux anticiper l'impact émotionnel de l'annonce.

- **Invitation à recevoir l'information**

Le médecin doit adapter l'annonce selon le rythme du patient. L'objectif est de comprendre quel niveau d'informations il souhaite, et non de lui imposer des détails qu'il ne désire pas entendre.

- **Connaissances**

Lors de l'annonce, les informations doivent être délivrées de manière claire et précise. Il est important de vérifier la compréhension du patient, en le faisant revenir sur ce qui a été dit. Des pauses et des moments de silence permettent de laisser le patient digérer la nouvelle et d'exprimer ses émotions. Le médecin doit être honnête et transparent, tout en prenant soin de ne pas submerger le patient d'informations.

- **Empathie**

L'empathie est cruciale pour accueillir et valider les émotions du patient et de ses proches. Il est important de reconnaître et légitimer leur ressenti sans minimiser la situation. Il est important de montrer une attitude de soutien. Si le patient est en état de choc, il est préférable de ne pas le surcharger d'informations, mais plutôt de créer un espace pour qu'il exprime ses émotions.

- **Stratégies et synthèse**

Il est essentiel d'identifier les craintes du patient, notamment concernant la perte d'autonomie, les impacts économiques ou les conséquences des traitements. Il est tout aussi important de souligner les ressources disponibles pour lui : famille, amis, suivi médical. Après avoir exploré les options thérapeutiques, il est recommandé de différencier les options réversibles des irréversibles, en laissant de la place à l'incertitude et à l'espérance. Enfin, il faut résumer la mauvaise nouvelle et ses conséquences, clarifier les objectifs de soin, et fixer un prochain rendez-vous.

L'annonce de mauvaises nouvelles en médecine générale constitue un moment clé dans la relation de soin. Cette étape, fondamentale dans la prise en charge, peut s'avérer particulièrement complexe, tant pour le médecin que pour le patient.

Cependant, bien que ce modèle EPICES soit bien établi pour les consultations en face-à-face, il existe peu de littérature sur son application spécifique en téléconsultation.[\(11-13\)](#)

C. Usage de la téléconsultation en France

L'arrêté du 1er août 2018 a ouvert la voie au remboursement des actes de téléconsultation par l'assurance maladie, à partir du 15 septembre 2018, pour tous les patients, dans le respect du parcours de soins coordonné. En 2018, moins de 3000 actes avaient été réalisés,

mais ce nombre est passé à 80 000 en 2019.[\(14\)](#)

Le décret n°2020-227 du 9 mars 2020 a modifié les conditions de prise en charge des actes de télémédecine, afin de faciliter l'accès aux soins pendant la pandémie de COVID-19. Les personnes pourront en bénéficier : « même si elles n'ont pas de médecin traitant pratiquant la téléconsultation, ni avoir été orientées par lui, ni été connues du médecin téléconsultant.

»[\(15\)](#)

Suite à cela, l'utilisation de la téléconsultation a connu une accélération significative, marquant un tournant majeur dans les pratiques médicales. Selon le dernier rapport de la Cour des comptes sur les téléconsultations, publié en avril 2025, le nombre de téléconsultations a atteint 18,6 millions en 2020, durant la pandémie. Ce chiffre a diminué depuis, pour se stabiliser à environ 12 millions en 2023.[\(16-18\)](#)

Les patients utilisateurs de la téléconsultation déclarent majoritairement être satisfaits de leur consultation à distance.[\(19-21\)](#) Cependant, des recherches récentes ont montré que les patients ressentent souvent la téléconsultation comme moins intime et moins satisfaisante que les consultations physiques, notamment lorsqu'il s'agit de traiter des sujets émotionnellement intenses [\(22\)](#).

Le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle met en avant la nécessité d'adapter le discours du médecin en fonction des émotions du patient et de garantir un suivi après l'annonce [\(23,24\)](#). Toutefois, les effets de la médiation technologique sur cette adaptation restent insuffisamment explorés.

Objectifs de la thèse

Un an avant la pandémie de COVID-19, un article largement diffusé par les médias grand public américains rapportait une histoire intitulée : « Un médecin annonce une fin de vie via un robot : la famille est choquée »[\(25\)](#). Cette situation a généré de vives critiques sur l'utilisation de la technologie pour annoncer des mauvaises nouvelles.

Cependant, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, des pratiques ont évolué rapidement, en particulier avec l'essor de la téléconsultation. À l'ère de la e-Santé, il devient inévitable que de plus en plus de médecins soient amenés à aborder des sujets sensibles lors de téléconsultations. Cependant, très peu d'études ont été menées à ce jour sur l'impact de la médiation numérique dans l'annonce de mauvaises nouvelles.

Cette thèse a pour objectif d'explorer le vécu des médecins généralistes lors de l'annonce de mauvaises nouvelles en téléconsultation. S'appuyant sur une méthodologie qualitative, elle vise à répondre à plusieurs questions essentielles : Quel impact la téléconsultation a-t-elle sur la manière dont les médecins perçoivent et annoncent une mauvaise nouvelle ? Quelles difficultés spécifiques rencontrent-ils dans ce contexte ? Et enfin, quels outils et stratégies de communication pourraient être développés pour améliorer cette pratique ?

II. MÉTHODE

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés compréhensifs avec une approche inspirée de la phénoménologie interprétative.

Ce type d'étude nous a permis d'explorer la manière dont l'expérience de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en téléconsultation a été ressentie et comprise par les médecins généralistes interviewés.

B. Population étudiée

Nous avons interviewé des médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France, recrutés par téléphone et de proche en proche par méthode "boule de neige" afin d'obtenir un échantillonnage raisonné homogène.

Le recrutement des participants s'est limité aux médecins généralistes ayant déjà été confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle et effectuant de la téléconsultation.

L'échantillon de la population ne visait pas une représentativité statistique mais la diversité et le vécu des expériences.

C. Recueil des données

Le recueil des données a eu lieu de décembre 2023 à mai 2025 au travers d'entretiens individuels semi-directifs.

Un guide d'entretien a été préalablement rédigé (cf. Annexe 1). Ce dernier a été modifié (cf. Annexe 2) après le deuxième entretien pour inclure la possibilité d'obtenir une réponse de la part des médecins n'ayant jamais été confrontés à l'annonce de mauvaises nouvelles en téléconsultation mais par un autre moyen qu'en présentiel. Le guide se composait d'une liste de thèmes à aborder, accompagnée de questions ouvertes, afin de permettre au médecin interviewé de partager librement ses expériences et de développer ses réponses autant que possible.

Les entretiens ont été faits en face à face dans un lieu choisi par les médecins participants.

Ils ont été enregistrés à l'aide de l'application dictaphone du téléphone portable après l'accord oral des participants.

Ils ont été retranscrits intégralement, de façon anonyme, en incluant les onomatopées et le langage non-verbal.

Chaque médecin a été caractérisé par :

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice : milieu urbain, rural ou semi-rural
- Statut du médecin : libéral/salarié/remplaçant
- Type d'exercice : privée ou publique/cabinet individuel ou de groupe/maison de santé
- Durée d'exercice
- Modalité de prise de RDV (secrétariat/doctolib/Madeformed..)

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à suffisance théorique des données, puis retranscrits intégralement mot à mot après réécoute ainsi qu'avec l'aide du logiciel HappyScribe.

Les verbatims obtenus ont été analysés sans utilisation de logiciel d'aide au codage, suivant une approche inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique.

La première étape de l'analyse a consisté en un travail d'« étiquetage » permettant de créer des « étiquettes expérientielles » à partir de chaque verbatim.

La triangulation des données a été réalisée par un double codage effectué par l'investigatrice (ASB) et son conjoint (OF), docteur en médecine générale, qui n'a eu accès qu'aux retranscriptions anonymisées.

Après ce co-étiquetage, chaque « étiquette expérientielle » a permis d'identifier des « propriétés » servant de base à la conceptualisation du phénomène étudié.

À l'issue de cette étape, nous avons organisé les « propriétés » entre elles pour former des « catégories ». L'analyse a été présentée sous forme de tableau, comme suit :

Verbatim	Étiquettes expérientielles	Propriétés	Catégories

D. Aspects éthiques et réglementaires

En début de chaque entretien, il était précisé l'enregistrement de l'entretien, le respect de l'anonymat et la possibilité de rétractation à tout moment de l'étude. Les enregistrements vocaux ont été supprimés après retranscription. Chaque médecin a été nommé par une lettre de l'alphabet.

III. RÉSULTATS

A. Données sociodémographiques des médecins interrogés

Sur 12 médecins interrogés, il y a 6 femmes et 6 hommes âgés de 30 à 50 ans.

