

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2021

N° : 71

THESE

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État

Mention D.E.S. de Médecine Générale

PAR

Frédéric HOMMES

Né le 6 août 1988 à Mulhouse

Titre de la thèse

L'après covid : quelle place pourrait occuper la téléconsultation en médecine générale ?

Président de thèse : Professeur Yves HANSMANN

Directeur de thèse : Docteur Yves MERLE



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GALY Michaël

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(2001-2011)** M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)



A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François PO216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	42.01	Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00	Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01	Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02	Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04	Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01	Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01	Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre		45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre		50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC		44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre		54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim		54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre		47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil		45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil		48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre		54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC		44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

Lc

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à 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 les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de thèse pour ses conseils avisés et sa sollicitude.

Je remercie le président et les membres du jury d'avoir bien voulu accepter d'examiner ce travail.

Je remercie les médecins qui se sont prêtés avec beaucoup de gentillesse aux entretiens liminaires.

À la mémoire de ma mère,

À mon père,

À ma bien-aimée,

À mes amis.

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme »

RABELAIS, *Pantagruel*, chapitre VIII

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	22
A. Éléments de définition	22
B. Des impératifs démographiques.....	23
C. Développement de la téléconsultation : des débuts timides.....	26
D. Pandémie de Covid-19 : l’explosion du recours à la téléconsultation	28
E. Une pratique qui semble s’installer : quelle place lui accorder ?.....	30
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	32
A. Type d’étude	32
B. Grille d’entretien	32
C. Recrutement	33
D. Échantillon	33
E. Recueil des données	34
F. Analyse des données	35
G. Cadre éthique et juridique	36
III. RÉSULTATS	37
A. Avant la pandémie de Covid-19.....	37
1. Un usage confidentiel et des avis mitigés	37
2. Des représentations hétéroclites.....	37
B. Durant la pandémie de Covid-19	38
1. Impacts de la pandémie.....	38
2. Situations propices, situations inadaptées : absence de consensus	39
3. Des ressentis singuliers	41
4. Des avantages : gain de temps et cadre reconnu.....	42
5. Des freins à l’utilisation	43
6. Moyens technologiques utilisés	45
7. Un intérêt inégal parmi les patients.....	45
8. Changements dans l’organisation de l’activité	46
C. Après la pandémie de Covid-19.....	47
1. Situations propices, situations inadaptées : toujours pas de consensus, mais de nouvelles pistes.....	47
2. Technologie à privilégier : les avis divergent	48

3.	Arguments en faveur d'une pérennisation	49
4.	Raisons invoquées contre la poursuite	50
5.	Ce qu'il faudrait développer	51
6.	Controverse à propos d'une plateforme unique de téléconsultation gérée par l'État	52
7.	Mesures qu'il y aurait lieu de prendre	53
IV.	DISCUSSION	55
A.	Discussion de la méthode.....	55
1.	Forces de l'étude	55
2.	Limites de l'étude.....	56
B.	Discussion des résultats à la lumière de la littérature <i>ad hoc</i>	58
1.	Relation médecin-malade.....	58
a)	Un appauvrissement relationnel.....	58
b)	Par téléphone : une relation réduite comme peau de chagrin	59
c)	La vidéo : un moyen qui laisse à désirer	60
d)	Téléconsultation : malgré tout, des avantages	62
2.	Modes de recours à la téléconsultation	64
a)	De l'importance du respect du parcours de soins	64
b)	CPTS et DMP : une réponse adaptée aux demandes hors parcours.....	66
c)	Plateforme de téléconsultation unique gérée par l'État : une solution d'avenir ?.....	68
3.	Des inégalités persistantes : un virage à prendre	70
4.	Collaboration avec le personnel paramédical	73
a)	Moins d'écueils techniques, plus d'examen physique	74
b)	Prise en charge collégiale, centrée sur le patient : un atout pour les patients « chroniques »	77
c)	Libérer du temps médical pour plus d'efficacité : un objectif à atteindre	79
d)	Le cas particulier des EHPAD	81
5.	Un cadre réglementaire mal connu	82
a)	Téléconsultation par téléphone : un usage trop répandu.....	83
b)	Pour la fin du remboursement à 100%.....	85
c)	La sécurité des données médicales encore loin d'être assurée.....	86
d)	De l'intérêt d'une formation au bon usage de la téléconsultation.....	88
V.	CONCLUSION	91
VI.	BIBLIOGRAPHIE	96

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures :

Figure 1 : « Évolution du nombre de médecins actifs et retraités entre 2010 et 2020 », en valeurs absolues (source : Atlas de la démographie médicale en France, 2020, CNOM).....	24
Figure 2 : « Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 », en valeurs absolues (source : Atlas de la démographie médicale en France, 2020, CNOM)	24
Figure 3 : « Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 », en valeurs absolues (source : Atlas de la démographie médicale en France, 2020, CNOM)	25
Figure 4 : « Répartition des consultations en fonction de la typologie de densité » (source : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ; Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, CNAM).....	71
Figure 5 : « Répartition des téléconsultations en fonction de la typologie de densité » (source : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ; Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, CNAM).....	72

Tableaux :

Tableau 1 résumant les données sociologiques de la population étudiée	34
Tableau 2 « Fiche pratique “La téléconsultation en médecine de premier recours” » (source : Collectif « Téléconsultation », teleconsultez.fr, 2020, SFMG, Catel, CompuGroup Medical).....	89

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

BIU : Bibliothèque Interuniversitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

ECG : Électrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESP : Équipe de Soins Primaires

ETAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé

GAFA : Google, Apple, Facebook, Amazon

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PACS : *Picture Archiving and Communication System*, système d'archivage et de transmission d'images

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

TCAM : Taux de Croissance Annuel Moyen

I. INTRODUCTION

A. Éléments de définition

Le concept de « télémédecine » est défini pour la première fois en 2009 en droit français comme terme générique désignant l'ensemble des « actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication »¹. Ceux-ci sont au nombre de cinq² :

- la **téléconsultation**, objet particulier de notre étude. Elle permet à un professionnel médical (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme) de faire consulter un patient à distance, avec l'assistance, au besoin, d'un professionnel de santé sur place,
- la **téléexpertise**, qui offre la possibilité à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un autre professionnel médical pour sa compétence particulière,
- la **télesurveillance médicale**, qui permet à un professionnel médical l'interprétation à distance de données relatives au suivi d'un patient, le relevé ainsi que la transmission de ces dernières se faisant soit de façon automatique, soit par le patient, soit par un professionnel de santé,
- la **téléassistance médicale**, dont le principe est de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un professionnel de santé dans la réalisation d'un acte,
- la **réponse médicale**, qui concerne le cadre restreint de la régulation des appels passés auprès du SAMU ou des centres 15.

B. Des impératifs démographiques

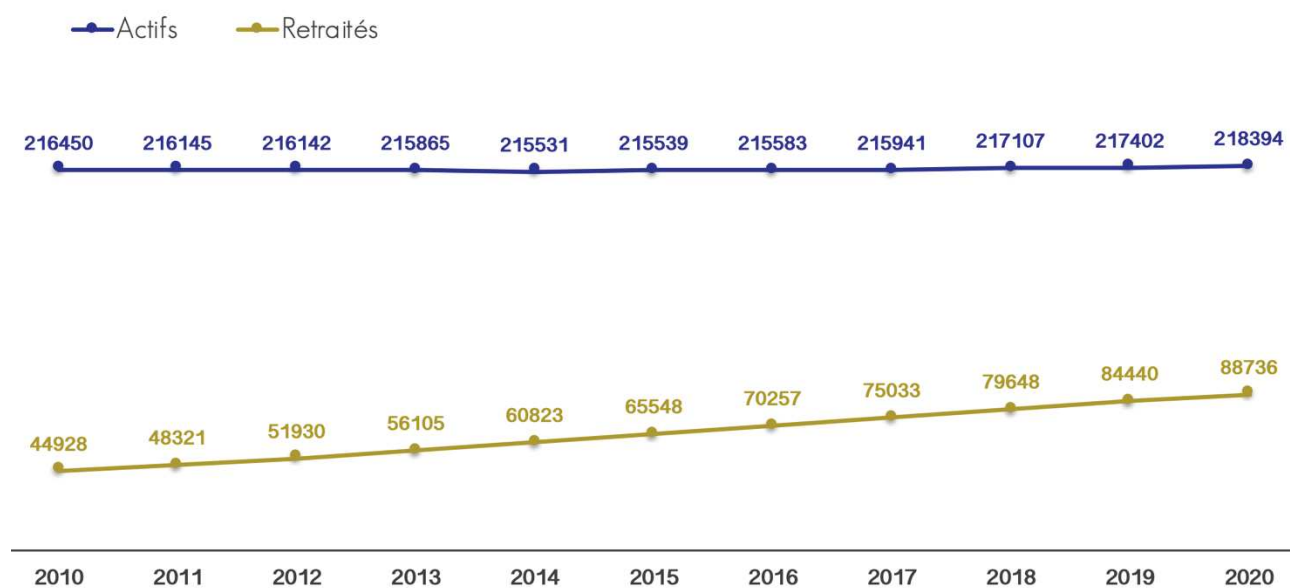
Les pouvoirs publics français, sous l'égide de la Commission européenne, ont poussé au « déploiement opérationnel » de la télémédecine et, plus particulièrement, de la téléconsultation ³, arguant que, sans pour autant se substituer aux actes « présents », elle constituerait tout à la fois un moyen de répondre au vieillissement de la population, d'optimiser le suivi des pathologies chroniques et d'améliorer l'accès aux soins dans les zones fragiles ⁴.

En effet, force est de constater que depuis plusieurs décennies, la demande en soins augmente plus vite que l'offre.

En seulement vingt ans, l'espérance de vie à la naissance des Français est passée de 75,3 ans à 79,8 ans, celle des Françaises de 82,8 ans à 85,7 ans ⁵. Si l'on peut, bien sûr, se réjouir de ces chiffres, il ne faudrait cependant pas omettre de préciser que la proportion de personnes d'au moins 65 ans est passée, sur la même période, de 15,8% à 20,5% et pourrait atteindre 28,7% en 2070, quand la proportion de celles âgées de moins de 20 ans recule : 25,3% en 2000, 23,7% aujourd'hui, et, conjecturalement, 21,3% en 2070 ⁶. De plus, si l'espérance de vie à la naissance poursuit sa croissance, l'espérance de vie à la naissance « en bonne santé », quant à elle, stagne, traduisant une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques : à ce jour, selon l'indicateur retenu, il y aurait 10,7 millions (nombre d'assurés en ALD) à 20 millions (estimation issue du rapport « charges et produits » de la CNAM) de personnes souffrant d'au moins une affection chronique. Ces chiffres sont en hausse constante ⁷. Voici pour la demande de soins.

Concernant l'offre, les chiffres paraissent de prime abord encourageants ⁸ : au 1^{er} janvier 2020, on dénombrait 307.130 médecins en France, soit 17,5% de plus qu'en 2010. Mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit que, sur ladite période, c'est le nombre des retraités actifs qui a bondi (+ 225,8%) et celui des médecins en activité intermittente (principalement les remplaçants) qui a augmenté (+ 45,9%) : le nombre de médecins en activité régulière, lui, a diminué (-1,0%).

Figure 1 : « Évolution du nombre de médecins actifs et retraités entre 2010 et 2020 », en valeurs absolues (source : Atlas de la démographie médicale en France, 2020, CNOM)



La situation est encore plus patente lorsqu'on s'intéresse aux seuls médecins généralistes en activité régulière: ils étaient 86.102 en 2020, soit 8,7% de moins qu'en 2010, et la tendance pour les années à venir est sans appel.

Figure 2 : « Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 », en valeurs absolues (source : Atlas de la démographie médicale en France, 2020, CNOM)

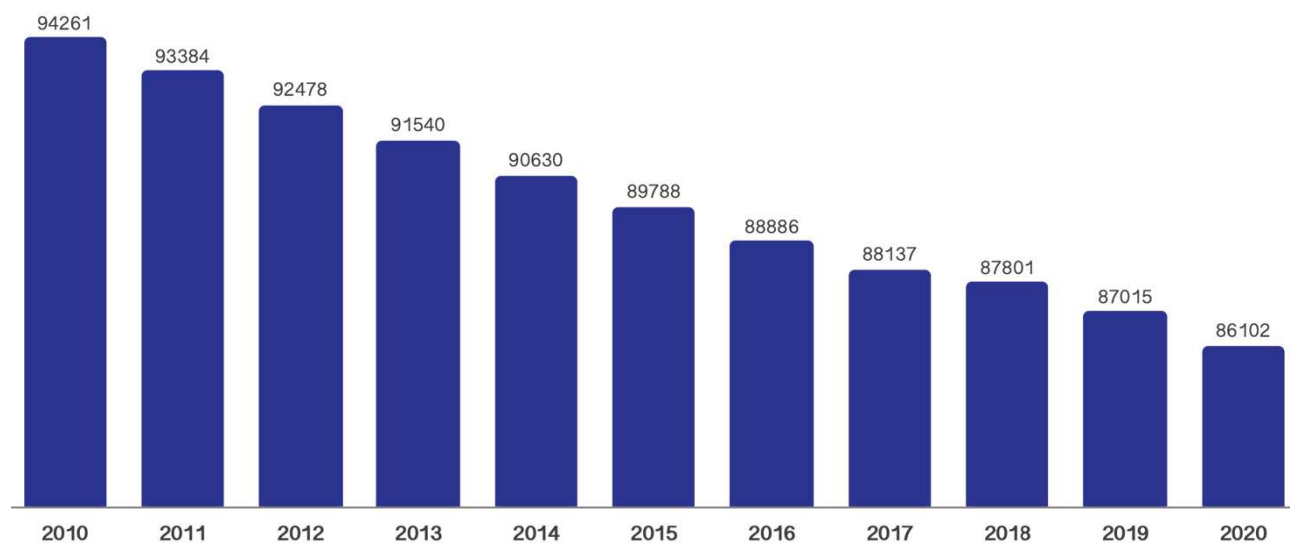
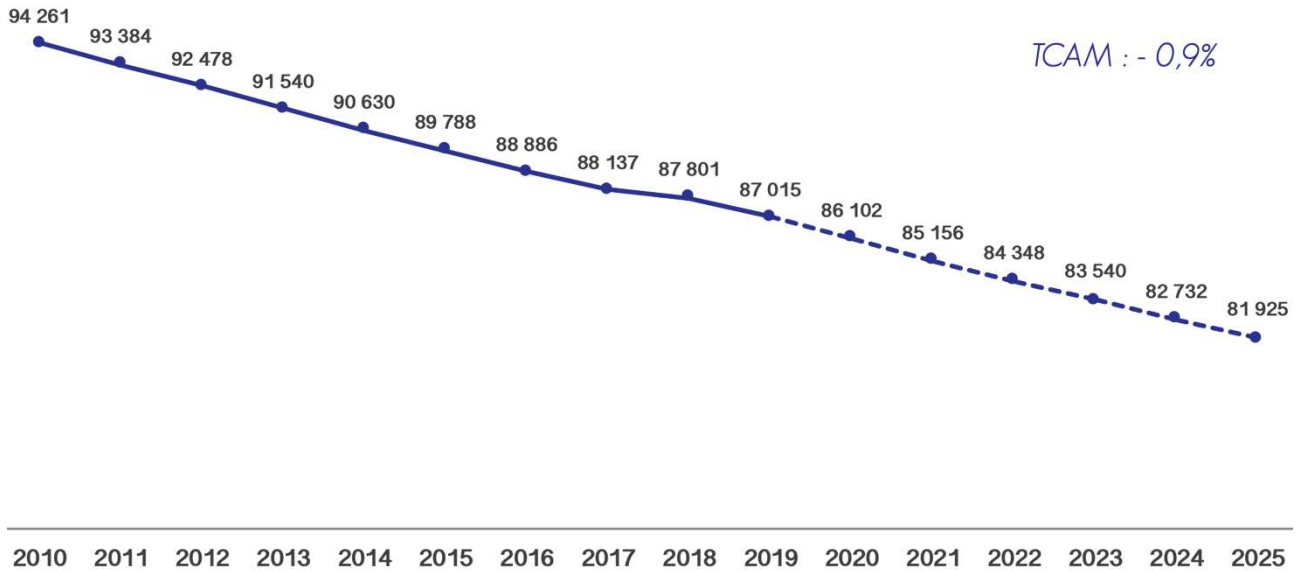


Figure 3 : « Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 », en valeurs absolues (source : Atlas de la démographie médicale en France, 2020, CNOM)



L'âge moyen des médecins en France est de 56,2 ans, les moins de 40 ans et les plus de 60 ans représentant respectivement 19,1% et 47,3% des effectifs.

En s'attachant plus spécifiquement aux données démographiques médicales en Alsace, on constate que, si la densité médicale y est globalement plus élevée (quatrième région, avec 371,5 médecins en activité régulière pour 100.000 habitants), les tendances décrites *supra* sont les mêmes et, concernant la médecine générale particulièrement, d'importantes inégalités sautent aux yeux.

Ainsi, en se référant à l'« accessibilité potentielle localisée » ou APL (indicateur plus précis que la densité géographique moyenne, exprimé en nombre de consultations accessibles par habitant standardisé, calculé à l'échelle communale et prenant en compte non seulement le niveau d'activité des médecins généralistes en exercice, mais également le niveau de la demande de soins de la population locale et la structure d'âge de celle-ci), on remarque qu'elle est maximale dans la métropole de Strasbourg (fourchette la plus haute au rang national : 4,1-28,7) et minimale en Alsace bossue, dans l'extrême nord-est autour de Lauterbourg, dans une grande partie du Sundgau et dans la plaine autour de Fessenheim (fourchette la plus basse au rang national : 0-2,2). Par ailleurs, 40% des médecins généralistes alsaciens sont installés dans les trois principales villes (Strasbourg, Mulhouse, Colmar) qui, pourtant, ne concentrent que 25% de la population régionale⁹.

L'analyse des aspirations des jeunes médecins permet différentes supputations quant à l'orientation que pourrait prendre la médecine dans un futur proche ¹⁰. Si 75% des internes déclarent vouloir exercer en libéral, les chiffres des primo-inscriptions au tableau de l'Ordre ne témoignent pas du même penchant : seuls 12% optent pour le libéral, quand 23% sont remplaçants et 62% salariés. Après 5 ans d'activité, les libéraux ne sont que 35%. Les déterminants qu'ils invoquent pour expliquer cet écart sont avant tout géographiques (qualité des services publics en place, proximité familiale, lieu d'exercice du conjoint) et professionnels : ils souhaitent des horaires ainsi qu'un rythme de travail modérés, et, pour 72% d'entre eux, exercer au sein d'une association ou d'une maison de santé pluri-professionnelle, tandis que seulement 3% envisagent de travailler seuls.

Enfin, en se penchant sur les pratiques des médecins généralistes au cours des vingt dernières années, on observe que le nombre de visites à domicile a diminué d'environ 60% au cours de la première décennie ¹¹. Cette baisse s'est accélérée durant la deuxième décennie : 70% de visites en moins. Longtemps, le nombre total de consultations est malgré tout resté stable, laissant croire à un changement de paradigme plus qu'à une réelle diminution de recours aux soins, mais depuis quelques années, ce nombre tend aussi à s'infléchir : les médecins généralistes voient moins de patients, ce qui semble paradoxal lorsqu'on sait que la demande de soins, comme nous l'avons vu précédemment, ne fait qu'augmenter ¹².