9 médecins interrogés travaillaient en cabinet de groupe, 2 médecins travaillaient en cabinet individuel et 1 médecin était remplaçant en libéral.

Médecins	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Statut du médecin	Type d'exercice	Durée d'exercice	Modalité prises de RDV
A	39	F	Valenciennes	Libéral	Cabinet individuel	10 ans	plateforme de contact en ligne - madeformed
B	30	F	Multiple	Remplaçant libéral	Cabinet de groupe	2 ans	secrétaire sur place et doctolib
C	47	H	Saint Amand les eaux	Libéral	Cabinet individuel	17 ans	plateforme de contact en ligne - madeformed
D	33	H	Lille	Libéral	Cabinet de groupe	5 ans	secrétaire sur place et doctolib
E	37	F	Lens	Libéral	MSP	9 ans	secrétaire sur place et doctolib
F	38	F	Lens	Libéral	MSP	9 ans	secrétaire sur place et doctolib
G	34	F	Lens	Libéral	MSP	7 ans	secrétaire sur place et doctolib
H	36	H	Lens	Libéral	MSP	6 ans	secrétaire sur place et doctolib
I	40	H	Lens	Libéral	MSP	12 ans	secrétaire sur place et doctolib
J	50	F	Lille	Libéral	Cabinet de groupe	20 ans	secrétaire sur place et doctolib
K	48	H	Mons-en-Baroeul	Libéral	Cabinet de groupe	21 ans	secrétaire sur place et doctolib
L	36	H	Mons-en-Baroeul	Libéral	Cabinet de groupe	7 ans	secrétaire sur place et doctolib

B. Données générales sur les entretiens

Entretiens réalisés : 12

Durée des entretiens : entre 12 minutes et 44 minutes

Lieux des entretiens : 10 entretiens ont été effectués au cabinet des médecins interrogés, 1 entretien a été effectué au domicile du médecin et 1 entretien a été effectué dans un café.

C. Résultats des verbatims

1. Affect et communication à travers l'écran

a) Limites sensorielles en téléconsultation

Les médecins interrogés identifient plusieurs limites à l'usage de la téléconsultation pour l'annonce. La perte d'informations non verbales (posture, expression faciale, contact visuel) ou infra-verbales (silence, intonation et volume de la voix) rend difficile l'évaluation des réactions émotionnelles du patient.

- Médecin A : « *il y a les « non-dits » qu'on ne voit pas forcément en visio, qu'on voit quand on a le patient en présentiel. Et quand on ne capte pas les « non-dits », on peut passer à côté d'une souffrance qu'on n'a pas forcément vue, on se dit qu'on n'a pas bien fait son boulot* »
- Médecin G : « *c'est important d'avoir la personne en face, mieux comprendre ses émotions, pour voir comment elle réagit. Par visio tu vois pas forcément* »

L'absence de contact physique est souvent évoquée : ne pas pouvoir tendre un mouchoir, poser une main sur l'épaule, ou tout simplement serrer la main créent un manque d'empathie perceptible.

- Médecin B : « *peut être que si elle avait été en face de moi, j'aurais pu, je sais pas, lui tendre un mouchoir, prendre un peu le temps, avoir un espace qui est peut être un peu moins froid que via un écran* »
- Médecin K : « *Tu as parlé de la mauvaise nouvelle, imaginons que notre consultation est passée, l'annonce de mauvaise nouvelle a été faite, et puis, tu raccompagnes ton patient à la porte. Et des fois, c'est juste la manière de lui dire au revoir qui va être juste tout au centre de ta consultation en fait. Tu vois, c'est... [Le médecin se lève, me serre la main, avec l'autre main sur mon avant-bras d'un geste de compassion]* Tu dis au revoir comme ça, tu accompagnes à la porte, et tu dis: « Allez, on se revoit

la semaine prochaine, on va parler de ça. » Ce n'est pas grand-chose. Ça, en fait, en téléconsult', tu l'as pas. »

- Médecin L : « *on aurait peur de ne pas pouvoir faire un peu tout ce qui est non-verbal, de leur serrer la main, de mettre la main sur l'épaule, des fois, on peut faire ça. Ça dépend du feeling. Mais du coup, je pense qu'on aurait peur de ne pas être jugé, de ne pas être assez affectueux ou des choses comme ça. »*

Cette perte de contact physique engendre, selon eux, une difficulté de réassurance du patient.

- Médecin E : « *c'est difficile de réconforter quelqu'un derrière un écran »*

Ils estiment ne pas être autant à l'écoute en téléconsultation qu'en présentiel, ce qui peut générer un sentiment d'indifférence pour le patient, avec la peur de transmettre de fausses émotions tel que l'impression de prendre la situation « à la légère ».

- Médecin E : « *Moi j'avoue qu'en visio des fois les gens ils me parlent et puis moi je suis là en train de faire mon truc sur le logiciel donc je les vois plus et ils me disent vous voyez là j'ai ça et puis en fait je dis « oui, oui ! » et puis je regarde pas ce qu'ils me montrent. »*

Certains médecins redoutent la réaction du patient une fois la téléconsultation terminée et craignent de ne pas pouvoir intervenir à distance, en cas de crise d'angoisse, réaction émotionnelle forte ou même malaise nécessitant un examen clinique.

- Médecin J : « *le patient, il est seul, on ne sait pas comment il va réagir à la fin de la téléconsultation. »*

b) Limites de communication en téléconsultation

Les médecins identifient également une dégradation de la qualité de la communication avec le patient lors des annonces réalisées à distance. Ils craignent que les informations soient mal comprises, notamment dans le cadre d'explications d'examens complémentaires. À ce titre, plusieurs soulignent l'impossibilité de recourir à des supports visuels tels que des schémas pour illustrer et rendre plus compréhensibles certaines données médicales.

- Médecin B : « *Ce qui m'a posé difficulté, c'est l'écran et le fait que par exemple l'IRM elle me l'a envoyé en lien via doctolib donc par exemple, moi quand j'explique un examen je peux le montrer en reprenant des points, on lit ensemble. Là, y'avait la distance. »*
- Médecin D : « *Le risque aussi, c'est heu.. que toutes les infos ne passent pas. »*
- Médecin G : « *Pour expliquer les choses, parfois, on a besoin d'un dessin »*

La téléconsultation est parfois comparée à l'annonce par téléphone. La majorité reconnaît une plus value dans le contact visuel qui permet de percevoir la réaction du patient et les signes indirects non visualisés par téléphone.

- Médecin F : « *C'est peut-être plus simple de voir le patient et voir comment il réagit. C'est mieux qu'au téléphone. Et ça arrive plein de fois que ce soit au téléphone. Moi, je pense que c'est pas si mal que ça. [...] je suis pas contre le fait de faire en téléconsultation quand les patients veulent une réponse tout de suite, ce que je peux entendre aussi. »*
- Médecin L : « *Et c'est mieux, je pense, que par téléphone. Parce qu'il y a la vidéo, parce qu'il y a le son. C'est plus riche quand même. Par téléphone, quand tu as des blancs, c'est compliqué de savoir s'il est encore là. [...] au moins, on les voit, comment ils réagissent. Est-ce qu'ils sont neutres ? Est-ce qu'ils s'effondrent ? Est-ce qu'ils se tiennent les mains ? Est-ce qu'ils se tiennent la tête ? C'est quand même*

important tout ça. Alors qu'avec le téléphone, on a juste le ton de la voix. »

c) Difficultés techniques et environnementales

La majorité se dit satisfaite de leurs outils numériques, mais soulève néanmoins le risque d'incident technique pendant la consultation, ce qui peut compromettre la qualité de l'annonce.

- Médecin B : « évaluer correctement quelqu'un après une annonce de nouvelles, ce n'est pas évident surtout en téléconsultation quand tu n'as pas le dossier et sous réserve que ça fonctionne bien. C'est-à-dire que la caméra ne coupe pas, que tu ne te retrouves pas à appeler au milieu parce que là, ça casse la consultation. »

Ils remarquent aussi que les patients sont parfois moins concentrés, gênés par un environnement domestique peu propice à ce type d'échange. Le patient est parfois en dehors de son domicile, par exemple dans sa voiture, ou dans un environnement bruyant avec des animaux ou d'autres personnes dans la pièce.

- Médecin B : « *Et puis des fois, les conditions ne sont pas idéales. J'ai déjà eu des fois des chiens qui passent, des enfants qui courrent, le patient qui n'est pas tout seul, les enfants qui arrivent dans le milieu de la consultation, il doit faire la loi pendant qu'ils essaient de discuter avec toi. »*
- Médecin H : « *ce n'est pas toujours adapté parce que des fois, le patient aussi, il est dans sa voiture... chez eux, après, ils peuvent être aussi perturbés par le chien qui aboie, ils sont dans leur lit... Ils ne sont pas forcément, je pense, hyper bien concentrés sur une consultation comme quand ils viennent au cabinet. »*

La confidentialité est également un sujet d'inquiétude : ils ne peuvent s'assurer que le patient est seul ou dans un cadre sécurisant.

- Médecin A : « *la téléconsultation on ne sait jamais si quelqu'un écoute à côté* »
- Médecin E : « *je sais pas j'ai toujours l'impression de pas voir exactement enfin on sait jamais s'ils sont tout seuls ou pas, qui il y a dans la pièce* »

d) **Mise à distance émotionnelle**

Malgré tout, certains soulignent que la téléconsultation peut permettre au patient d'être dans un environnement familier, ce qui peut être rassurant. L'écran est parfois perçu comme un « bouclier émotionnel » protégeant à la fois le patient et le médecin lors de l'annonce permettant ainsi une meilleure gestion des émotions.

- Médecin B : « *je crois qu'elle n'était pas non plus capable d'aller au cabinet, parce que je pense qu'elle ne faisait que pleurer cette dame. [...] c'est aussi pour ça qu'elle a demandé la téléconsultation, parce que c'est une dame qui se déplace toujours au cabinet, mais elle m'a dit: "Je ne me voyais pas pleurer devant tout le monde". Ça, je comprends* »
- Médecin C : « *Ça peut permettre aux médecins et aux patients d'être dans de bonnes conditions, parce qu'il y a des patients qui, suite à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, quand on les fait au cabinet, parfois, ils ont du mal presque à repartir chez eux, ils sont effondrés dans le cabinet. Là, ils sont dans un milieu connu, ils sont chez eux, donc ça peut être aussi un avantage.* »

Un médecin affirme même que faire l'annonce en téléconsultation est émotionnellement plus facile pour lui qu'en présentiel, l'écran servant ainsi de barrière protectrice contre les émotions qui pourraient venir le gêner durant l'annonce.

- Médecin C : « pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle, c'est aussi je pense plus simple, enfin le médecin il a aussi une certaine, ça met une certaine distance la téléconsultation, donc j'étais un petit peu plus blindé on va dire par rapport à ça, un petit peu plus... plus solide, c'était moins... Voilà. Moins anxiogène pour moi en tout cas. »

e) S'adapter à la demande du patient

Certains trouvent intéressant d'utiliser la téléconsultation comme outil préparatoire, pour amorcer une annonce future au cabinet. Cela permet de répondre rapidement à certaines questions, d'atténuer l'anxiété du patient et de maintenir un lien, même à distance, lorsque la venue au cabinet est impossible.

- Médecin B : « Déjà, ça permet de faire une prise de contact, ça permet d'éviter que les patients soient tout seuls dans leur coin. Ça permet de les aider, de leur donner un arrêt. S'ils ont besoin, peut-être leur donner un peu de traitement et de les faire rentrer dans la boucle du suivi en les reprogrammant, peut-être quatre, cinq jours plus tard où ils auront un peu redescendu. »
- Médecin D : « ça peut être heu.. d'avoir une réponse tout de suite et éviter l'anxiété qui arrive avec l'attente du rendez-vous, de pouvoir renouveler autant que possible les rendez-vous en téléconsult' plutôt qu'en présentiel ou c'est toujours un peu compliqué. »

Néanmoins, la majorité estime que la téléconsultation ne permet pas de prendre le temps nécessaire à une annonce de qualité.

- Médecin I : « pour moi en téléconsult' on prend moins son temps, souvent moi, je les intercale entre plusieurs rendez-vous. Donc la téléconsultation est plus rapide. »

Certains refusent d'utiliser la téléconsultation pour annoncer une mauvaise nouvelle, jugeant ce format inadapté.

- Médecin A : « *Je pense qu'on est pas paré à le faire, je pense que ça dépend des praticiens, moi j'ai du mal à ne pas voir le patient dans son entièreté et le non-dit pour moi ça a une valeur importante* »
- Médecin J : « *Déjà, moi, je n'aime pas la téléconsultation et j'ai mis du temps à la mettre en place... et que d'annoncer une mauvaise nouvelle en téléconsultation, je trouve que ce n'est pas digne de la médecine générale.* »

D'autres adoptent une position plus nuancée et se basent sur la volonté du patient. Ils souhaitent le plus souvent faire l'annonce en présentiel ce qui leur semblerait être de meilleure qualité mais accepteraient de la faire à distance uniquement à la demande du patient qui ne se sentirait pas en mesure de se déplacer.

- Médecin D : « *peut-être si le patient estime avoir besoin de le faire en téléconsult' parce que ça crée une barrière et que c'est plus facile pour le patient de s'exprimer, peut-être que ça peut être une solution [...] La téléconsult', c'est un bon outil, mais à utiliser à bon escient, je pense. Peut-être que l'annonce de la mauvaise nouvelle par le praticien en téléconsultation, ce n'est peut-être pas la meilleure option.* »
- Médecin K : « *Sur l'accompagnement, d'une manière générale, je trouve que la téléconsultation on perd beaucoup en qualité de soin. [...] Cela étant dit, ça ne m'empêcherait pas non plus d'annoncer ce qu'on appellerait une mauvaise nouvelle, plutôt que de le laisser dans la nature comme ça. En tout cas, on prend l'exemple de l'anapath qui arrive, le patient en téléconsultation, j'ai eu un examen, "expliquez-moi, docteur", je vais pas me défausser en disant : "Venez au cabinet pour qu'on en parle". Clairement, on va le faire comme ça. Même si je pense qu'en termes d'efficacité, c'est un peu plus compliqué pour nous et puis, pour le patient...* »

Toutefois, ils s'accordent à dire que, dans la mesure du possible, une mauvaise nouvelle doit être annoncée en face à face.

- Médecin E : « *Après, ça peut être faisable. Tout dépend quel patient, quelles nouvelles, dans quelles circonstances. [...] Mais là, comme ça, je pense que ça me rebutterait un peu. Je préfère voir les gens en face-à-face pour leur dire les choses.* »
- Médecin L : « *Ce n'est pas quelque chose qui me freinerait, mais ce n'est pas la forme idéale, je pense, comme par téléphone d'ailleurs, mais bon des fois on a pas le choix.* »

Des médecins affirment ne pas être gênés par l'annonce en téléconsultation et seraient prêts à y recourir à nouveau si la situation le justifiait.

- Médecin C : « *Comme je l'ai dit, à partir du moment où le patient a compris que c'était une vraie consultation, ça ne pose pas énormément de différence par rapport à une consultation réelle.* »
- Médecin F : « *Je pense que dans tous les cas, le patient n'est jamais prêt et que si on reste empathique, ça ne me choque pas de le faire en téléconsultation.* »

f) S'adapter au type de mauvaise nouvelle

L'utilisation de la téléconsultation pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle dépend étroitement de la perception et de la définition qu'en ont les médecins. Ils s'accordent sur le fait que ce mode de communication peut être envisagé en fonction de la gravité de l'information à transmettre. Ainsi, un diagnostic de cancer est généralement jugé inadapté à une annonce à distance, alors que la révélation d'une maladie chronique, telle qu'un diabète, ou la communication d'un résultat biologique anormal, peut être considérée comme compatible avec la téléconsultation.

- Médecin C : « *Tout dépend où on met le curseur de la mauvaise nouvelle* »

La faisabilité de l'annonce à distance dépend également de la manière dont elle est menée par le médecin. Lorsqu'elle est réalisée avec empathie, disponibilité et écoute, une annonce en téléconsultation peut être perçue comme de meilleure qualité qu'une annonce effectuée de manière froide ou impersonnelle en présentiel.

- Médecin F : « *dans tous les cas, le patient n'est jamais prêt et que si on reste empathique, ça ne me choque pas de le faire en téléconsultation.* »

2. Conditions d'utilisation de la TCG

Les médecins interrogés se disent à l'aise avec leurs outils numériques et revendiquent un usage raisonnable et encadré de la téléconsultation dans l'évolution de leur pratique avec une volonté de contrôle des motifs de consultation.

- Médecin A : « *c'est moi qui gère aussi les motifs de téléconsultation, c'est-à-dire que les patients me demandent et c'est moi qui leur dit "je vous mets une visio", ça m'enlève une charge mentale.* »

Tous s'accordent sur le fait que la téléconsultation reste un outil complémentaire et accessoire à la pratique présente, et qu'il est nécessaire d'encadrer pour préserver la qualité des soins.