C. Développement de la téléconsultation : des débuts timides

Devant cet état de fait, différentes lois ont été votées dans le but de développer la télémédecine. Parmi elles, on retiendra la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2014 qui autorise l'expérimentation de la pratique de télémédecine, dans un cadre très restreint, pour une durée de 4 ans dans 9 régions, dont l'Alsace : c'est le programme ETAPES ¹³. Au fil des cahiers des charges et de la parution des décrets *ad hoc*, le champ d'application de ces mesures a été progressivement élargi. La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2017 étend le dispositif à l'ensemble du pays ¹⁴.

La téléconsultation entre dans le droit commun à l'occasion de la signature, en juin 2018, de l'avenant n°6 à la convention médicale de 2016 entre les syndicats de médecins et l'Assurance Maladie. Son remboursement – à la même hauteur que celui d'une consultation dite « présenteielle » – est effectif à partir du 15 septembre 2018, sous réserve de conformité avec des conditions de réalisation bien précises ¹⁵:

- respect du parcours de soins habituel (les spécialités de recours direct que sont la gynécologie, l'ophtalmologie, la psychiatrie, la pédiatrie et la stomatologie ne sont donc pas concernées),
- consultation « présenteielle » dans l'année précédant la téléconsultation,
- vidéotransmission obligatoire « dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées » à la situation clinique du patient.

Les seules exceptions à ces conditions concernent les patients âgés de moins de 16 ans et ceux n'ayant pas déclaré de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible « dans un délai compatible avec leur état de santé ». Dans ces cas, le médecin téléconsultant doit relever du cadre d'une organisation territoriale (CPTS, ESP, MSP...), ce qui exclut le recours désordonné à des médecins installés dans une région lointaine, voire à l'étranger.

Malgré plusieurs campagnes d'information, l'emploi de la téléconsultation par des médecins généralistes est tout d'abord resté confidentiel, comme en attestent les chiffres de l'Assurance Maladie, qui qualifie de « montée en charge progressive » un phénomène pourtant modeste, puisque 6 mois après l'ouverture au remboursement seulement 700 téléconsultations hebdomadaires – dont 40,2% en médecine générale – sont recensées sur tout le territoire, contre 200 initialement ¹⁶. Différentes raisons à cet insuccès sont avancées. Pour certains, elles seraient soit d'ordre technologique, du fait d'une couverture numérique insuffisante et d'un retard dans la généralisation du DMP, ou d'ordre juridique, de par l'absence de dématérialisation des prescriptions et du flou entourant la responsabilité incombant à chacun des acteurs, ou encore d'ordre politique, considérant que les moyens mis en œuvre seraient insuffisants ¹⁷. Pour d'autres, enfin, le défaut d'enthousiasme serait lié à l'absence de besoin ressenti : « Le développement des pratiques de télémédecine repose sur la jonction entre une opportunité technologique et le besoin d'un groupe d'acteurs. Ce besoin doit être

suffisamment clair et substantiel pour que s'engage un processus d'apprentissage et de développement de nouvelles pratiques médicales »¹⁸. Quoi qu'il en soit, l'usage de la téléconsultation reste marginal en médecine générale.

D. Pandémie de Covid-19 : l'explosion du recours à la téléconsultation

En décembre 2019, une épidémie de coronavirus Sars-CoV-2 touche la ville de Wuhan en Chine centrale et se propage rapidement à travers le monde : le 11 mars 2020, l'état de pandémie est déclaré par l'Organisation Mondiale de la Santé. En France, alors que le nombre de cas ne cesse de croître et qu'on assiste à un début d'engorgement des établissements de santé, des mesures de confinement général sont instaurées le 17 mars pour une période initiale de deux semaines, plusieurs fois prorogée par la suite – pour atteindre une durée totale de 55 jours – en raison, notamment, d'un taux d'occupation des lits de réanimation restant à un niveau alarmant. Le confinement d'une part et les interventions répétées du gouvernement invitant les personnes porteuses de symptômes compatibles avec un tableau de Covid-19 à ne pas se rendre chez leur médecin, d'autre part, ont entraîné une chute brutale de la fréquentation des cabinets de médecine générale alors même que les besoins de soins en rapport avec le coronavirus allaient, bien sûr, croissant, que les autres pathologies aiguës n'avaient pas disparu pour autant et que les patients souffrant d'affections chroniques ne pouvaient pas surseoir indéfiniment à leur suivi habituel.

Dès le début du mois de mars, les pouvoirs publics ont largement promu la téléconsultation, à la fois auprès de la population générale¹⁹, mais aussi et surtout auprès des médecins, la présentant comme « une solution de continuité des soins, de [leur] activité et de la limitation des risques évitables de propagation du coronavirus au sein des cabinets libéraux et des centres de santé »²⁰. Ainsi, l'Assurance Maladie, pour parer au plus urgent, a-t-elle assoupli temporairement les règles de facturation et les modalités d'utilisation de la téléconsultation²¹.

Désormais, et pour une durée limitée dans le temps, tous les actes de téléconsultation donnent droit à un remboursement à hauteur de 100% de la part de l'Assurance Maladie. Lorsque le motif n'est pas en lien direct

avec le coronavirus, les règles relatives à l'avenant n°6 à la convention médicale restent valables. Dans le cas contraire, les dérogations suivantes sont prévues²² :

- la primo-consultation de patients possiblement infectés par le coronavirus, ainsi que leur suivi, quand bien même le parcours de soins n'est pas respecté,
- l'utilisation d'interfaces vidéo dites « grand public », sans l'obligation de passer par des plateformes dédiées.

Une disposition temporaire – abrogée le 11 juillet 2020, mais rétablie le 17 octobre 2020 à la date du second décret de l'état d'urgence sanitaire – autorise également la réalisation d'une téléconsultation par simple appel téléphonique si, et seulement si :

- le patient est dans l'impossibilité d'utiliser une interface vidéo (soit parce qu'il réside dans une zone dite « blanche », c'est-à-dire insuffisamment couverte par le réseau des opérateurs mobiles, soit parce qu'il ne dispose pas du matériel nécessaire ou des connaissances techniques pour s'en servir),
- et si le motif de la consultation est en lien direct avec le coronavirus,
- ou si le patient appartient à une des catégories suivantes : ALD, âge supérieur à 70 ans, femme enceinte.

Il est intéressant de noter que, parallèlement à ces mesures d'exception, des plateformes privées de téléconsultation ont proposé leurs services gratuitement, nombre d'entre elles « pour la durée de l'épidémie »²³. L'épidémie traînant, la période de gratuité fut tout de même raccourcie... En tout état de cause, le contexte sanitaire, la mise en avant de la téléconsultation par les pouvoirs publics et les dérogations de circonstance ont été, pour certaines de ces entreprises, une opportunité inespérée de s'assurer une visibilité auprès des médecins et du public. Ainsi, « Doctolib », le géant de la prise de rendez-vous en ligne et de la « consultation vidéo », affirme dans une publication du 10 avril 2020 avoir réalisé plus d'un million de téléconsultations depuis le lancement de l'interface en janvier 2019 – dont 885.000 pour le seul mois de mars 2020 – et dénombrent 30.000 médecins libéraux pratiquant la téléconsultation début avril 2020, alors qu'ils n'étaient que 3.000 auparavant²⁴.

Même si les chiffres communiqués par une grande multinationale doivent être évalués avec prudence, leur ampleur a de quoi impressionner. Ils viennent, par ailleurs, s'inscrire dans une tendance globalement admise de « croissance exponentielle » du nombre de téléconsultations, comme en atteste l'Assurance Maladie²⁵. Car, alors que celle-ci en dénombrait moins de 10.000 par semaine début mars 2020, elle en signale 80.000 durant la semaine du 16 mars (début du confinement), puis 486.369 pendant celle du 23 mars. La croissance se poursuit : la semaine du 6 avril, plus d'un million de téléconsultations ont été facturées – soit 27% de l'ensemble des consultations – et plus de 80% d'entre elles ont été réalisées par des médecins généralistes, dans le respect du parcours de soins²⁶.

À l'issue du confinement de mars et avril 2020 et au vu des 5,5 millions de téléconsultations réalisées à cette occasion, on peut tenter d'analyser le profil des médecins généralistes et des patients y ayant eu recours avec une certaine représentativité statistique²⁷. Il appert que les médecins généralistes libéraux facturant des téléconsultations sont plus jeunes que la moyenne : la moitié d'entre eux a moins de 50 ans, alors que cette classe d'âge ne représente que 37% de leur effectif total. Chez les patients, d'ordinaire, le recours à la téléconsultation diminue fortement et régulièrement avec l'âge. En revanche, sur la période restreinte du confinement, ces chiffres ont transitoirement été bouleversés, les moins de 30 ans représentant alors seulement 19% des téléconsultations, quand 20% de celles-ci étaient faites chez des personnes âgées de plus de 70 ans. Selon toute probabilité, ces derniers pourcentages ne devraient pas être extrapolés au-delà du contexte épidémique actuel, qui amène les « personnes fragiles » – particulièrement les plus de 70 ans –, pour des raisons évidentes, à éviter les déplacements, notamment dans les cabinets médicaux. Par ailleurs, les patients en ALD sont proportionnellement moins nombreux à recourir à la téléconsultation.

E. Une pratique qui semble s'installer : quelle place lui accorder ?

On aurait pu penser – une fois la première « vague » de Covid-19 révolue et la population déconfinée – que l'utilisation de la téléconsultation deviendrait caduque dans un certain nombre de cas et qu'elle retrouverait, sinon le niveau négligeable qui était le sien avant la crise, du moins un niveau peu élevé. Or il n'en est rien.

Malgré l'annonce officielle faite dès le mois d'avril que les « assouplissements réglementaires » n'étaient pas appelés à rester en place ²⁸ et malgré le fait que la plupart des plateformes privées de téléconsultation ont peu à peu rendu leurs services payants, le nombre de téléconsultations ne s'est pas effondré, si bien que l'Assurance Maladie, dans son communiqué de presse du 16 septembre 2020 ²⁹ – soit 4 mois après la fin du premier confinement –, parle de la téléconsultation comme d'une « pratique qui s'installe dans la durée » et d'une « composante essentielle de l'offre de soins sur le territoire » ; les chiffres viennent à l'appui : 1,9 million de téléconsultations au mois de juin, certes, mais tout de même 650.000 au mois d'août ; 20% concernent des patients de moins de 30 ans, 20% des plus de 70 ans, et plus de 50% des médecins y ont toujours recours. On est donc loin des 10.000 téléconsultations hebdomadaires de début mars.

Rétrospectivement, il semble que Sylvie Fainzang – anthropologue et directeur de recherche à l'INSERM – avait raison lorsqu'elle déclarait, en mai 2020 : « La crise a boosté la télémédecine et celle-ci, après la pandémie, restera certainement dans les pratiques. Sur ce plan, la crise sanitaire aura été un accélérateur de l'histoire et ses effets sur la relation médecin-malade seront durables » ³⁰.

Face à ces données, alors que plus de la moitié des médecins généralistes ont désormais recours à la téléconsultation, il sera intéressant de se pencher sur ce phénomène nouveau et d'en discuter les tenants et aboutissants. Si un certain nombre de travaux ont déjà été menés au sujet de la télémédecine en général – et, plus rarement, de la téléconsultation en particulier –, aucun, à notre connaissance, ne s'est employé à examiner les contours de cette pratique pendant la crise sanitaire actuelle et l'avenir qu'elle pourrait avoir à l'issue de cette épreuve.

Par conséquent, nous nous proposons d'analyser, à la lumière du vécu singulier de médecins généralistes libéraux exerçant en Alsace, quel est le rapport qu'ils ont à la téléconsultation et quelle est la place qu'ils comptent accorder demain à cette pratique « à la fois sidérante d'efficacité et agaçante d'imperfections » ³¹.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude

Notre travail ayant trait à des comportements humains, guidés par des expériences individuelles et des ressentis propres – par définition subjectifs –, il nous a semblé opportun de mener une étude de nature qualitative, qui aboutira, de façon prévisible, à des résultats non quantifiables. Aussi, dans le but d'assurer aux participants une liberté de parole maximale et de créer, à travers cette ouverture, un environnement propice à l'émergence de nouveaux arguments, nous avons choisi de procéder à des entretiens individuels semi-structurés.

B. Grille d'entretien

Nous avons élaboré une grille d'entretien composée uniquement de questions ouvertes, non orientées, auxquelles ont été associées des questions de relance revêtant les mêmes caractéristiques, afin que les entretiens puissent se dérouler selon une trame préétablie tout en laissant libre cours aux déclarations de chaque participant. Toutefois, nous nous sommes réservé la faculté de nous écarter ponctuellement de cette grille fixe et d'embrancher sur certains propos inattendus, pour exploiter de nouvelles idées et faire émerger des thèmes innovants.

La grille a été mise à l'épreuve en amont avec un tiers, de manière à affiner les questions et à lever certaines ambiguïtés ou redondances.

Le nombre d'entretiens n'était pas arrêté *a priori* : nous avons choisi de les poursuivre dans la mesure où de nouveaux éléments de discussion s'en dégagèrent. Lorsque la « saturation de données » nous a semblé atteinte, c'est-à-dire lorsque le dernier entretien réalisé n'a pas apporté de nouvelle dimension, deux entretiens complémentaires ont encore été menés afin de confirmer ce constat ³².

C. Recrutement

Notre étude ayant pour population cible les médecins généralistes libéraux en Alsace, les seuls critères d'exclusion que nous ayons retenus sont au nombre de deux : ne pas être médecin, ne pas être installé en Alsace. Le fait de pratiquer – ou non – la téléconsultation n'était, bien sûr, pas un critère discriminant puisque tous les points de vue étaient bienvenus.

Le recrutement s'est fait sur le mode d'un échantillonnage non-probabiliste par réseau. En d'autres termes, nous avons fait appel à nos connaissances antérieures, à des personnes nous ayant été recommandées ou étant installées à proximité de notre lieu de travail du moment.

Nous avons contacté les éventuels participants par téléphone, en escomptant que ce moyen assurerait un taux de participation plus important qu'une demande adressée par courrier électronique. Sur 11 personnes approchées, 10 ont accepté, 1 a refusé pour des raisons de santé. Lors de l'appel téléphonique, seuls l'intitulé de l'étude et une description détaillée du *modus operandi* ont été communiqués. Les questions, quant à elles, n'ont pas été indiquées avant l'entretien.

D. Échantillon

Bien qu'une étude qualitative ne puisse prétendre à une quelconque forme d'objectivité, le but premier ayant inspiré notre échantillonnage était d'assurer une variation maximale des données sociologiques (cf. tableau n°1) afin que l'extrapolation de nos résultats à la population cible fût, en tout cas, la moins aléatoire possible.

La moyenne d'âge de l'échantillon retenu est de 43,9 ans ; le médecin le plus âgé a 61 ans, le plus jeune 32 ans, l'âge médian est de 38,5 ans. 70% des participants sont des hommes. 10% travaillent au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle, 30% exercent seuls et 60% sont en association avec un ou plusieurs confrères.

Concernant la répartition géographique : 70% sont installés en milieu rural, 30% en milieu urbain. Ils sont 70% à exercer dans le Bas-Rhin et 30% dans le Haut-Rhin. Tous disposent d'un cabinet informatisé et sont conventionnés secteur 1.

Tableau 1 résumant les données sociologiques de la population étudiée

	Âge	Sexe	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Département
A	39	H	Seul	Rural	Bas-Rhin
B	49	H	Association (2)	Rural	Bas-Rhin
C	36	H	Association (2)	Rural	Bas-Rhin
D	36	F	Association (3)	Rural	Bas-Rhin
E	61	F	Association (2)	Urbain	Bas-Rhin
F	34	H	Association (3)	Rural	Bas-Rhin
G	38	F	Association (2)	Rural	Haut-Rhin
H	55	H	MSP	Rural	Haut-Rhin
I	59	H	Seul	Urbain	Haut-Rhin
J	32	H	Seul	Urbain	Bas-Rhin

H = homme ; F = femme

Dans le cas d'un exercice en association, le chiffre entre parenthèse désigne le nombre total de médecins exerçant au sein du cabinet

MSP = maison de santé pluri-professionnelle

Les termes « urbain » et « rural » répondent à la définition qu'en fait l'INSEE³³. Ainsi, « urbain » désigne toute « zone bâtie peuplée d'au moins 2 000 habitants, telle qu'aucune construction ne soit distante de la plus proche de plus de 200 mètres », et « rural » toute zone ne répondant pas à la définition précédente.

E. Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés du 9 juillet au 1^{er} décembre 2020, aux dates et heures proposées par les différents participants lors de la prise de contact téléphonique, toujours en-dehors des créneaux de consultation et sans limite de temps, afin de ne pas compromettre la qualité de l'échange par un traitement précipité des questions. L'endroit où devait se tenir l'entretien a été laissé à la discrétion de chaque participant : ils se sont principalement déroulés dans leur cabinet, parfois à leur domicile, et toujours dans un environnement propice à ce type d'exercice – sans source extérieure d'interruptions intempestives.

Comme nous l'avions d'ores et déjà fait lors de l'étape de recrutement, nous avons systématiquement et préalablement redemandé à chaque participant l'autorisation d'enregistrer la conversation au moyen d'un dictaphone, en précisant que ce procédé n'avait pour but que la retranscription exacte des *verbatim*, dont l'usage serait strictement réservé à l'élaboration de ce travail de thèse, que l'anonymat serait strictement préservé (non seulement l'identité du participant, mais aussi toute donnée géographique ou toute autre information qui, par recoupement, permettrait d'établir un quelconque lien avec sa personne), et que les bandes sonores seraient stockées de façon sûre et détruites immédiatement après soutenance. Tous ont donné leur accord oral.

Sans compter les discussions – avant et après entretien – dont le cadre dépassait, *stricto sensu*, celui du présent travail, la durée moyenne des entretiens était de 30 minutes (21 minutes pour le plus court, 42 minutes pour le plus long, avec une médiane de 28 minutes). La retranscription des *verbatim* s'est faite immédiatement après chacun d'entre eux afin d'inclure les éléments de communication non-verbale qui, bien que limités par le port du masque consécutif au contexte épidémique de Covid-19, ont été minutieusement explicités entre parenthèses. Certains commentaires de circonstance ont été ajoutés, soit pour assurer au lecteur une meilleure compréhension lorsque les propos font recours à l'implicite ou au sous-entendu, soit pour apporter une précision nécessaire, lorsque le non-dit dépasse le cadre de la communication non-verbale.

F. Analyse des données

Après chaque retranscription, une analyse thématique des données a été réalisée en deux temps : d'abord une décontextualisation, appelée « codage »³², au cours de laquelle les différents mots et ensembles de mots des *verbatim* ont été classés en thèmes et en sous-thèmes. Ensuite, une phase de recontextualisation visant à structurer les différents thèmes en un système logique. Nous n'avons, pour ce faire, pas jugé nécessaire l'utilisation d'un logiciel spécifique : plusieurs phases de lecture et de classement des idées, associées à un deuxième codage effectué par un tiers, ont permis d'aboutir à une codification détaillée.

Concernant la recherche bibliographique, nous avons essentiellement recouru à la littérature grise ³², par le biais, notamment, de la BIU Santé, du SUDOC, du portail Cairn, ainsi que des sites de référence dans le domaine de la santé : la HAS, la CNAM, l'INSEE, le CNOM, les différents sites gouvernementaux (Légifrance, Ministère de la Santé et des Solidarités, DGOS, etc.). Nous avons également assuré une veille documentaire active pendant toute la durée de notre travail, du 11 mai 2020 au 1^{er} mars 2021, afin de nous tenir informé des dernières données relatives à la téléconsultation. À cette fin, nous nous sommes employé à réaliser une recherche systématique sur lesdits sites en utilisant comme mots clés « téléconsultation, télémédecine, Covid-19, médecine générale ».

G. Cadre éthique et juridique

Sur les plans éthique et réglementaire, la présente étude – de par la nature de la problématique posée, du profil des personnes interrogées et de l'absence de données dites « sensibles » – n'entre pas dans le champ d'application de la loi Jardé ³⁴. Aussi, la soumission du protocole au CPP n'est pas requise ³⁵. Nonobstant les principes de précaution énoncés plus haut relatifs au stockage de nos données et à leur stricte anonymisation, la détention et l'utilisation d'informations personnelles concernant les participants de l'étude nous ont amené à en informer la CNIL qui, à travers son autorisation n°469 au registre des traitements mis en œuvre par l'université de Strasbourg, atteste de la conformité de notre travail aux impératifs en vigueur.

Par ailleurs, nous déclarons sur l'honneur n'avoir aucun lien d'intérêt avec une quelconque personne, physique ou morale, susceptible de remettre en cause la rigueur de ce travail et la véracité des propos qui s'y trouvent.

III. RÉSULTATS

A. Avant la pandémie de Covid-19

1. Un usage confidentiel et des avis mitigés

Sur les dix participants, sept n'avaient jamais recouru à la téléconsultation avant la crise (A, D, E, F, H, I, J) ; les trois autres s'en étaient servis ponctuellement (B, C, G), l'un d'eux à une seule occasion (B). La pratique était donc marginale.

En réponse à la question de savoir ce qu'ils pensaient de la téléconsultation avant la pandémie de Covid-19, aucun des participants n'a adopté de position véritablement tranchée : certains étaient plutôt pour – notamment les trois médecins ayant déjà utilisé ce moyen –, aucun n'était foncièrement contre, mais la majorité avait un avis mitigé, laissant entendre que cette pratique, dont l'intérêt semblait discutable, servirait au mieux de « béquille » (F).

2. Des représentations hétéroclites

Il est par ailleurs intéressant de relever que la notion de téléconsultation avant la crise évoque en priorité, pour ceux n'en ayant pas encore fait l'expérience, un endroit proprement dédié à la téléconsultation [« lieu dédié » (B), « local » (D), « antenne de médecine » (F), « gros chariot de télémédecine » (H), « cabine de téléconsultation » (I)] et non la téléconsultation « ordinaire » se déroulant entre un médecin dans son cabinet et un patient à son domicile *via* un média simple. Si un participant semble favorable à ce type d'infrastructures (B), les autres sont nettement plus dubitatifs, y voyant, pour les patients, un moyen inadapté à leurs besoins,

et, pour les médecins, une charge de travail supplémentaire, d'où une perte de temps (D, F, I) ; l'un d'entre eux, devant la complexité d'un tel dispositif, va jusqu'à parler d'une « usine à gaz » (H).

Concernant la téléconsultation « ordinaire » – sans local dédié –, les médecins l'ayant déjà utilisée se disent, pour deux d'entre eux, plutôt satisfaits (C, G). Le troisième, quant à lui, souligne les écueils d'ordre technique auxquels il a dû faire face (B). Pour les autres participants, non encore initiés à cette pratique, si ce mode de téléconsultation ne soulève pas l'enthousiasme, il jouit néanmoins d'une image moins dépréciée. Quoi qu'il en soit, l'expérimentation en matière de téléconsultation ayant été, selon les intervenants, nulle ou rudimentaire, il est difficile de définir d'emblée un profil d'utilisation à travers leurs réponses. Tout au plus peut-on retenir que la téléconsultation serait davantage adaptée aux « déserts médicaux » (G), pour les patients jeunes (F), voire pour les patients âgés assistés par un tiers paramédical sur place, ou pour les résidents des EHPAD (B). Les indications cliniques, quant à elles, sont floues. Un certain nombre de freins sont signalés : les difficultés techniques liées au matériel ou à son utilisation (B, J), un examen clinique insuffisant (G, J), un manque de formation du tiers paramédical (B), des conditions de facturation et de remboursement perçues comme inappropriées (C, H) et, enfin, des demandes de la part des patients jugées inadaptées par leur nature ou leur nombre (J).

B. Durant la pandémie de Covid-19

Tous les médecins, à l'exception d'un (E), pratiquent la téléconsultation depuis le début de la pandémie, certains de façon sporadique (A, B, D, F, H), d'autres quasi quotidiennement (C, G, I, J).

1. Impacts de la pandémie

Les raisons pour lesquelles ils y recourent sont variées. Presque tous mettent en avant la prévention de la transmission du coronavirus [« aspect sanitaire » (A), « gestes barrières » (B), « éviter un mouvement de population » (D), « faire en sorte qu'il y ait le moins de personnes en salle d'attente possible » (G)]. D'autres motifs sont aussi évoqués, parmi lesquels la volonté de répondre à la demande grandissante des patients [« les

patients étaient demandeurs » (B), « Ce qui a changé avec le Covid, c'est l'effectif » (C)] et le besoin, plus prosaïque, de faire face à une baisse d'activité liée à la diminution brutale de l'affluence dans les cabinets [« le tout-venant ne venait plus » (B), « les salles d'attente étaient un peu désertées » (H), « Avec personne en salle d'attente, c'était pas possible » (I), « plus personne ne venait au cabinet » (J)]. Enfin, certains déclarent avoir simplement suivi leur propre « curiosité » (A, F) et pris le train en marche.

2. Situations propices, situations inadaptées : absence de consensus

L'utilisation régulière de la téléconsultation par la plupart des médecins durant la pandémie a permis à chacun d'entre eux, par son expérimentation singulière, de préciser les situations cliniques pour lesquelles cet outil est adapté et, à l'inverse, dans quel contexte il semble inapproprié.

On note cependant que d'une part il est malaisé pour la majorité des participants de désigner un ou plusieurs champs d'application de la téléconsultation, le caractère unique de chaque patient et de chaque situation clinique étant régulièrement mis en avant (F, H, J), et que d'autre part ce qui pour certains paraît être une bonne indication ne l'est pas pour d'autres.

Ainsi apparaissent diverses discordances concernant la place à laisser à la téléconsultation dans la prise en charge des patients atteints par le coronavirus – ou suspectés de l'être. Pour certains, outre le fait de permettre une protection du médecin et une limitation de la propagation du virus (A, C, D, F, G, H), la téléconsultation représente un moyen adéquat pour tout à la fois répondre aux questions des patients ayant trait à la pandémie, effectuer une consultation d'annonce dans le cadre du dispositif « contact tracing » prévu par l'Assurance Maladie ³⁶, assurer le suivi individuel des patients atteints, ou encore évaluer, le cas échéant, la gravité de l'atteinte respiratoire. Pour d'autres, en revanche, tant la primo-consultation que le suivi des patients infectés ne peuvent se résumer à une évaluation à distance et nécessitent un examen clinique en bonne et due forme [« j'étais quand même plus rassuré de les avoir vus physiquement une première fois » (F), « Dans les Covid, nous au cabinet, on les fait venir quand même » (G)].

Pour le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, également, la téléconsultation est loin de faire consensus. Lorsque certains y voient une opportunité propice au renforcement des mesures d'éducation thérapeutique, voire une possibilité d'espacer les visites à domicile, sans y surseoir durablement [« je les vois une fois sur deux » (G), « ça permettrait de décaler une fois, mais on ne peut pas passer complètement à ça » (H)], d'autres y décèlent des limites fondées d'une part dans le fait qu'il s'agit, bien souvent, de patients âgés pour qui la téléconsultation n'est pas considérée comme un dispositif adapté (E, F), et, d'autre part, dans l'absence d'un examen clinique réalisé dans des conditions satisfaisantes.

L'absence d'un examen clinique exhaustif est un argument plus communément avancé pour les pathologies de survenue aiguë, où la téléconsultation est vue par la plupart comme une potentielle perte de chance pour le patient [« on peut, peut-être, passer à côté des choses » (I)]. Il faut toutefois nuancer ce propos : si certaines pathologies aiguës sont jugées potentiellement graves [« toute douleur thoracique, toute dyspnée, toute douleur abdominale, toute fièvre » (G)] et excluent donc le recours à la téléconsultation dans de pareilles circonstances, d'autres situations cliniques, perçues comme moins préoccupantes, sont retenues par certains comme compatibles avec une prise en charge à distance [« la cystite simple » (E), « la petite problématique d'infection d'hiver » (F), « la gestion de la douleur » (G), « un patient allergique qui a des symptômes qu'il a déjà eus » (I)]. Par ailleurs, la téléconsultation est décrite par d'autres comme un outil exploitable pour clarifier une situation possiblement urgente [« ça peut permettre de faire le tri » (H)].

Plusieurs médecins ont évoqué la dermatologie comme indication idoine (B, G, I), expliquant notamment qu'il y a « rarement quelque chose d'absolument grave à éliminer » (G). Avec cela, la psychiatrie est également présentée par certains, au même titre que l'addictologie, comme pouvant relever d'une téléconsultation, particulièrement pour sa facilité d'accès [« quand elle avait des grosses crises d'angoisse, elle pouvait aussi prévoir une téléconsultation dans la journée en étant à 100km » (G)]. En revanche, il ressort que la téléconsultation ne répond pas aux exigences d'un examen pédiatrique (B).

Le renouvellement d'ordonnance, quel qu'il soit, est un motif souvent avancé. Pour les uns, il est l'indication type de la téléconsultation (B, D, E, G), avec en tête la contraception orale. Pour d'autres, au contraire, un renouvellement doit systématiquement être précédé d'un examen clinique, celui-ci étant non seulement

l'occasion d'une réévaluation de la pathologie en question, mais aussi, parfois, d'une découverte fortuite d'un signe silencieux pouvant révéler une autre affection [« tu tombes sur un truc... » (F)].

Concernant la prescription des arrêts de travail, on observe la même antinomie : si d'aucuns considèrent la téléconsultation comme un moyen adapté à cette fin (B, C), d'autres estiment qu'un examen clinique est indispensable, non seulement dans le cadre d'une prescription initiale, mais aussi pour une prolongation, afin d'évaluer l'état du patient et d'apprécier le bien-fondé de cette mesure (G).

Enfin, plusieurs médecins voient la téléconsultation comme un cadre propice à l'interprétation et à l'explication des résultats d'examens complémentaires préalablement prescrits (G, I, J). Un participant insiste cependant sur la difficulté de compréhension que certains patients peuvent rencontrer et n'approuve pas de façon aussi catégorique le recours à la téléconsultation dans ce contexte (D).

Ainsi, même si quelques points semblent assez communément partagés, on se doit de constater que prévaut souvent une grande divergence de vues qui rend décidément impossible l'élaboration d'une liste précise des indications et contre-indications de la téléconsultation.

3. Des ressentis singuliers

Lorsqu'on demande aux médecins de décrire leur ressenti global lors des téléconsultations, plusieurs déclarent ne rien éprouver de particulier et n'avoir aucunement changé leur approche clinique (A, C, I). Et pourtant, pour d'autres, la téléconsultation est loin d'être assimilable à une consultation classique.

Exceptés un médecin rapportant, dans le contexte pandémique actuel, une amélioration de la qualité des échanges non-verbaux [« ce qu'on perd d'un côté on le gagne de l'autre, ne pas avoir de masque, finalement, c'est pas mal » (B)], et un autre percevant, çà et là, une parole de patients paradoxalement plus libre qu'en « présentiel » [« l'écran, pour certains patients, ça peut les inciter à se libérer » (J)], les participants déplorent en général un appauvrissement de la relation médecin-malade.

Ainsi, la téléconsultation peut être perçue comme une source de distanciation émotionnelle, ayant pour corollaire une surreprésentation du médecin, au détriment du patient qui se trouve écarté du cœur de la consultation [« le patient est peut-être moins à l'aise [...], le médecin peut être parfois un peu plus expéditif [...], il y a une distance qui s'installe » (E)].

Est évoquée aussi la crainte d'une automatisation des rapports et d'une dérive consumériste du soin [« y a quand même ce ressenti de “médecine de consommation”, de “drive” » (D)], tout comme celle d'une déshumanisation de la médecine [« À la limite, une téléconsultation, on peut vous mettre une intelligence artificielle » (E)].

Enfin, il est fait mention d'une tendance à la « surmédicalisation », imputable tantôt au patient [« ils ne seraient pas venus au cabinet pour ça » (J)], tantôt au médecin, conditionnant ainsi l'attitude thérapeutique de celui-ci [« les antibiotiques, je les ai plus faciles aussi. Je préfère couvrir » (J)].

4. Des avantages : gain de temps et cadre reconnu

Deux arguments régulièrement avancés pour défendre l'intérêt de la téléconsultation sont l'abolition de la distance géographique et le gain de temps qui en découle. Ces aspects profiteraient à la fois au patient [« pas besoin d'attendre en salle d'attente » (A), « il peut rester chez lui, tranquillement, faire autre chose en attendant le rendez-vous de téléconsulte » (D), (F)] et au médecin [« Y a un quart d'heure, vingt minutes de route, donc pour voir un seul patient, c'est un peu soulant » (B), (H)]. Un participant attribue le gain de temps non pas à la réduction du nombre de déplacements, mais à une durée de consultation plus courte (J).

Allant de pair avec ces bénéfices, d'autres avantages sont signalés. L'efficacité, d'abord. En effet, si le médecin perd moins de temps pour certaines choses, il en aura plus pour d'autres (H). Ensuite, la disponibilité du médecin serait augmentée, en raison, notamment, d'un délai de rendez-vous moins long et d'un emploi du temps modulable et complémentaire de celui de ses patients (C, G, H, J). Cette amélioration de l'accès aux soins permettrait en outre de répondre plus promptement à l'urgence dont relèvent certaines situations (H).

Par ailleurs, la téléconsultation est présentée comme un moyen accordant également au médecin les bienfaits d'un emploi du temps plus souple [« Je lui ai vite passé un coup de fil pour lui demander si on pouvait reporter » (G)] et permettant de concilier de façon plus harmonieuse son exercice professionnel et sa vie privée (D).

Autre intérêt, plusieurs fois cité : la téléconsultation constitue un nouveau cadre formel qui permet de répondre plus aisément aux nombreuses sollicitations des patients, induisant notamment la fin des appels intempestifs qui perturbent le bon déroulement des consultations, puisque les patients sont invités à prendre rendez-vous durant un créneau de téléconsultation plutôt qu'à passer un appel téléphonique inopiné [« Ça permet aussi d'éviter un appel téléphonique qui viendrait polluer une autre consulte. » (J)]. Ceci autoriserait de surcroît une amélioration de la qualité des soins, le médecin étant alors pleinement appliqué au cas de son patient, sans être prisonnier du temps ni tributaire d'une tâche concomitante [« on peut discuter, prendre le temps de bien réfléchir et prendre des décisions de manière consciencieuse » (G)]. Enfin, la reconnaissance désormais officielle de l'acte de téléconsultation et la traçabilité qui en découle sont perçues par certains médecins comme un cadre bienvenu, le risque d'être mis en cause et poursuivi pour un avis émis oralement, sans trace expresse, étant une crainte éprouvée par plusieurs d'entre eux (B, G, J).

5. Des freins à l'utilisation

Si l'ensemble des avantages paraît de nature à favoriser l'essor de la téléconsultation, la liste – au moins aussi longue – des freins, quant à elle, conduit à plus de réserve. Alors que certains n'y voient aucune source d'amélioration dans leur pratique quotidienne (A, E), d'autres désignent, en plus, des facteurs limitants bien précis.

Sans surprise, le principal frein rapporté est l'absence d'examen clinique (A, E, F, G, H, I, J), qui suscite non seulement la crainte de ne pas poser le bon diagnostic, mais également celle de ne pas être en mesure de déceler incidemment une pathologie étrangère au motif de consultation initial.

À cela s'ajoutent les griefs concernant les nombreux accros techniques qui compliquent les échanges (B, D, F) et le manque de maîtrise informatique chez divers patients, au demeurant souvent âgés (A, B, D, F, H), pour qui la téléconsultation ne peut pas vraiment remplacer les visites à domicile (E).

Un autre écueil limitant la mise en œuvre de la téléconsultation est le manque de temps. En effet, si quelques médecins affirment en gagner du fait de la limitation du nombre de déplacements, ils sont bien plus nombreux à déplorer, au contraire, le caractère chronophage du nouvel outil. Ainsi, la téléconsultation en tant que telle n'est pas considérée comme un moyen plus rapide que la consultation classique (B, H, I). D'autre part, elle n'est pas perçue comme une activité intégrée à la pratique habituelle, mais plutôt comme une charge de travail supplémentaire (B, D, H). Qui plus est, lorsque la téléconsultation s'avère inadaptée à la situation clinique présentée par le patient et qu'il est nécessaire de faire passer celui-ci au cabinet ou de se rendre à son domicile, l'investissement de temps est d'autant plus grand (G). Par ailleurs, certains pointent les difficultés organisationnelles qu'engendre la téléconsultation dans leur fonctionnement quotidien [« Le plus dur, c'est de coordonner tout le monde ! Le patient, le médecin, l'infirmière... » (B), (D), (F)].

Bon nombre de médecins désapprouvent le fait que les demandes de téléconsultation puissent sortir du cadre habituel des exigences relatives au parcours de soins, y voyant une dégradation de la qualité de prise en charge des patients [« C'est des gens qu'on ne connaît pas toujours... » (A), « Il y a aucun suivi » (B), « Quelqu'un qui est à l'autre bout de la France » (G)].

Enfin, certains regrettent la fréquente modification des textes régissant la téléconsultation et le manque de clarté intrinsèque des dispositions en vigueur ; la crainte de se trouver en porte-à-faux à l'égard la loi induit une sérieuse défiance vis-à-vis de ce nouvel outil [« Ce qui a été mis en place pendant le Covid, c'est vraiment maintenu ? Jusqu'à quand ? Oui ? Non ? » (D)].

6. Moyens technologiques utilisés

Sur les neuf médecins pratiquant la téléconsultation, deux utilisent exclusivement un logiciel dédié ou, à défaut, une application dite « grand public » disposant d'une interface vidéo (A, C), deux se servent uniquement du téléphone sans vidéo (D, I), et cinq ont recours aux deux types de dispositifs (B, F, G, H, J).

Plusieurs noms de logiciels sont cités, mais la prépondérance de « Doctolib », leader dans le domaine, se retrouve dans notre étude (C, G, J). Les trois praticiens qui en sont équipés se disent très satisfaits et ne rencontrent que rarement des difficultés techniques, ce qui est loin d'être le cas chez les autres (B, F, H).

Sur les deux praticiens faisant toutes leurs téléconsultations par téléphone, l'un émet des doutes quant à la conformité de cette pratique avec la réglementation en vigueur (D), tandis que l'autre considère la vidéo comme une information superflue [« voir la tête du patient, ça change pas grand-chose » (I)].

Les médecins utilisant les deux types de systèmes ne recourent au seul téléphone qu'à défaut, lorsque le patient – souvent âgé – n'est pas en mesure d'utiliser la vidéo, soit en raison de compétences informatiques limitées, soit à cause de difficultés proprement techniques.