L'annonce à distance leur semble possible, à l'instar que quelques conditions soient réunies comme la nécessité que le patient soit seul dans un environnement calme et permettant une écoute attentive,

- Médecin B : « *si c'est bien fait comme la patiente, elle est toute seule dans une pièce, elle n'est pas dérangée, on a un temps dédié, pourquoi pas, si elle n'est pas capable.* »

3. Choix de la téléconsultation

Parmi les 12 médecins interrogés, 6 ont déjà été amenés à annoncer une mauvaise nouvelle en téléconsultation, 9 l'ont fait par téléphone, et seulement 3 n'ont jamais eu à le faire en dehors d'une consultation au cabinet. Le recours à la téléconsultation pour l'annonce est le plus souvent vécu comme une contrainte et non comme un premier choix. Certains médecins y ont recours face à la forte demande de réponses immédiates des patients, lorsque la mauvaise nouvelle survient en dehors des horaires d'ouverture du cabinet (soir, veille de week-end), ou lorsque le patient est dans l'impossibilité de se déplacer (en raison d'un handicap ou parce qu'il est à l'étranger).

- Médecin A : « *la patiente ne pouvait pas venir au cabinet, et comme je lui ai dit qu'il fallait un rendez-vous forcément elle était pressée d'avoir un rendez-vous.* »
- Médecin C : « *En fait, j'avais demandé un avis spécialisé à Tourcoing. Ils m'ont rappelé tard le vendredi soir. C'est une téléconsultation qui a été faite un samedi matin. J'étais chez moi.* »

Parfois, la mauvaise nouvelle est apportée par le patient lui-même et n'a pas pu être anticipée par le médecin. Il arrive aussi que la divergence d'interprétation entre le médecin et le patient rende difficile la reconnaissance commune de la mauvaise nouvelle lors de la téléconsultation.

- Médecin A : « *pour elle c'était comme ci je lui annoncé qu'elle avait un cancer alors que c'était rien de grave, et je pense aussi que j'avais pas mesuré l'étendue, l'impact que ça pouvait avoir pour elle car ça arrive souvent qu'on ait des anomalies au frottis, moi j'ai banalisé les choses.* »
- Médecin B : « *la mauvaise nouvelle, si elle nous tombe dessus, on doit faire avec. Et moi, ça ne m'a pas dérangé de le faire en téléconsultation.* »

4. Organisation de l'annonce

Pour les médecins concernés, la téléconsultation permet néanmoins de fractionner l'annonce en plusieurs étapes, ce qui leur donne la possibilité d'amener progressivement la mauvaise nouvelle au patient. Elle est ainsi parfois utilisée comme une « pré-annonce » pour préparer le terrain à une discussion plus complète en présentiel, la vérité n'étant alors pas toujours dite intégralement (comme c'est également le cas lors d'annonces par téléphone). Contrairement au téléphone, ils considèrent que la téléconsultation permet toutefois de programmer un temps « dédié » à l'annonce.

- Médecin C : « *je n'avais pas réussi, je n'avais pas fait complètement l'annonce de la maladie en téléconsult', par contre je m'étais aidé de la téléconsultation pour préparer la consultation qui allait avoir lieu 48h après. »*
- Médecin K : « *Je ne rentre pas dans le diagnostic formel, je ne donne pas le nom exact, je ne veux pas qu'ils aillent chercher effectivement sur Internet sans avoir pu rebondir. »*

Enfin, les médecins interrogés soulignent l'importance de revoir le patient au cabinet après la téléconsultation, tout en lui laissant la possibilité de recourir de nouveau à la téléconsultation s'il le souhaite.

- Médecin C : « *bien leur dire que même si on a raccroché, on reste disponible dans les jours qui suivent, voilà, peut-être d'insister en disant que c'est une consultation, qu'on a annoncé des choses et que la porte n'est pas fermée, du coup on est encore là, et qu'ils peuvent même redemander une autre téléconsultation, ça nous permet d'avoir un temps dédié. »*
- Médecin D : « *On peut aborder une première fois le sujet en téléconsult', mais je pense qu'il faut quand même prévoir un rendez-vous en présentiel après. »*
- Médecin H : « *après, ça ne se passe pas bien parce que je leur dis de revenir pour*

que ça soit plus clair, je pense, pour eux. »

Les médecins précisent être plus à l'aise lors de l'annonce en téléconsultation avec des patients connus :

- Médecin B : « *Là, je ne la connaissais pas non plus. Donc forcément, j'étais un peu gênée. Mais peut-être que si je la connais et qu'elle me dit: Je suis plus à l'aise comme ça et que notre relation, elle est construite comme ça, j'aurais fait comme ça. »*
- Médecin C : « *Je ne le ferai pas avec tous les patients. C'est un patient bien connu. C'est aussi des patients avec qui je sais qu'ils vont bien heu.. avec lesquels j'ai déjà une certaine accroche. »*

5. Définition de la mauvaise nouvelle

Pour la plupart des médecins, la définition de la mauvaise nouvelle est subjective et contextuelle. Ils reconnaissent qu'elle dépend du patient, de la situation clinique et de l'expérience du praticien, rendant parfois sa caractérisation complexe ou floue.

- Médecin K : « *je n'ai pas cette définition très carrée de la mauvaise nouvelle »*

Pour beaucoup, la mauvaise nouvelle est définie avant tout par le ressenti du patient, ce qui impose au médecin de s'adapter et de comprendre cette subjectivité.

- Médecin B : « *pour moi la mauvaise nouvelle est conditionnée par le ressenti du patient »*

Les médecins constatent également qu'il existe souvent un écart de définition entre eux et leurs patients.

- Médecin G : « *des fois un diabète c'est une mauvaise nouvelle pour les patients, pour*

nous ça paraît un peu bénin mais pour eux c'est une mauvaise nouvelle [...] ils ne comprennent pas de la même façon. Ils n'ont pas la même expérience »

Pour d'autres, la mauvaise nouvelle se définit par son caractère inattendu, son impact négatif sur la qualité de vie, ou la nécessité de traitements lourds voire l'absence de solution thérapeutique :

- Médecin G : « *une nouvelle qui n'est pas forcément attendue par le patient* »
- Médecin J : « *va affecter le patient sur tous les plans: personnel, familial, professionnel* »

Elle est souvent associée à la gravité clinique, aux pathologies lourdes comme le cancer ou aux maladies chroniques nécessitant un suivi prolongé.

- Médecin E : « *un cancer, une maladie neurodégénérative* »
- Médecin J : « *une nouvelle où le pronostic vital du patient est engagé, soit à court, moyen ou à long terme* »

Enfin, certains définissent la mauvaise nouvelle comme une situation qui les met en difficulté face à des pathologies mal connues ou dont la gravité est incertaine :

- Médecin L : « *des trucs après que je ne maîtrise pas trop [...] des anomalies où pareil, on ne sait pas trop mesurer la gravité au départ* »

6. Gestion de l'affect et relation médecin – patient

L'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue un moment de grande intensité émotionnelle, tant pour le médecin que pour le patient. Les praticiens décrivent la complexité de gérer leurs propres émotions tout en maintenant une posture professionnelle et empathique,

particulièrement à distance.

Une difficulté majeure évoquée est la réaction du patient : la plupart des médecins se retrouvent face à des patients en détresse, en larmes ou sous le choc, parfois submergés par un sentiment de culpabilité.

- Médecin B : « *elle ne s'y attendait pas* », « *Elle ne faisait que pleurer [...] elle était vraiment pas bien , elle disait "ma fille va mourir"* »

Certains vont être confrontés aux mécanismes de défenses de la part des patients, tels que le déni ou la projection agressive. D'autres semblent moins surpris et paraissent s'y attendre.

- Médecin L : « *Il savait, il prenait des risques. C'était un homme qui avait des relations homosexuelles très régulières, sans se protéger. Du coup, il n'était pas surpris.* »

Un médecin évoque même la gratitude d'un patient pour avoir pu être informé rapidement en téléconsultation.

- Médecin C : « *En fait, en téléconsultation, je prends un peu plus de temps qu'au téléphone [...] Et donc, du coup, il était content que je puisse prendre du temps avec lui* »

Du côté des soignants, l'annonce génère des sentiments variés, renforcés par le lien de confiance et l'attachement qu'ils expriment envers leurs patients. Ils évoquent souvent l'impuissance, le malaise, la tristesse parfois jusqu'aux larmes.