7. Un intérêt inégal parmi les patients

Le goût des patients pour la téléconsultation – ou, du moins, la représentation que s'en font les médecins interrogés – laisse planer une certaine équivoque, qui ne saurait être entièrement dissipée par une simple explication d'ordre géographique ou générationnel.

Ainsi, qu'ils exercent à la campagne ou en ville, certains médecins voient leurs patients intéressés par ce nouveau média (B, C, F), alors que d'autres constatent, au contraire, un enthousiasme fort modeste [« Les gens, quand ils ont le choix, ils préfèrent quand même encore venir. » (A), (E), (H)]. Par ailleurs, si une majorité de médecins rend compte d'une demande plus grande de la part des patients jeunes (C, E, F, G, H), certains rapportent, du moins dans le contexte pandémique, un intérêt partagé par toutes les générations (I).

8. Changements dans l'organisation de l'activité

Alors que la téléconsultation ne modifie pas l'emploi du temps des uns (B, C, I), elle induit en revanche des changements notables dans l'organisation de certains autres, qui, par exemple, lui réservent des créneaux de rendez-vous (A, J) ou la pratiquent parfois depuis leur domicile (G).

On constate également l'émergence de nouveaux modes de fonctionnement. Si, comme nous l'avons vu, l'idée d'un lieu réservé à la téléconsultation est écartée par presque tous les participants – l'un d'entre eux est favorable à un tel dispositif, mais ne l'a pas mis en place –, d'autres formes d'exercice se développent.

C'est le cas des interactions avec les EHPAD. Même en excluant les témoignages (B, D, E) relatifs au déploiement de la téléexpertise – qui sort, *stricto sensu*, du cadre de notre étude –, il reste que certains médecins utilisent la téléconsultation comme moyen d'intervention auprès de leurs patients résidant dans les EHPAD, *a fortiori* durant la pandémie, laquelle a poussé tel ou tel, pour des raisons aisément compréhensibles, à se passer d'un examen clinique exhaustif (B, G).

Mais c'est aussi, et surtout, le cas de la collaboration avec les professionnels paramédicaux libéraux, notamment les infirmières. En effet, presque tous les médecins abordent ce point et le considèrent comme un aspect essentiel de la téléconsultation, qu'ils la pratiquent déjà ou qu'ils en formulent l'intention (B, D, E, F, G, H, I). Ils soulignent que cette coopération existait déjà, mais qu'elle était limitée (H) et qu'elle n'était pas reconnue jusque-là [« Maintenant il existe des actes qui sont codifiés, cotés. » (B), (F)]. D'après eux, l'interaction entre le médecin et l'infirmière au moyen de la téléconsultation devrait être renforcée, dans l'intérêt du patient, pour assurer une vraie présence physique à ses côtés (D, E) et renforcer la qualité de son suivi thérapeutique (D), et dans celui du médecin, qui gagnerait un temps précieux, ce qui lui permettrait de voir plus de patients et donc d'augmenter sa disponibilité (D). Cette collaboration se fait pour l'instant avec les infirmières libérales, mais un médecin évoque en plus la possibilité de faire équipe avec des assistants médicaux (G). Un autre praticien, enfin, émet l'idée d'une téléconsultation en deux temps comprenant d'abord

un rapport détaillé d'une infirmière au médecin à propos d'un patient vu à son domicile et ensuite une téléconsultation entre le médecin et son patient, en connaissance de cause (I).

C. Après la pandémie de Covid-19

Un participant déclare ne pas être disposé à utiliser la téléconsultation dans l'« après Covid-19 » : il s'agit de celui qui n'y a pas eu recours durant la pandémie (E). Un autre, ayant jusque-là pratiqué la téléconsultation de façon sporadique et uniquement par téléphone, dit ne pas vouloir s'en servir dans un proche avenir, mais ajoute, fataliste, que vu la démographie médicale dans son secteur d'installation, il y sera peu ou prou contraint à terme (D). Les huit autres envisagent tous d'intégrer durablement l'outil dans leur pratique, à différents niveaux, mais sans jamais imaginer un changement radical de leur mode d'exercice antérieur [« Ça va pas remplacer ma pratique, c'est un outil supplémentaire. » (C), (A), (J)].

1. Situations propices, situations inadaptées : toujours pas de consensus, mais de nouvelles pistes

Au-delà des désaccords dégagés précédemment quant à la compatibilité de la téléconsultation avec certaines situations cliniques, qui persisteront sans doute après la pandémie, d'autres aspects sont désormais introduits qui pourraient, selon leurs auteurs, représenter autant de nouvelles applications.

Ainsi, le débriefing « programmé » au décours d'une prescription d'examen complémentaire est avancé comme un moyen de renforcer l'information médicale du patient tout en lui évitant un déplacement au cabinet, d'un intérêt discutable et parfois contraignant (A).

L'utilité de la téléconsultation peut résider, pour l'un des intervenants en particulier, dans les différentes missions de médecine préventive inhérentes à la médecine générale, dont plusieurs pourraient être engagées par ce biais. Par exemple, la question des vaccins : une téléconsultation serait l'occasion de s'enquérir du statut vaccinal du patient et de lui prescrire, le cas échéant, le vaccin manquant, qu'il viendrait se faire dispenser lors

d'une prochaine consultation (C). D'autres investigations de médecine préventive seraient accessibles à la téléconsultation, comme la promotion des mesures de dépistage de cancers et leur mise en œuvre, la dispensation d'une information et de conseils d'ordre gynécologique, voire des rendez-vous systématiques selon un calendrier bien défini et en adéquation avec les besoins de soins des différentes tranches d'âge (C).

Enfin, il y aurait là un moyen, parmi d'autres, de compléter le DMP du patient et aborder, peut-être plus ouvertement, certaines questions sensibles comme celle des directives anticipées (C).

2. Technologie à privilégier : les avis divergent

Le type d'interface vidéo à utiliser pour réaliser une téléconsultation dans des conditions satisfaisantes ne fait pas l'unanimité. Quand une courte majorité des participants préfèrent la plateforme dédiée en raison du cadre *a priori* sécurisé qu'elle offre et des outils intégrés dont certaines disposent (A, B, C, D, F, H), ils ne sont pourtant pas rares à considérer que, malgré tout, les applications dites « grand public » – par définition très répandues chez les patients et souvent plus simples d'utilisation – sont tout aussi adaptées, et que la sécurité des données n'y est pas nécessairement déficiente (D, H, I).

Concernant la possibilité de réaliser une téléconsultation par appel téléphonique simple, les avis s'opposent tout autant : environ un tiers des participants souhaite pouvoir poursuivre cette pratique librement, un tiers revendique une utilisation ponctuelle et encadrée, un tiers se dit plutôt contre.

Les arguments des premiers, adeptes du téléphone, sont pluriels. Ils rappellent l'inaptitude de la plupart des patients, souvent âgés, à manier l'outil informatique ; un appel téléphonique en guise de téléconsultation permet à ceux-ci d'avoir néanmoins accès à leur médecin, dans des conditions jugées malgré tout satisfaisantes (B). Ils soulignent aussi l'ampleur du temps passé au téléphone avec des patients en-dehors des heures de consultation et l'absence, jusque-là, de reconnaissance du travail fourni : la téléconsultation est perçue comme une revalorisation légitime [« c'est une consultation à part entière » (B), (H), (J)].

Les tenants du second tiers souhaiteraient que l'utilisation du téléphone puisse être autorisée ponctuellement, l'indication étant laissée à la discrétion du médecin, qui évalue au cas par cas le bien-fondé du procédé. Pour eux, un simple appel téléphonique peut se concevoir uniquement lorsque le médecin connaît bien son patient (F), ou encore lorsqu'en raison d'un problème technique la téléconsultation initiée par vidéo n'a pas abouti et que, manifestement, le motif clinique ne nécessite pas davantage de moyens (G).

Les participants du troisième groupe, enfin, émettent des réserves quant à la reconnaissance de l'acte de téléconsultation par téléphone. Certains, même, y sont carrément opposés. Ils rappellent notamment l'importance de la vue – donc de la vidéo – dans la relation entre un médecin et son patient (C), mais l'essentiel de leur pensée est ailleurs : leur principale crainte réside dans le risque de « dérapage » financier, non seulement à l'échelle individuelle avec un possible abus de ce dispositif par esprit de lucre, mais aussi à l'échelle de la société, le nombre exponentiel de téléconsultations facturées à l'Assurance Maladie les faisant douter des capacités de financement de celle-ci dans la durée (E, G).

3. Arguments en faveur d'une pérennisation

Trois aspects susceptibles d'inciter les médecins à continuer la téléconsultation après la pandémie sont évoqués.

D'une part, le rétablissement définitif de la mesure dérogatoire autorisant des téléconsultations par téléphone est un argument fort pour leur poursuite par les médecins favorables à cette pratique (B, H, I, J).

Par ailleurs, l'argument pécuniaire est très largement repris : le maintien du remboursement de l'acte de téléconsultation, dans l'idéal à 100% – comme c'est le cas au moins jusqu'au 31 décembre 2021 –, et ce au tarif d'une consultation ordinaire, est considéré non seulement comme une revalorisation indispensable du travail du généraliste, longtemps attendue, mais aussi comme une condition *sine qua non* d'une poursuite de la pratique (A, G, I).

En dernier lieu, la simplification de la facturation de la téléconsultation – du fait de pouvoir enregistrer l’acte « en mode dégradé » au format électronique, sans avoir à remplir la feuille de soin usuelle ni à adresser celle-ci à la CPAM par voie postale –, introduite au début de la pandémie et toujours en place au moment où nous rédigeons ces lignes, est saluée par certains médecins et constitue, pour eux, un critère essentiel en faveur du maintien de la téléconsultation (B, D, G, J).

4. Raisons invoquées contre la poursuite

Si certaines conditions sont de nature à inscrire l’usage de la téléconsultation dans la durée, d’autres, en revanche, tendraient à dissuader les médecins d’y souscrire.

Les principales objections qui se dégagent de nos entretiens sont liées aux demandes des patients. Certains praticiens redoutent d’être submergés par un nombre trop important de demandes et de ne pas pouvoir y faire face (H), les obligeant alors à réduire, voire à stopper leur pratique de la téléconsultation. De plus, certains motifs sont perçus comme inadaptés ou abusifs, à tel point qu’une partie des médecins interrogés se verrait arrêter la téléconsultation dans cette éventualité [« Si les patients deviennent super exigeants et veulent tout par téléconsulte ! » (G), « Trop de demandes à la con ! » (J)].

Les sollicitations ne respectant pas le parcours de soins habituel sont, quant à elles, désapprouvées par la plupart des médecins et considérées comme une dérive apparentée à une forme de consumérisme médical [« L’“ubérisation” de la médecine c’est ça : “Clac, je claque des doigts, j’ai un médecin”. Alors bon, quand c’est une urgence, c’est bien ! Mais quand c’est pas une urgence, je trouve ça nul. » (B)].

Par ailleurs, des contraintes d’ordre pécuniaire pourraient freiner la disposition de certains à poursuivre ce mode de consultation. Il est fait état, notamment, du prix prohibitif que les plateformes privées de téléconsultation pourraient à l’avenir exiger pour leurs services, après la période de gratuité notée en début de pandémie et l’augmentation progressive des tarifs intervenue depuis (C, F, J). En parallèle, un déremboursement – partiel ou total – de l’acte de téléconsultation par l’Assurance Maladie entraînerait également l’arrêt de cette pratique (G, J).

Enfin, un médecin relève un point relatif au mode de prise de rendez-vous : il voudrait se réserver la possibilité de déterminer lui-même qui pourrait relever d'une téléconsultation. Autrement dit, l'initiative ne devrait pas être laissée au patient, car, paradoxalement, celle-ci risquerait de rendre inéquitable l'accès aux soins [« ce seraient pas forcément ceux qui en auraient le plus besoin qui prendraient les créneaux... » (I)].

5. Ce qu'il faudrait développer

Afin d'exclure d'emblée les situations cliniques ne pouvant être abordées au moyen d'une téléconsultation – car elles déboucheraient inmanquablement sur une consultation « présentielle » après avoir au préalable coûté du temps au médecin et retardé la prise en charge du patient –, un des praticiens interrogés propose d'élaborer, sans en préciser les contours, une feuille de route qui serait à la disposition soit du secrétariat en charge de la prise des rendez-vous, soit du patient lui-même, et qui permettrait d'éviter, en amont, ce type d'impasse [« On pourrait utiliser un arbre décisionnel, à condition qu'il soit adapté à chaque personne. » (G)].

Pour mieux utiliser le temps, pour en consacrer davantage au patient au lieu d'en perdre à exécuter des manœuvres informatiques redondantes, certains suggèrent quelques améliorations techniques, notamment l'intégration de l'outil de prescription à la plateforme de téléconsultation (C, J), ou encore l'inclusion du système de paiement, propre à la plateforme, dans le logiciel métier du médecin (A, C).

Par ailleurs, un autre médecin propose de développer le recours aux objets médicaux connectés et de former les futurs assistants médicaux – ou les infirmières libérales – au maniement de ces outils afin de leur déléguer une partie de l'examen physique (G).

Un autre encore – mais il est le seul – envisage le projet d'une structure entièrement consacrée à la téléconsultation, où le patient qui s'y rendrait serait accueilli par une infirmière. Celle-ci pourrait procéder à la mesure des constantes vitales et manipuler les différents outils, pendant que le médecin pourrait effectuer la téléconsultation depuis son cabinet (B).

6. Controverse à propos d'une plateforme unique de téléconsultation gérée par l'État

L'idée d'un « guichet unique » de téléconsultation entièrement géré par l'État, qui viendrait se substituer à la multitude d'entreprises privées se partageant actuellement le marché, fait quant à elle débat. Une majorité y est favorable. Certains y voient une simplification bienvenue, tantôt pour le patient (A, C, D), tantôt pour le médecin (B, C, D, G, J).

La plupart envisageraient volontiers un recours gratuit à une telle plateforme étatique. Cela représenterait une économie (B), mais au-delà de ça, nombreux sont les médecins à déplorer le dessein essentiellement lucratif qui anime les entreprises privées et qui sous-tend les démarchages commerciaux répétés (E, F). De plus, ce type de plateforme constituerait une alternative heureuse à la mainmise du secteur privé sur les données médicales des individus et un rempart contre les dérives éventuelles du « big data » [« Le monopole par une société privée, comme ça, je suis contre ! Parce que là, ils ont accès à tout » (B), « Je préférerais limite que ce soit ça, plutôt que des GAFA où tu sais pas ce qu'ils foutent avec les données » (J)].

Un participant estime même que, vu le nombre considérable de téléconsultations réalisées, l'État sera inmanquablement amené à développer une telle plateforme pour mieux contrôler les dépenses (E).

Toutefois, cette option n'est pas approuvée par tous. Plusieurs médecins y sont certes favorables mais restent dubitatifs quant à la faisabilité de sa mise en œuvre (C). D'autres émettent des réserves quant à la fiabilité technique d'un tel dispositif, échaudés par les désagréments répétés qu'ils disent avoir rencontrés lors de l'utilisation d'autres services informatiques gérés par l'État [« le DMP c'est public et ça a pas trop fonctionné: peut-être que si le privé s'en était mêlé... » (C), « Quand on voit les sites genre “Amelipro”, ces trucs, ça déconne quand même de temps en temps ! » (J)]. Un médecin, pour cette raison, redouterait une prépondérance de l'État et préférerait un système dans lequel à la fois médecin et patient auraient le choix entre un service public et les plateformes privées déjà existantes [« Moi je suis toujours pour le public, quand c'est possible. Mais si c'est pour que ça marche pas, nous, il faut qu'on puisse bosser » (G)]. Aussi, le même intervenant précise-t-il que, dans le souci d'éviter toute forme de conflit d'intérêt, la gérance d'une telle plateforme devrait

revenir au Ministère chargé de la Santé et non à l'Assurance Maladie [« Je pense qu'il faut que le secret médical soit bien gardé et que [...] le payeur ne doit pas être détenteur d'informations médicales. » (G)].

7. Mesures qu'il y aurait lieu de prendre

Pour certains médecins, la téléconsultation est suffisamment bien définie pour qu'on puisse se passer de nouvelles modifications réglementaires, qui risqueraient de compliquer une pratique déjà entourée des dispositions nécessaires à son bon fonctionnement [« Ça aussi c'est quelque chose qui paralyse gentiment le fonctionnement de beaucoup de choses... » (H), (J)].

Pour d'autres, en revanche, plusieurs mesures devraient être prises, mais encore une fois, les opinions divergent: ajustements souhaitables pour les uns, aberrations à déconstruire selon les autres.

Ainsi, par exemple, à propos de la mise en place de moyens pour lutter contre ce que d'aucuns appellent les « dérapages » financiers résultant du comportement peu scrupuleux qu'adopteraient certains médecins en faisant de la téléconsultation un usage indélicat. Plusieurs participants invitent à plus de contrôle [« Là ils ont vraiment fait "open bar", on pouvait tout "téléconsulter" » (A), (E), (G)], mais cette attitude interventionniste n'est pas partagée par tous, et une surveillance renforcée des conditions d'utilisation de la téléconsultation par l'Assurance Maladie, voire une demande de justification de la conformité de l'acte aux exigences requises, sont vues par certains comme une infantilisation du médecin [« On réclame depuis des années que le prix de l'acte soit adapté à la gravité – ou plutôt, à la complexité – du thème de consultation. Tant qu'on n'est pas arrivé à un début d'amélioration de ce côté, je ne vois pas pourquoi ça devrait être demandé dans le cadre de la téléconsultation » (H)].

Il en va de même pour ce qui concerne la place à accorder aux téléconsultations ne respectant pas les règles imposées par le parcours de soins. Nous l'avons vu : la plupart des médecins sont opposés à ce type de pratiques et se félicitent que celles-ci ne soient autorisées que de façon dérogatoire, durant la pandémie et pour les motifs directement en lien avec le coronavirus. Néanmoins, l'un d'eux, pour des raisons d'accès aux soins, souhaiterait qu'à l'avenir l'application du parcours de soins ne soit pas systématique [« Il y a beaucoup de

patients qui ne consulteraient pas sinon, pour des choses qui peuvent valoir le coup. [...] Il y a parfois aussi des sujets tabous... Beaucoup de gens qui n'ont pas de médecin traitant... » (J)].

Plusieurs réitèrent ici leur espoir d'une reconnaissance durable de l'acte de téléconsultation au tarif d'une consultation classique, réclament la perpétuation du remboursement à 100% – au-delà, donc, de la date butoir du 31 décembre 2021, maintenue pour l'instant – et revendiquent l'accès gratuit aux plateformes de téléconsultation (B, F, G).

Un des participants insiste sur l'intérêt qu'il porte à l'inscription dans le droit commun d'un ensemble de programmes de médecine préventive à grande échelle, comme le suivi du statut vaccinal, le rappel et l'organisation des différents dépistages de cancers, l'éducation thérapeutique adaptée aux patients ou la dispensation d'informations médicales (C). Selon lui, ces missions pourraient en partie s'organiser autour de la téléconsultation.

L'éventualité d'un renforcement des mesures assurant la sécurité des données est controversée. Si certains estiment qu'il faut améliorer continuellement les systèmes de stockage de l'information médicale à l'échelle de l'État (F), d'autres semblent considérer qu'en la matière les dispositions nécessaires ont d'ores et déjà été prises et que cette question ne présente pas l'importance que certains lui accordent [« Il faut que certains arrêtent leur parano ! [...] Les communications de santé doivent de toute façon se faire par des moyens sécurisés » (H), (I)].