- Médecin J : « *je gérais ça n'importe comment, c'est-à-dire je pleurais. C'était n'importe quoi, en fait, c'était pas du tout professionnel.* »

Certains projettent leur propre expérience personnelle sur celle du patient, cherchant à se mettre à sa place.

- Médecin B : « *c'est dur pour une maman, ça touche les enfants quoi, je me suis dit "imagine il arrive une nouvelle comme ça à ma mère* »

D'autres décrivent un sentiment de gêne face à la détresse observée à distance.

- Médecin A : « *J'en ai discuté avec une copine gynéco qui m'a dit qu'elle, elle ne le fait jamais comme ça non plus, elle préfère que les patients viennent au cabinet.* »
- Médecin D : « *Un peu gêné et j'ai mis un temps après la téléconsult' à refaire la suivante.* »

À l'inverse, quelques médecins expriment aussi un sentiment d'accomplissement professionnel malgré les contraintes du format numérique.

- Médecin B : « *après c'est tout, je me suis dit que je ne pouvais pas faire plus, que j'avais été là, j'avais pris le temps et que c'était ce dont elle avait besoin.* »
- Médecin C : « *Moi c'était positif parce que ça formalisait la chose dans la pré-annonce d'une mauvaise nouvelle* »

Les professionnels sont eux aussi soumis à l'angoisse liée à la situation de leurs patients, ce qui peut impacter à la fois leur pratique professionnelle (avec des difficultés à poursuivre les consultations) et leur vie personnelle (avec le recours à un suivi psychologique dans certains cas).

- Médecin B : « *c'était un peu horrible, j'étais pas très... ça m'a gâché ma journée, j'étais en PLS, j'étais trop triste toute la journée... *rire nerveux* ... Enfin voilà.* »

Malgré des remises en question autour de l'utilisation de la téléconsultation, la majorité des médecins ne constatent pas d'altération durable de la relation médecin-patient après une annonce réalisée à distance. Certains estiment même que l'annonce peut renforcer le lien, qu'elle soit faite en présentiel ou en téléconsultation.

- Médecin A : « *La patiente en fait, moi de mon ressenti j'ai mal géré, mais la patiente de son ressenti j'ai super bien géré* »

- Médecin C : « *En tout cas, je pense que le temps dédié qu'offre la téléconsultation, c'est mieux qu'un coup de fil. Voilà* »
- Médecin I : « *elle m'a remercié après, de l'avoir prévenu, de l'avoir fait, et d'avoir géré le pneumologue qui l'a reçue le lendemain. La prise en charge était rapide.* »

L'annonce est souvent vécue comme un moment de vie partagé avec le patient, créant un lien de proximité qui n'existe pas toujours auparavant. Plusieurs médecins rapportent avoir ressenti, par la suite, une forme de reconnaissance de la part du patient.

- Médecin E : « *on passe un moment difficile de leur vie un peu avec eux, du coup c'est vrai qu'après ça change vraiment leur relation.* »

7. Remise en question professionnelle et gestion de l'incertitude

médicale

Ces situations suscitent des remises en question sur leurs pratiques professionnelles.

Certains expriment des doutes et des regrets quant aux bonnes pratiques en matière d'annonce en téléconsultation et ont l'impression de ne pas bien faire leur travail.

- Médecin A : « *Bah j'étais pas satisfaite de moi en fait... * silence* ...j'ai eu l'impression de ne pas avoir fait mon taff. [...] par rapport aux mauvaises nouvelles je ne le ferai plus en visio* »

Ils soulignent plusieurs difficultés rencontrées lors de l'annonce : ne pas pouvoir répondre à toutes les questions du patient, ne pas connaître avec certitude le diagnostic ou le pronostic, ou encore ne pas disposer de tous les éléments nécessaires sur la maladie.

- Médecin B : « *je ne pouvais pas lui dire aujourd'hui si c'était grave ou pas.* »
- Médecin F : « *il voulait quand même des réponses. Donc souvent, ils posent eux-*

mêmes les questions. Est-ce que c'est un cancer ? C'est difficile de dire non quand on sait qu'on va annoncer que oui après. »

Certains évoquent un manque de connaissances spécifiques qui les empêche d'apporter une information complète au patient.

- Médecin B : « *l'autre difficulté, mais là c'est plutôt de l'ordre professionnel, c'est un peu expliquer la suite, même si je pense que je n'ai pas fait de bêtise, c'est toujours un peu délicat, c'est une tumeur qu'on connaît pas donc bon ...* »

8. Annoncer la mauvaise nouvelle

a) Rôle du médecin généraliste dans l'annonce

Le médecin généraliste joue un rôle clé dans l'annonce de mauvaise nouvelle. La plupart des médecins reconnaissent que cela fait partie de leur métier. D'autres estiment ne pas y être souvent exposés et appréhendent ces consultations, cette différence tenant notamment à la subjectivité de la définition de ce qu'est une mauvaise nouvelle (parfois résumée à la pathologie cancéreuse).

- Médecin H : « *En général, je ne suis pas à l'aise avec ça.* »

b) Disponibilité et écoute

Lors de l'annonce, les médecins soulignent l'importance d'être disponibles, d'écouter activement et de répondre aux attentes et inquiétudes du patient. Ils reconnaissent que cette consultation prend du temps, et ils s'efforcent d'offrir une écoute véritable et attentive.

- Médecin B : « *Après j'ai surtout fait de l'écoute, c'est-à-dire que je l'ai écoutée vider son sac, donc c'est pour ça qu'elle a fait que pleurer.* »
- Médecin C : « *on reste disponible dans les jours qui suivent, voilà, peut-être d'insister* »

en disant que c'est une consultation, qu'on a annoncé des choses et que la porte n'est pas fermée, du coup on est encore là, et qu'ils peuvent même redemander une autre téléconsultation »

c) Empathie et implication professionnelle

Les médecins adoptent une approche empathique lors de l'annonce à distance, tenant compte de la subjectivité, du contexte socioculturel et psychologique du patient. L'information est claire, adaptée à la situation et aux préoccupations du patient. Certains privilégient rassurer et maintenir l'espoir, tandis que la majorité mise sur la transparence et la vérité, même si cela ne rassure pas toujours.

- Médecin K : « *On peut être honnête sans être brutal et des fois, le mensonge est plus brutal que la vérité !* »

9. Adaptation professionnelle imposée et gestion de l'activité médicale via la téléconsultation

La quasi-totalité des médecins interrogés évoquent une mise en place imposée de la téléconsultation lors de la pandémie de Covid-19 engendrant un changement dans leur pratique. Avant cette période, son usage était rare voire inexistant.

Actuellement, son utilisation est pour l'ensemble revenue à un taux relativement faible, et représente une minime part de leur activité.

- Médecin K : « *elle a commencé avec le COVID, on n'en faisait pas du tout avant le COVID et on a beaucoup freiné ensuite* »

Beaucoup décrivent l'utiliser sous contraintes externes : celle des circonstances sanitaires, contraintes personnelles, des attentes des patients ou de la nouvelle génération plus connectée, même si ce n'était pas leur choix initial.

- Médecin J : « *je fais de la téléconsultation parce que comme j'ai un enfant en situation de handicap et tout, et je ne peux pas rester plus longtemps au cabinet.* »

D'autres la voient comme un outil d'optimisation de leur pratique : gain de temps, meilleure organisation de l'emploi du temps, possibilité de choisir et de contrôler les motifs de consultation. Elle permet également de « valoriser » certains actes autrefois réalisés gratuitement ou « entre deux ».

- Médecin I : « *Au lieu de faire un acte gratuit [...] ça permet d'être payé* »

IV. DISCUSSION

A. Discussion autour des résultats principaux

L'analyse des entretiens met en évidence la complexité des expériences vécues par les médecins généralistes face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, en particulier lorsque celle-ci intervient dans le cadre d'une téléconsultation.

1. Réticences initiales

Il existe une réticence certaine à l'utilisation de la téléconsultation pour l'annonce de mauvaise nouvelle. Cela pourrait être lié au consensus largement partagé, et enseigné dès notre formation initiale, selon lequel une annonce doit être préparée et réalisée en face à face, dans un cadre bien défini par des protocoles déjà approuvés comme le protocole SPIKES.

À cela s'ajoute le fait que, pour de nombreux médecins, l'annonce d'une mauvaise nouvelle est déjà une situation qui les rend mal à l'aise, tout comme l'usage de la téléconsultation en général. L'association de ces deux contextes, déjà perçus comme difficiles, pourrait alors accroître la crainte de ne pas bien faire.