Finalement, certains avancent tout bonnement l'idée d'une intégration de la téléconsultation dans le système du DMP. Ce couplage permettrait d'une part de disposer d'un cadre sécurisé, d'un accès aux données médicales partagées – ce qui est particulièrement bienvenu lorsqu'une prise en charge doit se faire hors parcours de soins, dans le cas d'un patient inconnu du médecin. D'autre part, il offrirait une possibilité intégrée de téléconsultation par vidéo et même tous les autres outils qu'on jugerait bon d'y inclure, comme un service de délivrance d'ordonnances ou un moyen de paiement (B, I).

IV. DISCUSSION

A. Discussion de la méthode

1. Forces de l'étude

L'influence que la pandémie de Covid-19 a eue sur les pratiques en médecine générale et la place substantielle qu'occupe désormais la téléconsultation malgré les fluctuations considérables du niveau d'urgence sanitaire obligent, quoi qu'on en pense, à examiner la nature même de la consultation médicale selon un nouveau paradigme. Ceci nous conforte dans l'idée que notre étude présente un intérêt scientifique certain, car, s'il est vrai que des recherches ont déjà été effectuées au sujet de la téléconsultation en médecine générale à de nombreuses occasions, aucun travail n'a - à notre connaissance - abordé la question à travers le prisme que nous avons choisi d'adopter.

L'approche qualitative nous a semblé la mieux adaptée aux besoins de notre investigation, qui, sans partir d'un postulat *a priori*, se voulait à la fois latitudinaire et interprétative. Dans cette optique, nous avons procédé à des entretiens semi-dirigés, plus pertinents qu'un recueil *via* un questionnaire prédéfini qui aurait, sinon coupé court à toute émergence d'idées nouvelles, du moins grandement limité les possibilités de réponse des participants. De même, l'emploi de questions ouvertes a favorisé la conversation et contenu au mieux toute tentative d'orienter le discours. Par ailleurs, nous avons préféré l'entretien individuel aux groupes d'échanges, assurant ainsi – par l'anonymat que garantit le colloque singulier – une parole plus libre, dénuée des réserves conditionnées par l'exercice à plusieurs.

Le fait que les participants n'aient pas eu connaissance des questions en amont de l'entretien a préservé la spontanéité de leurs réponses et permis d'éviter l'écueil de déclarations conformistes. A l'inverse, le fait que nous n'ayons pas su, avant de rencontrer les participants, si ceux-ci pratiquaient la téléconsultation participe de notre volonté d'écarter ce critère dans le recrutement de l'échantillon, et aussi de notre recherche résolue d'une pluralité des opinions.

Une seconde analyse des *verbatim* a été réalisée par une personne tierce, indépendante de l'étude. Par ce processus de triangulation, nous sommes en mesure d'affirmer que la validité interne a été renforcée.

2. Limites de l'étude

Tout travail de recherche présente des limites. Le nôtre en comporte assurément. Certaines lacunes – inhérentes aux dispositions de notre travail – n'étaient pas évitables. Certains biais n'ont sans doute pas pu être contournés de manière satisfaisante. Comme notre étude, par son caractère qualitatif, n'a pas la prétention d'être objective et reproductible, l'honnêteté intellectuelle nous conduit à citer ici les travers dont elle souffre, afin de permettre au lecteur de se forger une opinion en connaissance de cause.

Tout d'abord, nous tenons à signaler la présence de biais de sélection. Même si l'échantillon, limité dans son nombre et aléatoire dans son mode de recrutement, n'avait pas vocation à être parfaitement représentatif de la population qu'il entendait refléter, nous nous sommes efforcé de lui conférer une hétérogénéité suffisante afin que ses caractéristiques sociologiques correspondent au mieux à celles de la population cible. Or, si les répartitions par genre (70% de médecins hommes dans notre étude, *vs* 66% à l'échelle de l'Alsace) et par distribution géographique (70% de médecins installés dans le Bas-Rhin et 30% dans le Haut-Rhin dans notre étude, *vs* respectivement 65% et 35% relevés en Alsace) semblent conformes, nous constatons que notre échantillon est, en moyenne, plus jeune que la population cible (43,9 ans, *vs* 53 ans) et que le nombre de médecins exerçant seuls y est sous-représenté (30%, *vs* 50%)³⁷. Il n'existe, à notre connaissance, pas de données probantes auxquelles se référer pour établir un comparatif satisfaisant quant au nombre de médecins exerçant en association ainsi qu'en MSP. Toujours est-il que ces quelques différences, associées au faible effectif de l'échantillon, limitent forcément la validité externe de notre étude.

Ensuite, nous attirons l'attention du lecteur sur la présence de biais de recrutement. D'une part, nous nous sommes livré à un échantillonnage non-probabiliste par réseau, auprès de nos connaissances ou des personnes recommandées par celles-ci, et par commodité géographique. D'autre part, même si nous pouvons nous réjouir d'un fort taux de participation (sur les onze médecins contactés, un seul n'a pas souhaité prendre part aux entretiens – ce qui constitue au demeurant une perte d'information hypothétique), le fait d'avoir contacté les médecins par téléphone a sans doute catalysé le nombre de réponses favorables, mais a aussi pu inciter certains d'entre eux à intégrer l'étude par pure sympathie à notre égard, alors qu'ils auraient peut-être été moins enclins à y participer dans d'autres circonstances.

Malgré l'emploi de questions ouvertes et non orientées, notre langage non verbal et l'intonation utilisée pour poser les questions ont pu, à notre corps défendant, influencer les participants et ainsi participer à l'émergence de biais d'investigation. De plus, le fait que nous ayons conçu notre grille d'entretien selon un axe chronologique (avant, pendant et après la première « vague » de Covid-19) a également pu prédisposer les participants à un certain format de réponse.

Notons par ailleurs que certaines questions de la grille d'entretien font appel aux souvenirs des participants. Ceci expose notre étude à d'éventuels biais de mémorisation, l'exactitude et l'exhaustivité des renseignements recueillis ne pouvant être pleinement garanties.

Finalement, il nous incombe de souligner la présence possible de biais d'évaluation subjective. En effet, même si les *verbatim* ont été scrupuleusement rapportés, en restant strictement fidèle aux dires des participant (y compris en y faisant figurer les hésitations, les reprises, les répétitions...), même si leur retranscription s'est faite sans tarder après chaque entretien – gage d'un souvenir acéré des éléments de communication non verbale, qui ont ainsi pu être relatés de la manière la plus exhaustive possible –, certaines subtilités ont pu nous échapper, voire engendrer une interprétation erronée de notre part. Une solution aurait été de filmer les entretiens, mais ceci aurait, à coup sûr, occasionné, sinon un sentiment de méfiance, du moins une gêne chez les participants, ce qui aurait été fâcheux. Rappelons aussi que le port du masque, qui était la règle à chacun

de nos entretiens au vu du contexte épidémique, rendait plus difficile le discernement des émotions du visage des participants et appauvrissait, donc, le rendu non verbal de nos conversations.

B. Discussion des résultats à la lumière de la littérature *ad hoc*

Les entretiens menés dans le cadre de cette étude ont fait apparaître un certain nombre de points de vue, tantôt consensuels, tantôt controversés, mais toujours empreints du vécu individuel de leurs auteurs, qui se sont forgé, à travers leur propre quotidien ou à travers celui des autres, une opinion sur la téléconsultation. Nous reprenons ici les thèmes qui nous ont semblé essentiels et tenterons, à l'aide de nos lectures, de leur apporter un éclairage original.

1. Relation médecin-malade

a) Un appauvrissement relationnel

La distanciation affective et la déshumanisation que certains médecins déplorent depuis qu'ils utilisent la téléconsultation nous amènent à nous pencher sur l'influence de cette pratique sur la relation qui lie un médecin à son patient, et, plus particulièrement, sur ce qui représente l'essence même de ce lien : l'*empathie*. Pour reprendre les termes de Bruno Saintôt, directeur du département d'éthique biomédicale du Centre Sèvres : « Est-il possible de soigner sans proximité physique, sans présence charnelle, sans le désir de se rendre proche de celui qui, malade, risque de s'être éloigné de lui-même et des autres ? [...] S'agit-il d'un nouvel art de se rendre proche ? »³⁸.

Dans le but d'étayer notre propos, nous nous appuyerons sur les propos d'Alexandre Mathieu-Fritz, professeur en sociologie, dont le travail sur la téléconsultation en santé mentale décrit très justement les déterminants de cette pratique et ses influences sur la relation entre un praticien – donc tout médecin – et son patient³⁹.

En préambule, osons une lapalissade : l'absence de *toucher* par le médecin est une constante en téléconsultation, quelle qu'en soit la forme. Ceci a des implications concernant la justesse de l'examen clinique – nous y reviendrons plus loin –, mais également des conséquences d'ordre symbolique : la dimension charnelle, d'ordinaire présente dans le lien thérapeutique, a disparu. Par son absence, le médecin perd un « élément rituel des salutations, mais aussi des marques de proximité et de soutien moral ».

Par ailleurs, la relation médecin-patient repose en grande partie sur la communication verbale et non verbale. Or, lors d'une téléconsultation, « l'espace thérapeutique traditionnel est transformé. Alors qu'il se caractérisait auparavant par la coprésence physique du patient et du praticien en un seul lieu qui faisait figure d'espace protégé, [...] cet espace se dédouble ». On aboutit alors à une « déterritorialisation », le colloque *n'ayant plus lieu* dans un seul espace, mais bien à deux endroits géographiquement distincts, et à une « reterritorialisation », dans la mesure où la téléconsultation en tant qu'espace virtuel – s'il en est – correspond en fait à la conjonction des deux endroits, bien réels. De ce dédoublement naît une « asymétrie contextuelle », médecin et patient n'évoluant plus dans le même environnement physique et sensoriel.

En conséquence, si l'on considère, comme le suggère l'auteur, qu'un cadre thérapeutique – ou « espace-temps protégé [qui] contient le patient, au sens où il contribue à protéger, à rassurer, à stabiliser ce dernier » – est indispensable à une bonne alliance thérapeutique, l'absence de celui-ci dans le contexte d'une téléconsultation pourrait nuire à la qualité de la relation médecin-patient. Par ailleurs – et de façon plus triviale –, les dérangements intempestifs pouvant survenir au domicile du patient sont également propres à grever le bon déroulement de la consultation.

b) *Par téléphone : une relation réduite comme peau de chagrin*

Examinons tout d'abord les aspects de la relation médecin-malade dans les conditions d'un simple usage téléphonique.

De nos jours, le goût a disparu de la médecine, l'odorat s'en est presque allé. Restent trois sens : le toucher, l'ouïe et la vue. Avec le téléphone, il n'en demeure qu'un.

Certes, on retrouve çà et là des arguments en faveur de ce média. Ainsi, par exemple, une étude menée durant le premier confinement et portant sur l'utilisation du téléphone dans les consultations neuropsychologiques de l'enfant ou de l'adolescent conclut que l'absence de retour vidéo confère à ces patients une plus grande liberté de parole et leur autorise une spontanéité expressive plus importante, en les libérant du contrôle de l'« image de soi », si prépondérante de nos jours. Pour le praticien, la consultation par téléphone permettrait une « plus grande qualité d'écoute et une plus grande concentration qu'en face-à-face »⁴⁰. L'auteur relativise néanmoins ces résultats et précise que les entretiens téléphoniques ne sauraient se substituer dans tous les cas aux consultations « présentes ».

Jeannette Pols⁴¹, chercheur en anthropologie de la santé, nous dit que, contrairement à la vidéo, pour laquelle les deux protagonistes doivent se « préparer » et « se présenter au rendez-vous » – quand bien même celui-ci se déroule à distance –, l'appel téléphonique, lui, se fait à la hâte, sans autre forme de procès. De plus, la « visibilité mutuelle en temps réel » qui oblige les acteurs d'une conversation vidéo à une certaine *concentration*, n'existe pas avec le téléphone : chacun peut vaquer à ses occupations et, à l'extrême, se promener dans la rue s'il passe son *coup de fil* sans fil, avec un *portable*. Cette distraction dévalorise, d'après elle, la relation entre les interlocuteurs, la rendant plus impersonnelle et moins intense. Et même si, dans son étude, elle constate que le nombre d'éléments non verbaux qu'un soignant peut percevoir au téléphone est considérable, on l'aura compris, « l'écoute [étant] une pratique visuelle en plus d'être une pratique auditive », ce média ne peut pas être mis au même niveau que la vidéo sur ce critère.

c) *La vidéo : un moyen qui laisse à désirer*

À première vue, la cause peut sembler entendue, un sens de plus intervient. Mais à y regarder de plus près, de nouvelles limites se profilent.

Sur le plan de l'image, justement. Certains participants regrettaient les limites techniques de la vidéo : le flux saccadé, une résolution médiocre, la caméra bougeant dans tous les sens... La vue *par extension*, médiée par l'interface, est donc forcément modifiée par celle-ci. Ce point est d'ailleurs relevé par Mathieu-Fritz ³⁹, qui explique que le biais technique limite grandement la dimension non-verbale de la consultation. De plus, il décrit l'existence de ce qu'il appelle l' « effet faux-jeton » : étant donné que la caméra est en principe fixée sur la partie haute de l'écran, c'est-à-dire au-dessus de la fenêtre faisant apparaître l'interlocuteur, l'image restituée n'est pas celle d'un regard direct, les yeux dans les yeux, mais plutôt celle d'un regard indirect, « fuyant ». Enfin, il souligne que « la présence d'une image de retour – que l'on peut choisir d'afficher ou non – contribue également à transformer l'interaction, car elle permet de produire une forme de réflexivité visuelle instantanée touchant à l'image de soi que l'on adresse à son interlocuteur. En d'autres termes, elle permet de contrôler son image en temps réel, pendant l'interaction, et nécessite pour cela de focaliser momentanément son attention sur une autre source d'information ».

Les restrictions ne s'arrêtent pas là. Ainsi, lors d'une téléconsultation, les interlocuteurs sont crispés, soucieux de rester centrés dans le *champ de vision* réduit de la caméra. L'image qu'a le médecin de son patient – et inversement – est, en toute logique, plus petite que nature, et plate, puisqu'en deux dimensions. De plus, l'image est tronquée : chacun ne voit de l'autre que la tête, au mieux le tronc, ceci entraînant forcément une importante perte d'information. Le *coup d'œil* du médecin, qui, dès que le patient franchissait le pas de la porte de son cabinet, lui permettait d'*observer* la manière dont celui-ci interagissait avec les autres personnes présentes en salle d'attente, ou encore sa façon de le saluer, disparaît avec la téléconsultation. Il en va de même avec un grand pan de l'*inspection*, qui donnait au médecin la possibilité d'examiner la démarche du patient, sa posture globale, sa façon de se dévêtir, et, une fois assis, d'analyser le mouvement de ses mains, de ses jambes... La tenue vestimentaire du patient, elle aussi, pouvait en dire long sur son *habitus* et son état psychique : lors d'une téléconsultation, cette information est réduite à son strict minimum, sans parler du fait qu'une personne qui reste à son domicile n'est pas vêtue de la même manière qu'en société.

Sur le plan sonore, d'autres difficultés apparaissent. Certaines sont exclusivement acoustiques, et de ce fait, nous aurions tout aussi bien pu les appréhender dans la partie consacrée à la téléconsultation par téléphone. En effet, la qualité du son peut être altérée, parfois au point de ne plus reconnaître la voix de la personne, mais

plus souvent en limitant « le recours à l’infalangage, c’est-à-dire les petits signaux sonores qui prennent parfois la forme d’interjections ou d’onomatopées et que nous émettons habituellement en face-à-face pour signaler, selon d’infimes nuances, notre approbation ou notre désapprobation »³⁹. Il peut exister des coupures, des distorsions, des bruits parasites, voire des échos lorsque le haut-parleur est enclenché... Ces problèmes peuvent causer des désagréments : une diminution de la concentration – ou, au contraire, une attention focalisée uniquement sur la compréhension des mots sur le plan acoustique, passant à côté du sens plus profond du discours –, des répétitions parfois nécessaires, qui risquent au mieux d’entre couper l’échange, au pire, d’agacer le correspondant.

La difficulté peut également résulter d’un couplage imparfait entre le son et l’image. Le *silence*, pourtant fondamental dans le colloque entre un médecin et son patient, devient un moment de flottement redouté, car suspecté d’être possiblement lié à un dysfonctionnement technique, comme un flux insuffisant. Par conséquent, le médecin a tendance à se montrer plus « interventionniste » : le silence, au lieu d’être respecté, est précipitamment comblé par des mots d’une pertinence parfois discutable. Toutes ces paroles injectées dans la discussion ont pour corollaire de brider les initiatives de parole du patient et d’empêcher, par l’absence de silence, une prise de recul indispensable.

d) *Téléconsultation : malgré tout, des avantages*

Si ont été évoquées jusque-là les faiblesses de la téléconsultation sur le plan relationnel, il ne faudrait pas pour autant mésestimer les perspectives positives qu’elle offre à cet égard.

Ainsi, souvenons-nous, un participant de notre étude disait au sujet du masque, que « ce qu’on perd[ait] d’un côté, on le gagn[ait] de l’autre » (B). La téléconsultation, en période de pandémie, présente au moins l’avantage – outre celui du confort évident de ne pas être astreint à porter constamment le masque – de rendre aux interlocuteurs leur visage humain. Ceci n’est pas sans rappeler les propos de David Le Breton, anthropologue et sociologue : « Le masque ne laisse voir que le front et les yeux, il ne permet pas de singulariser son vis-à-vis avec son visage, il va amputer les relations sociales de la reconnaissance et des expressions faciales »⁴². La téléconsultation, en pareil contexte, n’est donc pas que déshumanisante.

Certains avantages seraient intemporels, valables au-delà de la pandémie que nous traversons actuellement. En voici un premier : « Les patients ont le sentiment d’être mieux écoutés ; l’écran leur donne l’impression d’un contact plus long et permanent avec le regard du médecin. Ils ressentent plus d’attention »⁴³. De prime abord, une telle assertion a de quoi interpellier, mais quand on sait le temps passé par le médecin, lors d’une consultation « présenteielle », à regarder son ordinateur – pour ouvrir le dossier du patient, rechercher les antécédents, le compte-rendu des dernières consultations, les rappels qui y ont été inscrits, noter le motif de consultation du jour, prescrire éventuellement des médicaments ou des examens complémentaires, procéder à la facturation électronique... –, on comprend que dans ces conditions, le patient, qui est venu *voir* son médecin, puisse sortir du cabinet quelque peu désappointé! Ainsi, Michel Woessner déclare : « Si l’on ose aller plus loin, on peut estimer que le traditionnel ordinateur trônant sur le bureau du médecin et sur lequel il a parfois les yeux rivés, est parfois plus intimidant pour le patient que l’écran orienté vers lui où il voit nettement son interlocuteur »⁴⁴.

Un autre bénéfice relationnel que la téléconsultation serait en mesure d’apporter se déduit des propos d’un médecin de notre étude, qui disait en substance que ce média inciterait certains à se « libérer » (J). Cette idée est partagée par Mathieu-Fritz³⁹. D’après lui, la « distance sociale, cognitive ou affective » libère la parole du patient en donnant à celui-ci l’impression d’être protégé du regard des autres – le regard du médecin, mais aussi des personnes en salle d’attente ou de celles qu’il aurait croisées en se rendant au cabinet –, ce qui lui permet de « lever certaines inhibitions [...] et le conduit à se dévoiler plus aisément ». La parole du médecin, aussi, serait plus libre, ouvrant à celui-ci « des possibilités d’action ». C’était également l’avis d’un participant qui nous disait : « Il y a des choses que vous allez pouvoir faire passer plus facilement, parce que vous n’avez pas le contact avec le patient en face de vous » (E).