2. Limites de communication

Malgré ces réticences initiales, les médecins interrogés témoignent d'une importante capacité d'adaptation. Ils soulignent un usage raisonné de la téléconsultation, dont ils reconnaissent les avantages organisationnels, mais aussi les nombreuses limites.

Si la téléconsultation semble ne poser aucun problème particulier pour les tâches administratives ou les consultations de routine, l'annonce de mauvaises nouvelles à distance est tout autre chose, et les protocoles d'annonce existants ne s'y appliquent pas directement.

Certains critères ne peuvent être garantis :

- **Organiser la confidentialité et s'asseoir avec le patient** : cette responsabilité est désormais transférée au patient. La confidentialité de l'échange ne peut être assurée que sur la base des déclarations du patient, et l'environnement est parfois non adapté (en voiture, en faisant les courses).
- **Créer une connexion avec le patient** : le lien humain repose souvent sur le contact physique (poignée de main, étreinte) et le langage corporel (regard, sourire, posture d'écoute), qui sont absents ici et sont cités comme des freins majeurs à une communication de qualité.
- **Gérer les contraintes de temps et les interruptions** : les échanges à distance sont sujets à des interférences techniques, retards ou coupures. Si cela survient au moment d'une phrase cruciale, l'impact peut être dramatique.

On peut imaginer la fin d'une telle consultation en présentiel : avec une clôture appropriée, une interaction physique, un regard échangé, une main tenue, une étreinte, ou même simplement le fait d'accompagner le patient et sa famille jusqu'à la sortie, en répondant aux questions les plus difficiles en chemin. Rien de cela n'est possible via la télémédecine.

Une autre difficulté fréquemment évoquée par les médecins est l'impossibilité d'observer le patient dans sa globalité. Le champ visuel est limité par le cadre de l'écran : les mains sont parfois hors champ, l'expression du visage peut être difficile à interpréter, voire partiellement masquée. Cette absence d'accès complet aux signaux non verbaux rend plus complexe l'évaluation des réactions du patient face à l'annonce, limitant ainsi la capacité du médecin à ajuster son discours et son attitude pour l'accompagner au mieux dans ce moment délicat.

3. Maintien du lien relationnel avec le patient

Les résultats révèlent également une implication marquée des praticiens dans la relation de soin, au-delà du simple acte médical. La disponibilité, l'écoute, l'attention portée au contexte de vie du patient, et la volonté de maintenir un lien thérapeutique de confiance, sont au cœur de leur pratique. Certains expriment des remises en question personnelles et professionnelles, liées à la complexité de l'annonce à distance, ou au sentiment de ne pas avoir « bien fait ».

Malgré ces remises en question, la relation médecin-patient n'apparaît pas altérée par l'usage de la téléconsultation ; au contraire, certains praticiens estiment que l'annonce, même à distance, peut renforcer le lien thérapeutique si elle est faite avec empathie, disponibilité et suivi. La téléconsultation offre aussi l'avantage de pouvoir répondre rapidement à un patient, évitant ainsi qu'il ne reste seul avec son anxiété et ses interrogations.

4. Evolution des pratiques professionnelles

Si la téléconsultation se révèle comme une réponse nécessaire à la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, son usage pour l'annonce reste souvent perçu comme un choix par défaut, imposé par les circonstances, plus que comme une réelle préférence professionnelle.

Les médecins s'accordent sur le fait que l'annonce devrait, dans la mesure du possible, être réalisée en présentiel, mais certains considèrent que la téléconsultation peut constituer une modalité acceptable, voire utile, dans des situations spécifiques : demande explicite du patient, contexte empêchant un déplacement, ou utilisation en tant qu'étape préparatoire à une annonce ultérieure au cabinet. Pour certains médecins, ce mode de communication n'est pas incompatible avec l'annonce, dès lors qu'elle est adaptée à la gravité de la nouvelle et qu'elle est conduite avec empathie et qu'un accompagnement adapté du patient est

assuré.

B. Comparaison avec la littérature

Les résultats de cette étude confirment en grande partie les observations faites dans la littérature. Le protocole SPIKES, largement utilisé en présentiel, est mis à l'épreuve à distance : perte du contact physique, absence de langage non verbal, difficulté à interpréter les silences, autant d'obstacles qui compliquent une communication empathique et ajustée.

Un article publié en 2020 dans la revue *Frontiers in Psychiatry* intitulé « **Changes in Communicating Bad News in the Context of COVID-19: Adaptations to the SPIKES Protocol in the Context of Telemedicine** », propose une adaptation du protocole SPIKES pour l'annonce de mauvaises nouvelles à distance pendant la pandémie de COVID-19. À l'instar des médecins généralistes interrogés dans notre étude, ce protocole recommande des annonces réalisées avec empathie, écoute et disponibilité. L'objectif de ce protocole est de préserver l'humanité et la qualité du lien entre soignants et familles, malgré les barrières imposées par la pandémie. Toutefois, aucune étude n'a, à notre connaissance, encore été réalisée sur l'application concrète de ce protocole.

Tout comme notre étude, un article publié en 2020 dans la revue *The Oncologist*, intitulé « **Breaking Bad News via Telemedicine: A New Challenge at Times of an Epidemic** », identifie les limites de la téléconsultation dans l'expression de l'empathie, notamment en raison de la mauvaise perception des signaux émotionnels. Eux aussi identifient le problème de l'absence des gestes humains (regard, toucher, accompagnement), ce qui affaiblit la qualité de la relation dans l'annonce de mauvaises nouvelles. Les auteurs soulignent également l'importance du suivi et de l'accompagnement après l'annonce.

Un article publié en 2021 dans le *Journal of Cancer Education*, intitulé « **Teaching Toolbox: Breaking Bad News with Virtual Technology in the Time of COVID** », considère la téléconsultation comme un outil potentiel pour l'annonce de mauvaises nouvelles, lorsqu'une rencontre en présentiel n'est pas possible.

En résumé, notre étude s'inscrit dans la continuité des constats établis dans la littérature sur les limites de la téléconsultation pour l'annonce de mauvaises nouvelles. Cependant, elle apporte un éclairage nouveau en documentant la manière dont des médecins généralistes, malgré ces contraintes, parviennent à préserver la qualité de la relation médecin-patient grâce à une posture professionnelle engagée, empathique et individualisée.

C. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Notre étude est novatrice, aucune thèse n'ayant, à notre connaissance, été réalisée sur ce sujet, et très peu d'études internationales étant disponibles.

Notre échantillon qui, dans le cadre d'une étude qualitative, ne se veut pas représentatif, présente une hétérogénéité intéressante. Les participants diffèrent par leur sexe, leur âge et leur niveau d'expérience, offrant ainsi une diversité de points de vue enrichissant l'analyse. Le nombre d'entretiens réalisés est conséquent, et la saturation des données a été atteinte avant les deux derniers entretiens.

La réalisation d'entretiens individuels a permis de créer des espaces de confiance propices à l'expression personnelle et intime des participants. Ce climat a été renforcé par le fait que l'ensemble des médecins interrogés connaissait déjà l'investigatrice, facilitant ainsi la libre expression de leurs ressentis.

Enfin, la qualité méthodologique de l'étude a été soutenue par l'utilisation de la grille

COREQ, présentée en annexe, ainsi que par la tenue d'un journal de bord tout au long du processus de recherche.

2. Limites

L'absence de formation spécifique en recherche qualitative, en communication et en sociologie constitue une limite notable à cette étude. Ce déficit de compétences a pu influencer la qualité de l'étude à plusieurs égards.

Tout d'abord, certains entretiens ont été relativement courts, et la relance des médecins interviewés pour approfondir la discussion a parfois constitué une difficulté, due à une maîtrise insuffisante des techniques d'entretien au début de l'étude.

Par ailleurs, un entretien a été interrompu à deux reprises par des appels téléphoniques, entraînant une rupture du fil de la pensée de l'interviewé et une perte d'informations pertinentes.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une étude exhaustive de la littérature existante sur le sujet. Cependant, certains thèmes n'ont pas été abordés durant les entretiens, en raison de l'orientation des questions et de la nouveauté du thème étudié.

Une autre limite de cette étude réside dans l'absence de définition standardisée de la "mauvaise nouvelle" communiquée aux participants. Chaque médecin a ainsi pu faire sa propre interprétation du concept, ce qui a potentiellement généré des variations dans la compréhension et l'analyse des questions posées lors des entretiens. Par ailleurs, aucun curseur de gravité n'a été établi pour encadrer cette notion de "mauvaise nouvelle", certains praticiens la restreignant à l'annonce de pathologies graves telles que les cancers ou les maladies neurodégénératives. Cette variabilité a pu limiter la diversité des situations évoquées en téléconsultation, et ainsi restreindre la portée des résultats.