En prenant en considération les avis des médecins interrogés et les précisions apportées par ces sources tierces, nous pouvons nous risquer à conclure, sur la question de la « [possibilité] de soigner sans proximité physique » par le biais de la téléconsultation, que celle-ci, tout en comportant évidemment des limites, n’est pas pour autant à considérer comme hermétique à une relation de qualité, même si la consultation « présenteielle » restera, sans doute aucun, par son caractère non médié et proprement humain, la forme la plus propice à un

lien thérapeutique abouti. Ajoutons également qu'après avoir étudié les particularités des deux moyens, téléphone et vidéo, il nous semble déraisonnable de penser que le premier puisse valoir le second. Probablement serait-il préférable de rallier l'avis de ceux d'entre les participants, qui, nombreux, déclaraient se réserver la liberté d'utiliser le téléphone dans les seules situations où la vidéo, en raison de difficultés insurmontables, n'était pas praticable.

2. Modes de recours à la téléconsultation

a) De l'importance du respect du parcours de soins

Les règles définissant le parcours de soins, relâchées temporairement durant les premiers mois de la pandémie, ont été derechef assouplies le 17 octobre 2020, date du second décret d'état d'urgence sanitaire. Elles sont néanmoins destinées à être rétablies au terme de la crise, et les seules situations où un patient pourra recourir à la téléconsultation en dehors du parcours de soins concerneront, comme précédemment, les patients âgés de moins de 16 ans et ceux n'ayant pas déclaré de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible « dans un délai compatible avec leur état de santé ». De plus, comme le souligne l'avenant n°6 à la convention médicale, pour pouvoir prétendre à une téléconsultation, le patient devra avoir été vu lors d'une consultation « présenteielle » au moins une fois au cours des douze derniers mois. Une primo-consultation ne constitue pas, en soi, un motif définitif d'exclusion, mais la HAS précise néanmoins qu'une téléconsultation est « d'autant plus pertinente que la relation patient-professionnel est bien établie » et spécifie dans ses lignes directrices que le médecin réalisant l'acte devra « adapter la durée » de la téléconsultation en conséquence et « faire un retour d'information au médecin traitant, a minima par transmission du compte-rendu de téléconsultation »⁴⁵.

Dans notre échantillon, presque tous les médecins insistaient sur l'importance de la stricte application de la réglementation, supputant qu'une libéralisation de la pratique reviendrait à ouvrir la boîte de Pandore et donnerait libre cours au développement d'une médecine médiocre, sans réelle prise en charge centrée sur le patient – connu de son médecin – et inscrite dans la durée. Le processus par lequel on risquerait d'aboutir à

une médecine au rabais était qualifié par certains d' « ubérisation », ce choix sémantique visant à dénoncer la dérive mercantile qu'initieraient aussitôt certaines entreprises en proposant des réseaux de téléconsultation nationaux, voire internationaux, échappant *de facto* à tout contrôle. Comme le souligne l'Assurance Maladie, « les demandes répétées de suppression pure et simple de la règle du “déjà vu”, dans toutes les configurations de soins, sont généralement portées par des acteurs industriels dont les modèles de fonctionnement ne répondent pas aux exigences d'une prise en charge respectueuse de la place du médecin traitant et de l'importance d'un vrai suivi thérapeutique »²⁷.

Ce qui est décrié à travers le rejet de la téléconsultation hors parcours de soins est bel et bien le fait que le médecin ne connaisse pas le patient qu'il a *en face* de lui, et vice-versa, rendant le procédé non seulement hasardeux sur le plan médical – le médecin ne disposant pas du dossier du patient –, mais surtout foncièrement impersonnel. Le refus quasiment unanime de cette forme de téléconsultation par les médecins pourrait trouver son origine dans la tendance qu'a la vidéo d' « amplifier les caractéristiques préexistantes des relations sociales entre [ses] usagers »⁴⁶. En effet, d'après cette logique, « l'étrange inconnu rencontré par webcam devient encore plus étrange, et peut-être même effrayant ou envahissant. L'ami ou le soignant de confiance est devenu encore plus proche quand la webcam, en étant introduite dans une relation déjà riche, a intensifié cette dernière ». C'est surtout le caractère abrupt de l'entrée en relation par téléconsultation qui provoque, lorsque médecin et patient ne se sont jamais rencontrés auparavant, cette appréhension mutuelle : « La webcam saute un certain nombre des étapes d'une visite “physique” à domicile, comme sonner et mettre son manteau sur le portemanteau, qui sont des rituels d'admission. [...] dans le cas d'une personne inconnue, la distance relationnelle réelle interdirait qu'elle soit présente dans le foyer de manière aussi exigeante que lorsque l'on est “à distance de webcam” ».

Il semble donc que le respect du parcours de soins soit un prérequis important dont l'absence risquerait non seulement d'engendrer des erreurs médicales, mais également d'aboutir à une amplification de la distanciation à la fois physique et affective, hypothéquant ainsi la construction du lien thérapeutique, indispensable en toute circonstance.

b) CPTS et DMP : une réponse adaptée aux demandes hors parcours

Comme nous venons de le voir, certaines exceptions au parcours de soins sont cependant prévues par les textes, et un des participants (J) favorisait par ailleurs l'idée d'une liberté totale d'accès au médecin. Il serait regrettable d'écarter cet avis au seul motif que l'écrasante majorité défende une opinion différente, d'abord parce que notre échantillon n'est pas forcément représentatif de la population cible, au sein de laquelle cette divergence est peut-être plus répandue – rappelons que durant les premiers mois de la pandémie 20% des téléconsultations ne suivaient pas de parcours de soins –, et aussi parce que les arguments évoqués sont tout à fait pertinents. En effet, en plus de regretter la limitation de l'accès au médecin et le renoncement aux soins qui peut en découler, ce médecin rappelait, à juste titre, que certaines personnes, pour des raisons variées, ne déclarent pas de médecin traitant – cas d'espèce prévu dans les textes –, alors que d'autres le font, mais souhaiteraient pouvoir consulter ponctuellement un autre praticien, même si le motif de la téléconsultation ne relève pas de l'urgence et, de ce fait, ne remplit pas la condition du « délai compatible avec leur état de santé ».

En tout état de cause, afin d'être en mesure d'apporter une réponse appropriée aux demandes hors parcours de soins dans le respect des principes de sécurité et de qualité primordiaux, la solution pourrait résider, comme le préconise l'Assurance Maladie, en une régulation territoriale de l'accès aux téléconsultations par le biais des CPTS, c'est-à-dire à des réseaux de professionnels de santé de premier ou de second recours, libéraux ou salariés, dans des structures publiques ou privées, dont le mode de fonctionnement – contrairement à celui d'une maison de santé où les acteurs sont regroupés dans les mêmes locaux – se fait sur le mode d'un exercice coordonné de proximité⁴⁷. De cette manière, estime la CNAM, « les patients en recherche d'une réponse rapide à un besoin de santé pourront être pris en charge de manière simple et sécurisée, et orientés vers la bonne prise en charge (conseil médical à distance, téléconsultation avec des médecins proches ou plus lointains connus de la CPTS, consultation présentielle ou orientation vers les urgences). La téléconsultation doit ainsi devenir une modalité d'accès aux soins choisie et non subie, répondant à la situation du malade et adaptée à son état de santé et venant conforter des organisations territoriales de soins qu'il s'agit de favoriser et non pas déstabiliser par une forme de nomadisme médical dérégulé »²⁷.

Une autre mesure permettant d'éviter les écueils auxquels sont actuellement confrontés médecin et patient lorsque la téléconsultation se déroule en dehors du parcours de soins serait, comme le suggéraient plusieurs participants, de développer le DMP. L'outil a de quoi séduire : il permet de centraliser les informations médicales d'un patient et, avec l'accord de celui-ci, d'en assurer l'accès aux différents intervenants médicaux. Un médecin ne connaissant pas le patient qui le sollicite par téléconsultation disposerait donc, malgré tout, des éléments utiles à sa prise en charge, notamment les antécédents médico-chirurgicaux, les allergies, l'historique des soins des deux dernières années, les résultats d'examens complémentaires, les données administratives et sociales du patient, voire ses directives anticipées et les coordonnées de ses proches. Ce dispositif, dont le projet a été formulé dès 2004 et dont la mise en œuvre concrète remonte à 2011, n'a malheureusement pas toujours connu le développement escompté, et ce malgré plusieurs plans de relance. Les causes avancées étaient nombreuses : complexité d'utilisation, incompatibilités avec certains logiciels professionnels et manquements ergonomiques, absence de volet de synthèse médicale ⁴⁸. On constate une augmentation significative du nombre de DMP depuis novembre 2018 – date à laquelle prenait fin une période d'expérimentations dans neuf régions dont s'ensuivait la création du DMP sous sa forme actuelle à l'échelle du pays –, du fait d'une prise en compte, par la CNAM et les éditeurs de logiciels professionnels, des facteurs limitants énoncés, permettant ainsi de passer de 1,9 million de DMP fin septembre 2018 à 8,4 millions en décembre 2019 ⁴⁹. Si le nombre de DMP augmente, l'utilisation qui en est faite croît également : en se plaçant aux mêmes dates, les médecins étaient respectivement moins de 1% vs 20% à compléter le DMP de leurs patients, et moins de 1% vs 50% à le consulter. L'objectif affiché de 40 millions de DMP d'ici fin 2022 ⁵⁰ paraît quelque peu ambitieux, notamment en raison de la pandémie actuelle qui ralentit fortement le processus⁵¹, mais la dynamique semble, cette fois, bel et bien lancée, d'autant plus que le DMP devrait, à terme, relever d'un dispositif plus global sous forme d'un « espace numérique de santé », qui pourrait s'ouvrir automatiquement pour tous – sauf opposition du patient – dès le 1er janvier 2022 ⁵².

Ainsi donc, alors que le soin s'envisage de plus en plus comme le fruit d'une collaboration entre différents acteurs de santé et non comme une pratique isolée, le regroupement des professionnels au sein de CPTS et le parachèvement du DMP, « principale courroie de transmission de la coordination des soins » ⁵³, pourraient, sans pour autant remettre en cause l'intérêt du respect du parcours de soins, élément essentiel au suivi médical,

créer les conditions nécessaires pour que les médecins généralistes soient en mesure d'apporter une réponse de qualité en toute circonstance.

c) Plateforme de téléconsultation unique gérée par l'État : une solution d'avenir ?

Le concept de plateforme unique gérée par l'État avait emporté l'adhésion de la plupart des participants de notre étude, qui y voyaient tout à la fois un moyen de simplifier une offre aujourd'hui foisonnante, un outil propice au renforcement de la sécurité des données médicales, une alternative à la mainmise du secteur privé sur la téléconsultation, et donc l'occasion de se défaire des contraintes inhérentes à l'économie de marché. Les seules réserves émises concernaient la faisabilité d'un tel projet, certains craignant que l'État ne soit pas en mesure de mettre en place les moyens dont disposeraient, selon eux, les grandes multinationales.

Le plan « Ma santé 2022 », dont plusieurs lignes directrices concernent l' « accélération du virage numérique », préconise le développement d'un outil en quelques points semblable à la plateforme évoquée par les médecins de notre étude, sans pour autant correspondre exactement aux représentations qu'ils s'en faisaient. En avril 2019, Agnès Buzyn, alors ministre de la santé, déclarait à l'occasion de la présentation de sa « feuille de route » concernant le numérique : « De grands programmes sont déjà lancés, dans un univers où les initiatives publiques et privées fusent de toute part, le tout dans un environnement mondialisé où chacun avance ses pions et où le moindre retard peut se payer au prix fort »⁵⁴. Dominique Pon et Laura Létourneau, « pilotes du chantier numérique » – selon leurs propres termes –, proclamaient à cette occasion en une longue tirade non exempte de lyrisme : « La doctrine qui infusera nos travaux sera celle de l'État-plateforme. L'État-plateforme, ce n'est pas un concept hors sol. C'est la conviction que toutes les initiatives publiques et privées peuvent et doivent fleurir, à condition de respecter les valeurs et le cadre définis par la puissance publique en tant que porte-voix des citoyens. L'État-plateforme, c'est aussi mettre en commun certaines infrastructures techniques de base indispensables à des échanges fluides et sécurisés entre les acteurs. L'État plateforme, c'est surtout la conviction que l'État ne doit pas bâtir des cathédrales à lui-seul, mais qu'il doit définir les règles élémentaires de construction, fabriquer les clés de voûte, et inviter chacun à apporter sa pierre à l'édifice, au service d'une œuvre construite collectivement ».

Si l'idée d'empêcher le secteur privé de proposer ses services semble, sinon contre-productive, du moins injustifiée au nom des principes de concurrence et de liberté d'entreprise, il paraît cependant crucial que les usagers, aussi bien médecins que patients, puissent compter sur une alternative publique comparable. Pour l'heure, ce n'est malheureusement pas le cas : non seulement le secteur privé est largement prééminent, mais les quelques dispositifs publics existant à ce jour, épars et inconnus de la plupart, laissent à désirer en raison de leurs présentations alambiquées et des problèmes techniques dont ils seraient, à en croire les participants de notre étude, régulièrement entravés. Comme le reconnaît l'ancienne ministre, « les professionnels de santé sont confrontés à une offre numérique morcelée qui complexifie leur pratique quotidienne ». Et pour cause ! Au 1er avril 2020, le Ministère en charge de la Santé ne recensait pas moins de 186 plateformes numériques de télémédecine ⁵⁵... Au moment où la téléconsultation semble s'installer durablement dans les pratiques d'un grand nombre de professionnels, il est plus que jamais souhaitable que l'État, dans un souci d'amélioration de l'accès aux soins et de simplification du recours aux offres, si pléthoriques, se préoccupe d'apporter une réponse claire.

Cette réponse est en cours d'élaboration, puisque le concept de guichet unique, regroupant l'ensemble des solutions numériques disponibles à l'échelle régionale ou nationale, est prévu dans le plan « Ma santé 2022 ». Celui-ci projette rien moins que la création, pour chaque patient, d'un « espace numérique de santé », un domaine personnel et sécurisé lui permettant tout à la fois d'accéder à son DMP, à ses données administratives relatives aux modalités de prise en charge et aux remboursements par l'Assurance Maladie, « à des outils permettant des échanges sécurisés avec les acteurs du système de santé, à des outils permettant d'accéder à des services de télésanté et, de manière générale, à tout service ou toute application numérique [...] développés par les acteurs publics ou privés, dès lors que ceux-ci respecteront les référentiels d'éthique, de sécurité et d'interopérabilité, ainsi que les labels et les normes qui seront fixés » ⁵⁴. Le médecin, de son côté, disposera du « bouquet de services », une plateforme numérique nationale sur laquelle il pourra se rendre, soit directement *via* son logiciel métier, soit indirectement *via* un portail générique, et par laquelle il aura accès, entre autres, aux téléservices de l'Assurance Maladie et aux sites des différentes autorités de santé (HAS, ANSM...), au DMP et au DP du patient, au PACS, ainsi qu'aux outils de « e-prescription ».

Au lieu de la plateforme unique de téléconsultation gérée par l'État, souhaitée par la plupart des participants de notre étude, il y aura donc un « espace » unique, géré par l'État, qui doit donner notamment accès à l'ensemble des dispositifs de téléconsultation, publics ou privés, répondant aux critères d'exigence préétablis, ainsi qu'aux données de leurs patients par l'intermédiaire du DMP. L'avenir dira si la mainmise du secteur privé sur la téléconsultation, les démarchages commerciaux, les dérives du « big data », autant d'aspects que les médecins déploraient, seront bel et bien évités par les dispositions que sont en train de prendre les pouvoirs publics. Il dira également si l'État est en mesure de proposer des outils solides, interopérables, ergonomiques, fonctionnels ; certains participants sont sceptiques quant à la réalisation de toutes ces conditions. En tout cas il importe, comme le soulignait l'un d'eux (J), que les décisions, actuelles et à venir, soient prises de façon concertée, prenant en considération les attentes et les besoins de ceux qui, tous les jours, auront concrètement affaire à ces outils.

3. Des inégalités persistantes : un virage à prendre

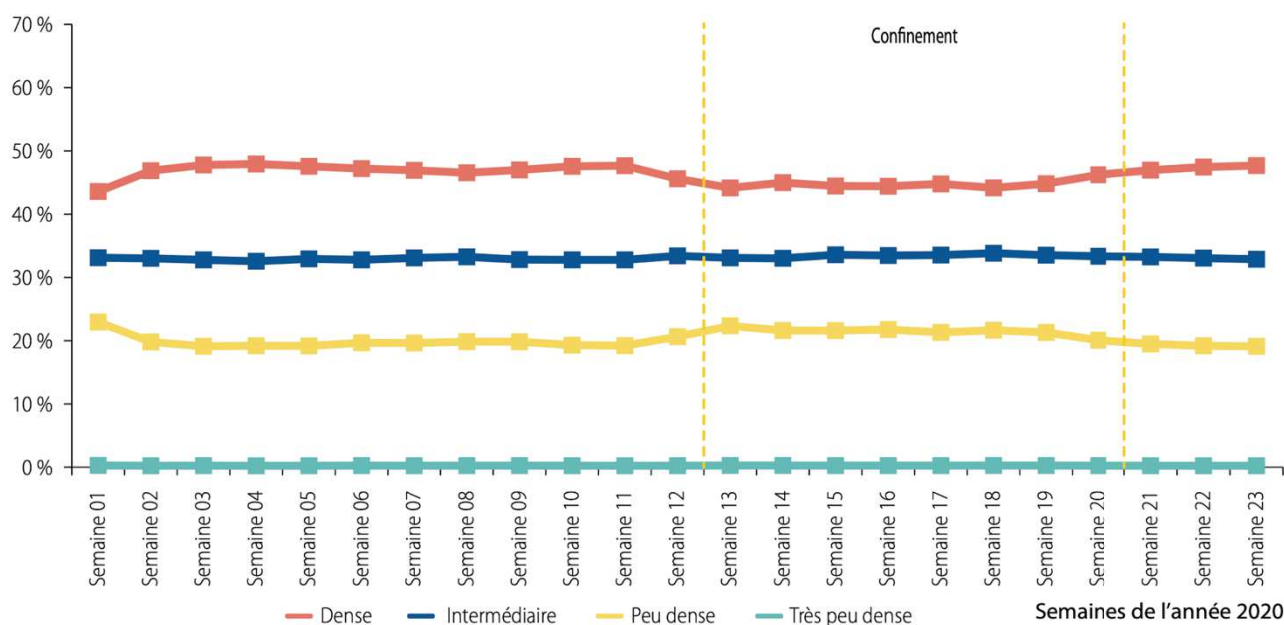
Comme nous l'indiquions dès le début, la téléconsultation a été développée par les pouvoirs publics pour répondre à plusieurs problématiques, en grande partie liées : vieillissement de la population, suivi des pathologies chroniques, accès aux soins dans les zones fragiles.

Or, notre étude montre que ce sont les jeunes qui ont le plus recours à la téléconsultation, suivant la propension générale que nous évoquions en introduction. Plusieurs participants dénonçaient les difficultés que rencontrent *certain patients*. « Toute façon, ceux-là, ils arriveront jamais à télécharger s'il y a pas le petit-fils » (B), disait fort lucidement l'un d'eux à leur sujet. Ces patients-là, on l'aura compris, sont dans l'écrasante majorité des personnes âgées, parfois isolées, souvent « polypathologiques ». Dès lors, une antinomie saute aux yeux : ceux pour qui la téléconsultation a été conçue sont justement ceux dont l'aptitude à mettre à profit l'outil semble, pour le moins, sujette à caution.

Le paradoxe va plus loin. En effet, les chiffres de la répartition territoriale du recours à la téléconsultation sur la première moitié de l'année 2020 sont édifiants : en établissant, d'après les critères de l'INSEE, une répartition des communes selon quatre catégories de densité de population (dense, intermédiaire, peu dense,

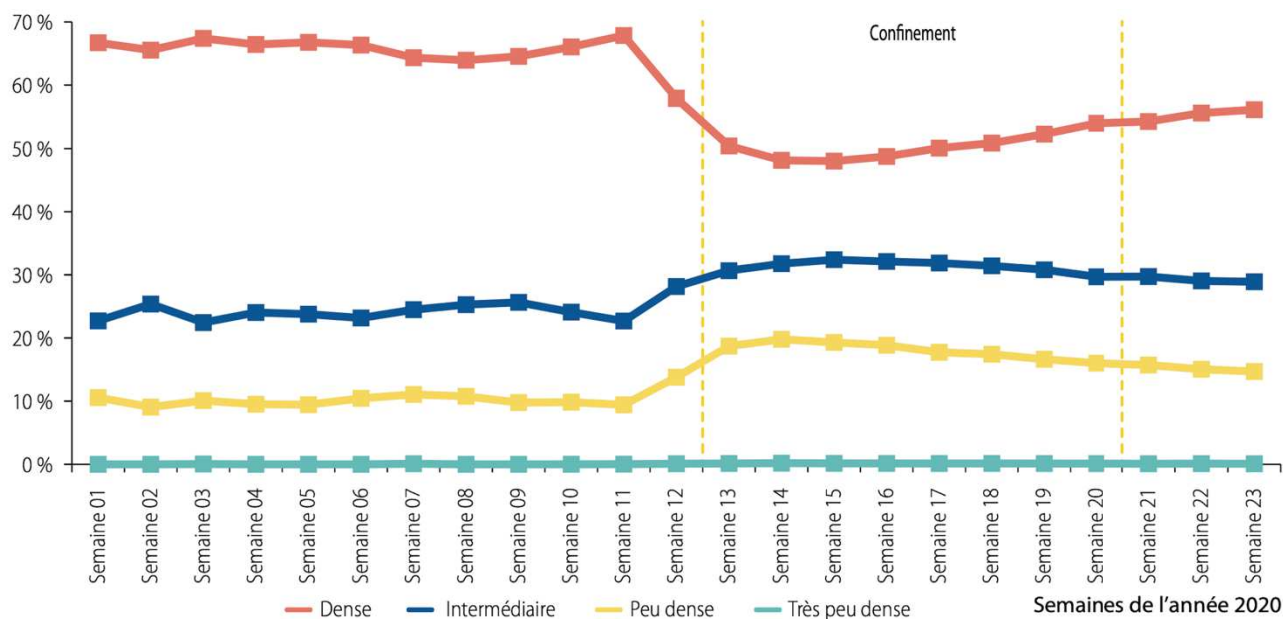
très peu dense), force est de constater que les téléconsultations, comparées aux consultations « présentes », sont davantage sous-représentées dans les zones intermédiaires, peu denses et très peu denses, et plus amplement surreprésentées dans les zones denses²⁷. Même si la CNAM tente de relativiser ces chiffres par des tournures de phrase habilement choisies, en soulignant, par exemple, la réduction du différentiel au moment du premier confinement tout en omettant de signaler la tendance à la hausse de celui-ci au décours, les faits sont bien là : les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins, loin d'être réduites, semblent au contraire se creuser avec la téléconsultation.

Figure 4 : « Répartition des consultations en fonction de la typologie de densité » (source : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ; Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, CNAM)



Champ : régime général, y compris les régimes infogérés
Source : Cnam (SNDS)

Figure 5 : « Répartition des téléconsultations en fonction de la typologie de densité » (source : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ; Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, CNAM)



Champ : régime général, y compris les régimes infogérés
Source : Cnam (SNDS)

Phénomène parallèle, allant dans le même sens : les pauvres « téléconsultent » moins que les riches. L'analyse du recours à la téléconsultation en fonction de l'« indice de défavorisation » de la commune où exerce le médecin montre en effet que si les communes les plus aisées n'occasionnent que 20% de l'ensemble des consultations, elles représentent en revanche 42% des téléconsultations, alors que les communes les plus pauvres, comptant pour 21% des consultations, ne représentent, elles, que 13% des téléconsultations.

Résumons : la téléconsultation attire les jeunes plus que les vieux, les citadins plus que les ruraux, les riches plus que les pauvres. Voilà donc tous les critères d'une médecine *gentrifiée*... Et le prodrome d'un système à deux vitesses, avec « une modalité d'accès aux soins » choisie par les uns, subie par les autres.

Bien sûr, il faut se garder de forcer le trait, mais il est évident que, pour ne pas perdre de vue les défis louables pour lesquels la téléconsultation a été pensée, celle-ci devrait être appréhendée différemment. Non pas comme une *autre* médecine, mais comme moyen d'atteindre à « plus de médecine », pour reprendre les termes de Pierre Simon, néphrologue, pionnier de la « télédialyse » et ancien président de la Société Française de

Télé médecine ⁵⁶. Selon lui, « la téléconsultation entre deux consultations en face à face représente une valeur ajoutée dans le suivi d'un patient atteint par une ou plusieurs pathologies chroniques ». Cette piste a d'ailleurs été évoquée à plusieurs reprises par les médecins de notre étude, qui ne voyaient pas la téléconsultation comme un substitut, mais comme un complément opportun. Il ne s'agit donc pas de promouvoir le consumérisme médical et d'augmenter ainsi déraisonnablement le recours aux soins, mais bien de réduire les déséquilibres constatés *supra* en offrant les mêmes facultés à tous. Simon, à ce sujet, ne manque pas de rappeler que, la téléconsultation étant un acte reconnu, elle est régie par les règles encadrant la profession de médecin, parmi lesquelles figurent les quatre piliers de l'éthique médicale : bienfaisance, non-malfaisance, justice, autonomie. Dans cette optique, le principe de bienfaisance viserait à « améliorer l'accès aux soins pour les personnes isolées et fragiles » ; le principe de justice, lui, voudrait que « dans un contexte de ressources limitées, le professionnel médical [vise] l'équité dans l'accès aux soins », ce qui signifierait, pour les patients, qu'ils aient tous « accès aux mêmes soins, au nom des principes de solidarité et de meilleure répartition des ressources disponibles ».

Afin qu'elle ne devienne pas une solution de facilité supplémentaire pour les mieux lotis, ni un *ersatz* pour les plus défavorisés, mais qu'au contraire elle endosse le rôle qui lui a initialement été attribué par les pouvoirs publics, la téléconsultation devra se recentrer tout particulièrement sur la prise en charge des personnes âgées, « poly pathologiques », et isolées. Ce public étant souvent moins à même d'utiliser les nouvelles technologies, il appartiendra à l'ensemble des acteurs de santé de mettre en place des alternatives pérennes pour ne pas exclure davantage ceux qui sont déjà marginalisés par ailleurs.

4. Collaboration avec le personnel paramédical

Une alternative, précisément, serait de développer la coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux en intégrant ces derniers dans la boucle de la téléconsultation. Disons-le d'emblée, cet aspect essentiel, souvent abordé par les participants de notre étude, n'est pas l'apanage de la téléconsultation à proprement parler, puisqu'il concerne également la télésurveillance et la téléassistance médicales. Vu l'importance cruciale que revêtait cette perspective pour les médecins que nous avons interrogés, il nous semble néanmoins indispensable d'en discuter les incidences.

a) *Moins d'écueils techniques, plus d'examen physique*

On comprend bien que les difficultés proprement techniques, liées au manque de maîtrise informatique chez de nombreux patients et auxquelles 40% des médecins pratiquant la téléconsultation sont régulièrement confrontés⁵⁷, pourraient être résolues par l'intervention d'un tiers paramédical. Cet avantage est essentiel, mais il n'est pas le seul.

Lors de nos entretiens, nous avons constaté qu'il n'existait aucun consensus au sujet des indications de la téléconsultation. Ni au sujet des contre-indications, d'ailleurs. En ce sens, les conclusions de notre étude rejoignent celles de la HAS, qui déclare que « l'analyse de la littérature et la concertation des parties prenantes n'ont pas permis d'identifier de situations d'exclusion clinique a priori »⁵⁸. En revanche, elle retient cinq « critères d'éligibilité » :

- l'état clinique du patient et les objectifs cliniques ne doivent pas exiger un « examen physique direct » par le médecin ; ce critère n'étant pas toujours détectable *a priori*, une « organisation adaptée » doit être mise en place si l'examen physique s'avère nécessaire,
- le patient doit être en mesure de pouvoir réaliser la téléconsultation, à la fois sur le plan cognitif et sensoriel (vue, audition), mais également sur le plan linguistique (barrière de la langue) et technologique (aptitude à utiliser le dispositif),
- s'il en éprouve le besoin, le patient doit pouvoir être assisté par une personne de son entourage direct (proche) ou indirect (interprète),
- la téléconsultation peut également se faire en présence d'un professionnel de santé, qui pourra à la fois aider le patient et « assister le médecin dans la réalisation de certains éléments de l'examen clinique et/ou du geste technique dans la limite de ses compétences »,
- le médecin doit disposer des données médicales nécessaires à la téléconsultation.

Ces considérations rappellent, entre autres, l'importance notoire que revêt l'examen physique, et, dans la configuration ordinaire d'une téléconsultation entre un praticien et son patient, l'impossibilité d'y avoir recours de façon satisfaisante, alors que de nombreuses situations cliniques l'exigeraient, comme le souligne une récente étude selon laquelle respectivement 47% et 6% des médecins utilisant la téléconsultation estiment l'examen clinique « souvent » ou « systématiquement » indispensable ⁵⁷.

Le « manque de clinique », qu'au demeurant presque tous les participants de notre étude déploraient, est régulièrement dénoncé dans la presse grand public comme dans la littérature spécialisée, faisant çà et là les gros titres, à l'instar de cette revue de médecine générale qui s'interroge en première page : « Que reste-t-il de la clinique ? » ⁵⁹. L'auteur de cet article met en évidence un paradoxe. D'un côté, explique-t-il, l'examen physique est, dans les faits, loin d'être systématique, d'abord parce que celui-ci n'est pas nécessaire au diagnostic dans la plupart des cas – il fait référence à une étude parue dans *British Medical Journal* en 1975 ⁶⁰, qui avance que 82% des diagnostics sont posés pertinemment au moyen du seul interrogatoire, l'examen physique et les investigations paracliniques n'apportant chacun que 9% supplémentaires de bons diagnostics –, et puis, parce que l'examen physique est rarement pratiqué de façon exhaustive. Pour illustrer ce dernier point, l'auteur se base sur une étude de la SFMG, qui fait remarquer qu'en moyenne le médecin généraliste procède à un examen physique complet dans seulement 43,2% de ses consultations, se contentant d'un examen locorégional dans 43,6% des cas – centré exclusivement sur le motif de consultation – et y renonçant carrément dans 13,1% des situations ⁶¹. D'un autre côté, la SFMG souligne le fait que l'examen *physique* – qui implique le *toucher* – va bien au-delà de la « simple exploration diagnostique ». Sans revenir sur l'aspect relationnel, que nous évoquions plus haut – qui, pourtant, aurait à nouveau toute sa place ici –, la main que pose le médecin sur son patient possède un « pouvoir de compassion que la machine n'aura jamais [et qui induit] un effet placebo, chiffré à 30% dans l'efficacité thérapeutique. [...] Ne plus examiner les patients revient alors à diminuer l'efficacité du traitement mis en place. Et puis, ne pas examiner le corps du malade, c'est refuser de donner au “corps imaginaire” (l'idée que le patient se fait de son corps et de ses organes qui le composent) une réalité médicale et par conséquent, nier une partie de la réalité de sa souffrance ».

On est donc en droit de se demander si, à défaut du médecin *en personne*, le recours à l'assistance d'un tiers paramédical accompagnant le patient dans les situations qui le nécessitent ne serait pas une solution

recommandable, puisqu'elle pourrait compléter opportunément l'examen clinique et représenterait une précieuse source d'informations pour le médecin se trouvant à *distance*. Ce tiers pourrait être une infirmière libérale ou, comme le suggéraient certains participants, un assistant médical, dont le statut est défini par arrêté⁶². Le plan « Ma santé 2022 », qui table sur un objectif de 4.000 assistants médicaux début 2022, précise qu'outre une infirmière, une aide-soignante, une auxiliaire de puériculture et, de façon plus large, toute personne détentrice d'un « certificat de qualification professionnelle d'assistant médical », peuvent remplir cette mission, dont « chaque médecin pourra définir le contenu [...], en fonction de ses besoins et de son mode d'organisation »⁶³. Il va de soi que l'assistant devra dûment être formé à la réalisation de ce type de tâches, ce qui, bien que prévu dans les textes, reste quelque peu abstrait pour le moment : « Une qualification professionnelle est en cours d'élaboration, mais pour faciliter la mise en place et les premiers recrutements, elle ne sera pas exigible dans les premières années de fonctionnement du dispositif. En revanche, l'assistant médical devra être formé ou s'engager à suivre une formation spécifique dans les 2 ans après son recrutement, et avoir obtenu cette qualification professionnelle dans les 3 ans »⁶⁴.

Le tiers paramédical aurait d'abord un rôle *direct*, en relevant les constantes vitales et en pratiquant un examen physique sommaire, « dans la limite de ses compétences », qui n'aurait bien sûr pas vocation à remplacer celui du praticien – un examen médical réalisé par un soignant paramédical relevant, dans les faits, d'un exercice illégal de la médecine et engendrant une potentielle perte de chance pour le patient –, mais qui pourrait, sous la supervision et la responsabilité du médecin, être d'un intérêt certain dans des situations cliniques ne souffrant d'aucune ambiguïté. Dans les faits, cette pratique existe de longue date, comme nous le confiaient de nombreux médecins, pour qui la collaboration avec les infirmières libérales n'a pas attendu l'avènement de la téléconsultation pour se mettre en place, l'exemple le plus fréquemment cité étant le suivi des plaies chroniques, qui se réglait par téléphone, au mieux en s'appuyant sur des photos échangées par smartphone. Mais dorénavant, il ne s'agit plus de se contenter d'un « simple » avis téléphonique, souvent émis à la hâte et sans disposer des éléments du dossier médical, mais bien de mettre à profit le cadre reconnu d'une téléconsultation en présence du patient, avec transmission vidéo, et médiée par l'intervenant paramédical présent sur place. Enfin, le tiers aurait un rôle *indirect*, par le biais des objets médicaux connectés, dont le maniement lui serait confié. L'auscultation *via* le stéthoscope connecté, l'inspection *via* l'otoscope connecté, ou encore l'analyse d'un tracé d'ECG connecté et l'interprétation d'une échographie de débrouillage par sonde

connectée seraient autant d'extensions cliniques et paracliniques possibles, que le médecin pourrait judicieusement mettre à profit afin de réduire au mieux les déficiences de la téléconsultation. Là encore, il n'est pas question de renoncer à l'expertise du médecin : la délégation de tâche concerne la manipulation des outils, non l'interprétation du rendu.

b) Prise en charge collégiale, centrée sur le patient : un atout pour les patients « chroniques »

Les personnes souffrant de pathologies chroniques, souvent âgées, en perte d'autonomie, ne pouvant pas se rendre au cabinet médical par leurs propres moyens, nécessitent des soins à domicile rapprochés. D'un côté, il y a leur médecin généraliste : ne pouvant se décupler, il leur rend visite lorsqu'il peut, tout au plus mensuellement. De l'autre : l'infirmière libérale, également débordée, qui néanmoins est amenée à voir le patient plus fréquemment, parfois toutes les semaines, souvent quotidiennement. Qui, sinon elle, suit le patient au plus près ? Qui donc, mieux qu'elle, sait mesurer l'importance d'un ajustement thérapeutique au vu de l'évolution clinique récente, ou percevoir la nécessité d'une visite médicale lorsqu'un événement intercurrent vient perturber l'équilibre précaire du patient ? S'il ne fait nul doute qu'elle joue, depuis longtemps, un rôle clé dans le suivi du patient « chronique », il est moins sûr que les échanges téléphoniques sporadiques avec le médecin, jusqu'à présent la règle, suffisent pour assurer un suivi optimal. Selon le principe de « plus de médecine » pour ceux qui en ont besoin, le partenariat entre les professionnels paramédicaux intervenant à domicile et le médecin mérite d'être renforcé. La téléconsultation pourrait, là encore, être utilisée à bon escient. Sans réduire le rythme de ses visites, le médecin aurait le moyen d'augmenter la fréquence des entrevues avec son patient et de disposer parallèlement d'un compte-rendu détaillé de l'infirmière, vidéo à l'appui, permettant d'éviter, parfois, des errances diagnostiques et thérapeutiques pendant des jours, voire des semaines, et d'évaluer l'indication d'une visite anticipée. Depuis le 1er janvier 2020, des dispositions réglementaires ont été prises pour valoriser l'intervention de l'infirmière libérale aux côtés du patient lors d'une téléconsultation: ainsi peut-elle facturer un acte d'« accompagnement à la téléconsultation », qui n'a pas à être prescrit par le médecin, et dispose-t-elle, au même titre que celui-ci, d'un financement annuel forfaitaire assumé par l'Assurance Maladie pour s'équiper en conséquence ⁶⁵.

Par ailleurs, chez les patients dont les possibilités de déplacement sont réduites, du fait d'un isolement social ou d'une infirmité, le suivi spécialisé est souvent remis à demain, faute de moyen de transport, faute de rendez-vous, et à la fin, faute d'envie... La téléexpertise – sujet qui dépasse le cadre du présent travail et que, pour cette raison, nous ne développerons pas davantage –, devra remplir la mission qu'on attend d'elle, à savoir venir en aide « aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique »⁶⁶, et « répondre aux difficultés d'accès à certains spécialistes dont les délais d'obtention d'un rendez-vous sont parfois longs »⁶⁷. Là aussi, l'infirmière jouera un rôle essentiel, en se chargeant des dispositions techniques de la consultation, en accompagnant le patient et en assistant le médecin « requis ».

Enfin, comme le suggérait un des praticiens de l'étude, la téléconsultation pourrait être opportunément mise au service d'un renforcement des actions de médecine préventive. Or, précisément, l'accompagnement d'un patient « chronique » reposant en grande partie sur la prévention secondaire, l'outil semblerait ici des plus adaptés. Aussi pourrait-on imaginer déléguer à l'assistant médical ou à l'infirmière, en-dehors de tout événement aigu, le soin de coordonner le suivi programmé du patient (prise des rendez-vous périodiques chez les spécialistes, contrôles biologiques réguliers, suivi du calendrier vaccinal, délivrance des kits de dépistage, ...) et d'organiser par la suite une téléconsultation en présence du patient et du médecin traitant, celui-ci pouvant alors, à la lumière des comptes rendus de consultation et des résultats d'examen paracliniques demandés, faire ce que d'aucuns dans nos entretiens appelaient un « débrief », c'est-à-dire fournir au patient une information médicale claire et lui prodiguer une éducation thérapeutique adaptée. Bien entendu, pour des raisons à la fois éthiques et pratiques, la téléconsultation est inconcevable dès lors que la situation clinique revêt un caractère par trop complexe ou qu'il s'agit d'annoncer un diagnostic péjoratif, auquel cas une rencontre directe avec le patient s'impose.