Enfin, l'annonce en téléconsultation étant un événement relativement rare, la précision des récits peut avoir été altérée, d'autant que ces consultations remontent souvent à plusieurs

mois, voire années. Par conséquent, il est impossible de garantir l'exactitude totale des faits rapportés par les médecins, et un biais de mémorisation ne peut être exclu.

D. Perspectives

À notre connaissance, la question de l'annonce de mauvaises nouvelles en télémédecine n'a pas encore fait l'objet d'études approfondies. Il apparaît donc essentiel de développer et de mettre en place des outils adaptés à cette nouvelle modalité de communication à distance.

Un premier axe de travail serait de mener des recherches auprès des patients et des médecins, non seulement sur les aspects techniques, mais également sur les valeurs, les représentations et les suggestions d'amélioration.

Si les médecins généralistes expriment globalement une forte réticence à utiliser ce format, ceux qui y ont été confrontés rapportent ne pas avoir observé d'altération du lien avec leurs patients. Dans la majorité des cas, l'annonce a d'ailleurs été réalisée à la demande explicite du patient, ce qui laisse supposer que, malgré les réserves exprimées par les praticiens, les patients pourraient se montrer satisfaits de cette modalité. Il serait particulièrement pertinent d'explorer le ressenti des patients lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en téléconsultation.

Dans cette perspective, une étude « en miroir » comparant le ressenti des patients et celui des médecins pourrait apporter un éclairage intéressant.

L'étape suivante consisterait à concevoir et mettre en œuvre des programmes de formation ciblées sur la communication à distance destinés à la fois aux médecins et aux patients, afin de garantir que l'annonce soit réalisée de la manière la plus empathique, adaptée et efficace possible. Cette formation pourrait inclure une adaptation du protocole SPIKES au format

distanciel, des outils pour évaluer les réactions émotionnelles à distance, ou des techniques pour préserver la qualité de la relation malgré les contraintes du numérique.

Conclusion

En définitive, cette étude met en évidence la capacité d'adaptation des médecins généralistes face à une pratique en constante évolution, tout en soulignant les limites de la téléconsultation dans le contexte particulier de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ils s'accordent à dire que, dans l'idéal, cette annonce devrait être réalisée en face à face, dans un temps dédié, mais que la réalité clinique impose parfois d'agir différemment. Les médecins insistent sur l'importance de prendre en compte les besoins et les préférences des patients, afin de préserver une approche individualisée et respectueuse de la singularité de chacun.

Les attitudes et pratiques semblent évoluer rapidement en période de crise. Ainsi, la téléconsultation, mise en place de manière accélérée durant la pandémie, est aujourd'hui utilisée par certains médecins pour des situations qu'ils n'auraient jamais envisagées il y a quelques années. Cette évolution des pratiques laisse entrevoir la possibilité que la téléconsultation devienne, à l'avenir, une modalité courante pour l'annonce de mauvaises nouvelles en médecine générale. Si tel devait être le cas, il conviendrait que les professionnels soient préparés et formés à en faire un usage à la fois empathique et adapté.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Buckman R. S'asseoir pour parler, L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades.
2. fmcgastro.org. Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/comment-annoncer-une-mauvaise-nouvelle/>
3. D. Razavi, A. Liénard, A. Hertay, S. Konings. www.elsevier.com. 2019 [cité 11 juin 2025]. Communication soignant-soigné : processus d'annonce de mauvaises nouvelles. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/communication-soignant-soigne-processus-dannonce-de-mauvaises-nouvelles>
4. Dr Ph. Heureux. studylibfr.com. 2005 [cité 7 juill 2025]. Communiquer les mauvaises nouvelles aux patients : Guide. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/10113872/résumé-livre-s-asseoir-pour-parler--buckmann>
5. Moley-Massol I. L'annonce de la maladie : une parole qui engage.
6. guide_annonce_diagnostic_psychiatrique_2022 .pdf [Internet]. [cité 11 juin 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/guide_annonce_diagnostic_psychiatrique_2022-10-06_17-05-43_921.pdf
7. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 1 août 2000;5(4):302-11.
8. Mills LM, Cate OT, Boscardin C, O'Sullivan PS. Breaking Bad News to Learners: How Well Does the SPIKES Clinical Model Translate? *Perspect Med Educ*. 2024;13(1):684-92.
9. Teike Lüthi F, Cantin B. Annonce de mauvaises nouvelles : une pointe d'EPICES dans l'apprentissage. *Rev Médicale Suisse*. 2011;7(277):85-7.
10. Fiche_EPICES.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2025]. Disponible sur: https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/Employes_medecins/Formations/Fiche_EPICES.pdf
11. Hauk H, Bernhard J, McConnell M, Wohlfarth B. Breaking bad news to cancer patients in times of COVID-19. *Support Care Cancer*. août 2021;29(8):4195-8.
12. Gonçalves Júnior J, Nascimento TGL do, Pereira MM de M, Moreira EB. Changes in Communicating Bad News in the Context of COVID-19: Adaptations to the SPIKES Protocol in the Context of Telemedicine. *Front Psychiatry*. 23 nov 2020;11:599722.

13. Calton BA. Supportive Strategies for Breaking Bad News via Telemedicine. *The Oncologist*. 1 nov 2020;25(11):e1816-e1816.
14. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. 2020 [cité 11 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>
15. Journal officiel de la République française - N° 59 du 10 mars 2020 [Internet]. [cité 7 juill 2025]. Disponible sur: https://www.snorl.org/wp-content/uploads/2020/03/joe_20200310_nouv-r%C3%A8gles-telemedecine.pdf
16. Carrillo de Albornoz S, Sia KL, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Fam Pract*. 19 janv 2022;39(1):168-82.
17. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie covid-19 [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201162-te%CC%81le%CC%81consultation-BAT.pdf>
18. Les téléconsultations [Internet]. [cité 11 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-04/20250408-Teleconsultations.pdf>
19. Divisia B; Z Frédéric. Comment la téléconsultation modifie-t'elle la relation médecin patient ? exploration de la perspective patient par une étude qualitative [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6q23zq2>
20. Oikonomidi T, Ravaud P, Barger D, Tran VT. Preferences for Alternative Care Modalities Among French Adults With Chronic Illness. *JAMA Netw Open*. 29 déc 2021;4(12):e2141233.
21. Téléconsultation en ORL : enquête de satisfaction en période pandémique COVID-19 - PMC [Internet]. [cité 14 juin 2025]. Disponible sur: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7298459/?utm_source=chatgpt.com
22. Chevalier J. Téléconsultations et consultations téléphoniques au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Bordeaux lors du premier confinement lié à la pandémie COVID-19: perception de l'utilisation de ces moyens de consultation à distance par les patients et par les professionnels de santé. :83.
23. Mauvaise nouvelle HAS VF [Internet]. [cité 7 juill 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaise_nouvelle_vf.pdf
24. DRUEL .V, GIMENEZ .L, PARICAUD .K, BOUSSIER .N, ROUGEBUGAT .ME. Revue Médecine Hospitalière. [cité 11 juin 2025]. L'annonce d'une « mauvaise nouvelle », ses différentes composantes. Disponible sur: <http://www.revue-medecinehospitaliere.fr/parutions/volume-2-2018/l-annonce-d-une-mauvaise-nouvelle-ses-diff%C3%A9rentes-composantes/>
25. Doctor delivers end-of-life news via « robot, » leaving family frustrated [Internet]. USA TODAY news. California hospital; 2019. Disponible sur:

<https://eu.usatoday.com/story/news/nation/2019/03/09/california-hospital-robot-delivers-end-life-news-family-outraged/3113760002/>

VI. **ANNEXES**

- **Guide d'entretien n°1**

Avant entretien : **Caractéristiques du médecin avant entretien :**

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice : milieu urbain, rural ou semi-rural
- Statut du médecin : libéral/salarié/remplaçant
- Type d'exercice : privée ou publique/cabinet individuel ou de groupe/maison de santé
- Durée d'exercice
- Modalité de prise de RDV (secrétariat/doctolib/Madeformed.)

Concernant la téléconsultation :

- Représente-t-elle une part importante de votre exercice ? nb /jour ? /semaine ?
- Quels sont les motifs rencontrés le plus souvent en téléconsultation ?
- Vous arrive-t-il de discuter de résultats d'examens complémentaires en TCG ?
- La part de téléconsultation a-t-elle varié dans votre exercice ces dernières années ? A votre avis pour quelles raisons ?

Entretien :

- Comment définissez-vous une mauvaise nouvelle en médecine générale ?
 - Est-ce une situation que vous rencontrez souvent dans votre exercice
- Avez-vous déjà été amené à discuter d'une mauvaise nouvelle en téléconsultation ?
 - Si oui, pouvez-vous me raconter une de ces consultations ? (Laisser le médecin s'exprimer) A partir de ce cas, faire développer ces points :

- Quel était l'environnement du patient pendant la téléconsultation ?
- Était-il accompagné ? Quel était votre environnement ?
- Du point de vue technique, avez-vous rencontré des difficultés ?
- Qu'est-ce que le patient connaissait de la situation avant l'annonce ?
- Quelle a été la réaction du patient ? - Quelle a été votre réaction en retour ?
- Qu'est-ce qui vous a posé difficulté ? - Qu'est-ce qui a facilité la consultation ?
- Quel a été votre ressenti à l'issue de cette TCG ?
- Qu'est-ce que vous auriez fait différemment ?
- Est-ce que cette situation a modifié votre façon d'exercer par la suite ?
- Est-ce que cette situation a modifié la relation avec votre patient selon vous ?
- Si non, avez-vous déjà été confronté à l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans une autre situation qu'en présentiel ? (téléphone, par l'intermédiaire d'une tierce personne, mail..)
 - Si non, pourquoi ?

Dernière question, suite à notre entretien quel est votre avis sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle en téléconsultation ?

- **Guide d'entretien n°2**

Avant entretien : **Caractéristiques du médecin avant entretien :**

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice : milieu urbain, rural ou semi-rural
- Statut du médecin : libéral/salarié/remplaçant
- Type d'exercice : privée ou publique/cabinet individuel ou de groupe/maison de santé
- Durée d'exercice
- Modalité de prise de RDV (secrétariat/doctolib/Madeformed.)

Concernant la téléconsultation :

- Représente-t-elle une part importante de votre exercice ? nb /jour ? /semaine ?
- Quels sont les motifs rencontrés le plus souvent en téléconsultation ?
- Vous arrive-t-il de discuter de résultats d'examens complémentaires en TCG ?
- La part de téléconsultation a-t-elle varié dans votre exercice ces dernières années ? A votre avis pour quelles raisons ?

Concernant l'annonce de mauvaise nouvelle :

- Comment définissez-vous une mauvaise nouvelle en médecine générale?
 - Est-ce une situation que vous rencontrez souvent dans votre exercice ?
 - Est-ce que ce sont les consultations que vous appréhendez ?
 - Pour quelles raisons ?

Concernant la mauvaise nouvelle en téléconsultation :

- Avez-vous déjà été amené à discuter d'une mauvaise nouvelle en téléconsultation ?

- Si oui, pouvez-vous me raconter une de ces consultations ? (Laisser le médecin s'exprimer) A partir de ce cas, faire développer ces points :
- Quel était l'environnement du patient pendant la téléconsultation ?
- Était-il accompagné ? Quel était votre environnement ?
- Du point de vue technique, avez-vous rencontré des difficultés ?
- Qu'est-ce que le patient connaissait de la situation avant l'annonce ?
- Quelle a été la réaction du patient ? - Quelle a été votre réaction en retour ?
- Qu'est-ce qui vous a posé difficulté ? - Qu'est-ce qui a facilité la consultation ?
- Quel a été votre ressenti à l'issue de cette TCG ?
- Qu'est-ce que vous auriez fait différemment ?
- Est-ce que cette situation a modifié votre façon d'exercer par la suite ?
- Est-ce que cette situation a modifié la relation avec votre patient selon vous ?
- Si non, avez-vous déjà été confronté à l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans une autre situation qu'en présentiel ? (Téléphone, par l'intermédiaire d'une tierce personne, mail.)
- Pouvez-vous me raconter la dernière en date ?
- Si non, pourquoi ?

Dernière question, suite à notre entretien quel est votre avis sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle en téléconsultation ?

- **Grille COREQ (Gedda,2015)**

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. **Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?** BRIOU Anne-Sophie
2. **Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ?** interne en médecine générale
3. **Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ?** médecin remplaçant non thésé
4. **Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ?** Femme
5. **Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?**
Aucune expérience

Relations avec les participants

6. **Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?** oui
7. **Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ?** les médecins interviewés savaient que la thèse portait sur le ressenti des médecins sur l'annonce de mauvaise nouvelle en téléconsultation.
8. **Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?** intérêt pour l'annonce de mauvaise nouvelle, relation médecin patient, et télémédecine

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? approche inspirée de la phénoménologie interprétative.

Sélection des participants

10. Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ? par effet boule-de-neige et parmi les connaissances personnelles de l'investigatrice.

11. Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ? Par téléphone.

12. Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 12 participants

13. Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? 6 personnes ont refusé de participer car n'était pas intéressé, n'avait pas de matière à discuter du sujet ou manquaient de disponibilité.

14. Cadre de la collecte de données : Où les données ont-elles été recueillies ?

10 entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des participants, 1 entretien a été réalisé dans un café, 1 entretien a été réalisé au domicile du participant.

15. Présence de non-participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? non

16. Description de l'échantillon Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? L'ensemble est participants travaillent en médecine générale libérale dans les Hauts-de-France. 5 médecins travaillent en MSP, 5 médecins travaillent en cabinet de groupe, 2 médecins travaillent en cabinet individuel. 1 médecin est remplaçant.

Recueil des données

17. Guide d'entretien : Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? non

18. Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? non

Enregistrement audio/visuel

19. Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données

? oui un enregistrement audio via l'application dictaphone du téléphone

20. Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après

l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Oui, un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche.

21. Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

22. Seuil de saturation : Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? La saturation des données a été atteinte à partir du 10ème entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés ensuite

23. Retour des retranscriptions : Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données : Combien de personnes ont codé les données ? 2

25. Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? oui

26. Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? oui

27. Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? aucun logiciel n'a été utilisé. Les données ont été gérées sur un document word.

28. Vérification par les participants : Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? non

Rédaction

29. Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour

illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? oui par des lettres.

30. Cohérence des données et des résultats : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? oui

31. Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? oui

32. Clarté des thèmes secondaires : Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? oui

AUTEURE : Nom : BRIOU

Prénom : Anne-sophie

Date de soutenance : 17 septembre 2025

Titre de la thèse : Vécu des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant l'annonce de mauvaises nouvelles en téléconsultation : Etude qualitative sur un échantillon de médecin généraliste

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : téléconsultation, annonce de mauvaise nouvelle, relation médecin-patient

Contexte : L'annonce de mauvaises nouvelles constitue un moment crucial de la relation de soin en médecine générale. Si des protocoles tels que SPIKES ont été largement étudiés en consultation présentielles, leur transposition à la téléconsultation demeure peu explorée. Or, ce mode de communication est devenu incontournable, confrontant les praticiens à des enjeux relationnels et communicationnels nouveaux.

Objectif : Cette recherche vise à analyser le vécu des médecins généralistes lors de l'annonce de mauvaises nouvelles en téléconsultation, à identifier les difficultés rencontrées, et à dégager des pistes pour optimiser cette pratique.

Méthode : Etude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative menée auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France recourant à la téléconsultation, à partir d'entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des données.

Résultats : Douze entretiens ont été réalisés. Les médecins expriment une réticence initiale à utiliser la téléconsultation pour annoncer une mauvaise nouvelle, reflet d'une norme professionnelle qui privilégie le face-à-face. Les limites rapportées concernent principalement la perte de signaux non verbaux et l'impossibilité de gestes de soutien physique, compliquant l'ajustement du discours. Certains soulignent que l'annonce à distance, lorsqu'elle est conduite avec empathie et disponibilité, peut renforcer la confiance et éviter au patient de rester seul avec ses angoisses. La téléconsultation est perçue comme une modalité imposée par des contraintes externes, mais parfois acceptable, notamment sur demande du patient, en cas d'impossibilité de déplacement ou comme étape préparatoire à une rencontre ultérieure en cabinet.

Conclusion : Cette étude met en lumière l'ambivalence des médecins généralistes face à l'annonce de mauvaises nouvelles en téléconsultation : pratique perçue comme imparfaite mais parfois utile. Si l'idéal demeure l'annonce en présentiel, l'évolution des pratiques laisse envisager une place croissante de la téléconsultation, sous condition d'un accompagnement approprié et d'une formation spécifique des praticiens.

Composition du Jury :

Président : Pr Florence RICHARD

Assesseurs : Dr Ludovic WILLEMS

Directeur de thèse : Dr Pierre-François ANGRAND