Ces nouveaux modes d'exercice, en renforçant la coopération entre médecin et professionnel paramédical, semblent davantage correspondre à l'image qu'on se fait d'une médecine centrée sur le patient et pourraient rendre à la téléconsultation sa vocation première : celle de lisser les disparités que nous dénonçons plus haut. Soulignons aussi que dans ses cinq critères d'éligibilité à la téléconsultation, la HAS préconisait qu'au besoin le patient devrait pouvoir être assisté non seulement par un professionnel de santé, mais aussi par une personne

de son entourage. Or, pour reprendre les mots d'un généraliste : « [La téléconsultation] préparée par l'infirmière avec les aidants implique davantage l'entourage du patient et permet une gestion plus collaborative de la pathologie »⁴³. Lorsque la téléconsultation fait se rencontrer les sphères privée et publique, lorsque aidants et professionnels de santé interviennent ensemble, les conditions semblent réunies pour assurer au patient, au cœur de ce dispositif, des soins de qualité.

c) Libérer du temps médical pour plus d'efficience : un objectif à atteindre

La téléconsultation, en permettant au médecin de s'affranchir de la distance géographique entre son cabinet et le domicile du patient, était vue par certains participants comme un moyen de gagner un temps précieux au profit d'autres impératifs. Si cette perspective se vérifie, d'après eux, dans le cadre de la téléconsultation limitée au colloque médecin / patient, elle pourrait s'avérer d'autant plus nettement avec l'intervention d'un tiers paramédical, configuration à laquelle les médecins interrogés étaient encore peu nombreux à avoir recouru, bien que la majorité appelle de ses vœux un renforcement de la collaboration avec les autres professionnels de santé.

En réponse aux défis démographiques médicaux et globaux que nous mentionnions en introduction de notre étude, un des objectifs affichés des pouvoirs publics est de créer les dispositions nécessaires pour améliorer l'accès aux soins – ou, du moins, pour éviter que celui-ci soit amené à se dégrader (!) –, notamment en développant la téléconsultation et en entérinant le statut d'assistant médical. À travers ces deux axes, espèrent-ils, « les assurés auront [...] moins de difficultés à trouver un médecin traitant et à obtenir un rendez-vous, avec un spécialiste notamment, dans un délai raisonnable »⁶⁴. En d'autres termes, il s'agit d'augmenter l'efficience du médecin, qui, libéré d'un certain nombre de tâches chronophages ne nécessitant pas son expertise, sera « en mesure de recevoir davantage de patients dans l'année, ou d'accepter d'être le médecin traitant d'un peu plus de patients qu'aujourd'hui. Il pourra aussi assurer un suivi plus approfondi des patients qui en ont besoin », explique l'Assurance Maladie. Précisons qu'il s'agit là non pas d'une possibilité, mais bien d'une obligation à laquelle le médecin est tenu s'il veut pouvoir engager un assistant médical et bénéficier d'une aide financière au recrutement de celui-ci.

La consultation triangulée peut s'entendre de deux manières : soit le tiers paramédical reçoit le patient dans un local dédié à la téléconsultation, soit il se déplace à son domicile. La première option était portée par un participant qui, avant le début de la pandémie, s'était investi pour la création d'une telle annexe dans une zone dite « d'intervention prioritaire », mais le projet n'avait pas abouti. D'autres « antennes » de téléconsultation ont pourtant vu le jour, mais, à en croire la majorité des participants, hostiles à ce type de dispositifs, elles sont loin d'avoir rencontré le succès escompté, car ce moyen paraît inadapté aux populations ciblées. En effet, il est hasardeux de penser répondre aux difficultés d'accès aux soins et à l'isolement de certains en invitant les patients à se rendre à un local dédié, d'abord parce qu'il s'agit souvent de personnes âgées n'étant pas en mesure de se déplacer, ou, du moins, vivant dans des territoires dépourvus de transports en commun, et aussi parce que, diraient-ils probablement, quitte à se déplacer, il vaut mieux aller directement chez le médecin ! Si un tel dispositif peut éventuellement avoir pour but de compenser temporairement un manque de praticiens dans une vaste zone médicalement sous-dotée où le prochain médecin disponible se trouve à plusieurs dizaines de kilomètres – ce qui n'est pas le cas de l'Alsace –, il ne saurait palier durablement les insuffisances du système.

Gageons, en revanche, que la deuxième option, celle d'une téléconsultation combinée à l'intervention de professionnels paramédicaux au domicile des patients, pourrait, grâce à la délégation de tâche qui en découle, améliorer l'accès aux soins. Il faut toutefois espérer que le médecin qui accueillera plus de patients ne verra pas son temps de travail augmenter en proportion, ce qui, bien sûr, n'est ni souhaité – « le contrat ne [demandant] pas au médecin de travailler plus longtemps »⁶⁴ –, ni souhaitable, comme le soulignaient d'autres participants, qui, sans écarter cette pratique, craignaient une charge de travail supplémentaire impossible à intégrer dans leurs programmes déjà bien remplis. Selon eux, il incombera aux autorités publiques de ne pas compliquer outre mesure la réglementation encadrant la téléconsultation et la collaboration avec les autres professionnels de santé, et il appartiendra aux développeurs d'objets connectés de proposer des outils simples d'utilisation et fiables, afin que le gain de temps annoncé ne soit pas un leurre, et l'efficience un vain mot.

d) Le cas particulier des EHPAD

Il ressort de nos entretiens que la télémédecine devrait, toujours dans l'optique de « plus de médecine » et non dans celle de s'exempter de la visite médicale habituelle, occuper une place croissante dans le suivi des résidents d'EHPAD. Si cette réflexion s'appliquait souvent à la téléexpertise – qui permet d'éviter certains déplacements incommodes, source de stress chez les patients très âgés –, il n'en demeure pas moins que certains praticiens comptaient proposer à l'avenir des téléconsultations à leurs patients. Plusieurs médecins ont découvert cet outil durant la pandémie, alors que les EHPAD s'ingéniaient à endiguer la propagation du virus et prenaient des mesures drastiques pour limiter au maximum les contacts avec l'extérieur. Dès lors, ils ont constaté que la téléconsultation pouvait judicieusement être utilisée dans un certain nombre de situations, au-delà même du contexte sanitaire en question.

En effet, ces personnes âgées nécessitent un suivi rapproché que leur médecin traitant, faute de temps, n'est pas toujours en mesure de leur apporter, alors même que leur état de santé fragile, objet de fluctuations fréquentes, doit régulièrement être évalué. Les équipes soignantes, qui sont en première ligne, suivent quotidiennement l'état des résidents et savent reconnaître une situation qui exige une consultation anticipée du médecin. Une téléconsultation pourrait alors être organisée par l'infirmière qui, au moyen d'un système de visioconférence – dans la chambre du patient ou dans une pièce dédiée –, entrerait en relation avec le médecin. À l'aide d'un « charriot » de téléconsultation, elle pourrait entreprendre les investigations cliniques et paracliniques jugées utiles par le médecin, qui serait alors en mesure de se prononcer sur la suite à donner : soit une simple modification thérapeutique (gestion de la douleur, ajustement des traitements anticoagulants, adaptation des médicaments psychotropes, suivi de plaies chroniques, etc.), soit, au besoin, une visite en personne, voire un transfert immédiat en milieu hospitalier.

Ainsi donc, la téléconsultation, si tant est qu'elle soit utilisée de façon judicieuse, représente un avantage certain, non seulement pour le médecin qui réduit ses déplacements, mais surtout pour le patient résident en EHPAD, pour qui une adaptation thérapeutique rapide permet parfois d'éviter une aggravation clinique, et donc une hospitalisation dont on connaît les éventuelles conséquences délétères.

5. Un cadre réglementaire mal connu

Notre enquête a révélé que la connaissance des textes encadrant la téléconsultation était fragmentaire chez la majorité des praticiens interrogés. Si, comme dit l'adage, nul n'est censé ignorer la loi, précisons tout de même qu'il s'agissait là, pour beaucoup de médecins, d'une pratique nouvelle dont les règles ont maintes fois été révisées sur une courte période pour faire face à une situation sanitaire inédite, si bien que certains s'étaient sentis livrés à eux-mêmes et regrettaient d'avoir été contraints d'utiliser ce nouvel outil de façon empirique, « chacun dans son coin » (D).

La HAS, quant à elle, rappelle que « la téléconsultation [répond] aux mêmes exigences que l'exercice médical en présentiel (lois et règlements applicables aux conditions d'exercice, aux règles de déontologie et aux standards de pratique clinique). De plus, la réglementation instaure des exigences spécifiques à la télémédecine » ⁴⁵, précisées dans l'article R6316 du Code de la santé publique, dont les alinéas les plus importants se déclinent comme suit :

- le premier définit les cinq actes de télémédecine,
- le second réaffirme la notion de « consentement » qui, à l'instar de toute prise en charge médicale, doit être libre et éclairé,
- le troisième explicite les « conditions de réalisation » (authentification des professionnels de santé, identification du patient, possibilité d'accès aux données médicales nécessaires à la réalisation de l'acte, et, lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif),
- le quatrième concerne la « tenue du dossier patient » et précise les éléments qui doivent y figurer (le compte-rendu de consultation, les actes et médicaments prescrits, l'identité des professionnels participant à l'acte, la date et l'heure de l'acte, le cas échéant : les incidents techniques survenus au cours de l'acte),
- le cinquième fixe les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie.

Le CNOM estime, lui aussi, que « la télémedecine est une forme de pratique médicale comme les autres », et qu'en même temps « des règles déontologiques spécifiques à la télémedecine doivent être observées »⁶⁸; celles-ci concernent essentiellement, comme nous le verrons, la sécurité des données médicales.

Par ailleurs, les modifications circonstanciées des textes au cours de l'année 2020 – notamment l'élargissement temporaire de la téléconsultation par téléphone à quelques situations spécifiques, détaillées en introduction, l'assouplissement des règles du parcours de soins ou encore les conditions de facturation – ne souffraient, *a priori*, d'aucune ambiguïté. Et pourtant, l'idée que se faisaient les médecins de certains aspects de la téléconsultation n'était pas toujours conforme à la description qu'en faisaient les autorités.

a) *Téléconsultation par téléphone : un usage trop répandu*

Dès la mi-avril 2020, le directeur de la CNAM déclarait qu'une téléconsultation téléphonique ne répondait pas au même niveau d'exigence qu'une téléconsultation vidéo²⁸. Ces propos annonçaient qu'à la sortie de l'état d'urgence sanitaire, le 11 juillet 2020, la dérogation devait prendre fin, ce qui fut le cas. Cependant, trois mois après, pas moins de 90% des médecins généralistes pratiquaient régulièrement des téléconsultations par téléphone, dont 50% donnaient lieu à une facturation à l'Assurance Maladie alors qu'ils n'étaient que 75% à travailler en visiophonie, avec 100% d'actes facturés⁶⁹.

D'aucuns voyaient la rémunération d'une téléconsultation par téléphone comme une juste « reconnaissance » du temps, parfois considérable, passé à répondre aux appels des patients : en d'autres termes, il s'agirait d'un prolongement des pratiques antérieures, mais cette fois-ci rémunérées. Or, si l'on fait abstraction des dispositions dérogatoires relatives à l'état d'urgence sanitaire, durant lequel l'usage du téléphone est non seulement autorisé, mais aussi et surtout indiqué, il est permis de douter de son bien-fondé en temps normal. Les textes officiels, sur ce point, sont sans équivoque : « Les honoraires du médecin ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués, même s'ils relèvent de la télémedecine. Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire »⁷⁰.

Il suffirait donc de faire appliquer scrupuleusement ces textes pour que soit empêchée la dérive financière que redoutaient bon nombre de participants de notre étude. Pour autant, des assauts interventionnistes pourraient se révéler contre-productifs, car en cherchant à contrôler la légitimité d'une téléconsultation, en particulier si celle-ci a été réalisée par téléphone, les moyens qu'il faudrait mettre en place pour y parvenir se heurteraient fatalement aux exigences du secret médical et chargeraient la téléconsultation, qu'on veut pourtant efficiente, d'un ensemble de mesures justificatives plus contraignantes les unes que les autres, un tel surcroît de bureaucratie risquant de décourager plus d'un praticien. Pour y obvier, les pouvoirs publics devraient peut-être, comme c'est le cas pour les abus d'autres natures observés dans la profession, concentrer leur attention sur les seuls médecins dont les comportements et les habitudes de facturation paraissent inappropriés et éveillent, à juste titre, des soupçons. Assurément les autorités pourraient-elles, par ailleurs, continuer à faire confiance à l'écrasante majorité des médecins, qui, sur le terrain, sont ponctuellement confrontés à des situations n'entrant pas dans le cadre figé d'une directive, quelle qu'elle soit, et qui sont à même de concilier bon sens et déontologie. « Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières »⁷⁰. L'avenir dira si la souplesse des pouvoirs publics et les comportements des médecins sauront s'harmoniser pour maintenir un équilibre financier viable, mais une réglementation plus coercitive nous paraît, pour le moment, superfétatoire.

Si un simple avis téléphonique ne saurait légitimer un honoraire particulier, il reste un autre aspect, non des moindres et régulièrement mentionné par les praticiens : celui des personnes âgées qui n'ont souvent pas d'autre choix que de recourir au téléphone. Le problème est réel et justifie à lui seul qu'on puisse, au-delà de la période d'urgence sanitaire, envisager d'utiliser le téléphone ponctuellement – « avec tact et mesure » –, précisément dans ces situations qui, malheureusement, n'offrent pour le moment aucune alternative. Mais l'existence de telles impasses est un argument de plus pour développer les téléconsultations faisant intervenir un professionnel paramédical au domicile du patient âgé, non familiarisé avec les moyens vidéo, permettant, à terme, de rendre caduc le débat sur l'utilisation du téléphone, puisque celle-ci devrait alors être proprement exceptionnelle. La SFMG, dans ses « recommandations à l'attention des institutionnels pour un déploiement efficace, pérenne et éthique de [la téléconsultation] à l'issue de la crise » rappelle, en outre, la nécessité

d' « accompagner les médecins et les patients à utiliser progressivement les outils de visioconférence sécurisés pour optimiser leurs échanges, et [d'] assurer une couverture internet suffisante partout en France » ⁷¹.

b) Pour la fin du remboursement à 100%

Initialement, la téléconsultation était remboursée comme une consultation classique, c'est-à-dire à 70% ou à 90%, selon le régime du patient, voire à 100% dans certaines situations bien précises, notamment lorsque la consultation était directement en rapport avec une ALD, un accident du travail ou une maladie professionnelle. Dès le 9 mars 2020, au début de la pandémie, la puissance publique avait promptement réagi en engageant plusieurs modifications réglementaires, dont le but était de permettre l'application de mesures susceptibles d'endiguer la propagation du virus. Parmi elles figurait le remboursement intégral des téléconsultations ; cette disposition concernait dans un premier temps les actes en lien avec le coronavirus ²¹, mais pour limiter davantage l'affluence dans les cabinets médicaux, l'Assurance Maladie l'a étendue, le 18 mars 2020, à l'ensemble des téléconsultations, quel qu'en soit le motif ²⁰. Cet aménagement est toujours en vigueur, la loi de financement de la Sécurité Sociale l'ayant prorogé, de façon prévisionnelle, au moins jusqu'au 31 décembre 2021.

Si la prise en charge de la téléconsultation à 100% a probablement contribué à son déploiement, et si la suppression du ticket modérateur a simplifié les modalités de facturation – le médecin n'ayant désormais qu'à transmettre une feuille de soin électronique à l'Assurance Maladie, qui lui versera l'intégralité du montant correspondant –, on peut malgré tout se demander si cette dérogation, adoptée dans des circonstances exceptionnelles, à un moment où la téléconsultation n'était encore qu'une pratique isolée, a toujours lieu d'être. Mieux : ne faudrait-il pas y voir, en réalité, une injustice patente ? Pour quelle raison, en effet, le patient qui se rend chez son médecin devrait-il être moins bien remboursé que celui ayant choisi de recourir à la téléconsultation ? La SFMG dénonce « une incitation financière à privilégier la téléconsultation plutôt que la visite chez un praticien, ce qui est compréhensible dans une période de distanciation physique nécessaire, mais discutable à l'issue de la crise » ⁷¹. Aussi, au-delà du surcoût conjoncturel, le remboursement intégral de la

téléconsultation pourrait à terme favoriser une surconsommation de soins et générer, *ipso facto*, une contrainte financière encore plus lourde pour le système de santé.

Dès lors, il semblerait logique d'adopter une posture impartiale et de soumettre la téléconsultation aux règles de remboursement appliquées généralement. Toutefois, pour ne pas annihiler les progrès atteints en matière de facturation, il appartiendra aux différents acteurs du numérique de développer des systèmes capables de faciliter le règlement du reste à charge. Dans cette optique, la SFMG propose, pour les médecins, l'élaboration d'un « système de règlement de la téléconsultation sinon “unique et partagé” au moins de fonctionnement similaire d'une solution à l'autre », et pour les patients, outre l'application systématique du tiers-payant, le développement d'un module de paiement « officiel et unique (rattaché au site d'Ameli, potentiellement), dans lequel seraient enregistrées leurs coordonnées bancaires, leur numéro de carte vitale, leur mutuelle... », autant de conceptions qui ne sont pas sans rappeler celle d'une plateforme unique de téléconsultation, évoquée plus haut.

c) *La sécurité des données médicales encore loin d'être assurée*

Aucun consensus n'est ressorti de nos entretiens quant aux dispositions à adopter pour que les informations échangées lors d'une téléconsultation le soient de façon sûre. Certains participants étaient d'avis qu'en la matière on en faisait déjà trop et rejetaient l'idée selon laquelle il faudrait accorder une importance particulière à la sécurité des données dans le domaine médical alors que par ailleurs le partage de la vie privée sur les réseaux sociaux représenterait la règle pour une majorité de patients. D'autres, en revanche, estimaient que ces nouveaux modes de consultation imposent de s'atteler davantage à la protection des données, étant entendu que la téléconsultation pourrait être « un cheval de Troie avec lequel les GAFAs pénétreraient le monde de la santé »¹⁷. Celles-ci seraient alors en mesure de détourner des informations au profit du « big data » qu'elles utiliseraient comme monnaie d'échange avec d'autres entreprises, soucieuses de mieux connaître le profil de potentiels acheteurs, ou avec des compagnies d'assurance, qui sauraient alors à quels clients proposer tel contrat, et lesquels exclure.

La médecine, pourtant, n'est pas un domaine comme un autre, et, à ce titre, ne peut suivre aveuglément toutes les évolutions de la société. « Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés... ». Certes, le monde a changé depuis Hippocrate – et la médecine au moins autant –, mais le respect absolu du secret reste un principe intemporel, car « il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret »⁷². À l'heure de la téléconsultation, cet impératif est réaffirmé par le législateur aux articles L.6313-10 et R.6313-10 du Code de la santé publique : « Les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L.1110-4-1 », qui reprend notamment les notions de « droits de la personne » et de « secret » telles qu'admises dans toute la pratique médicale. La HAS, quant à elle, rappelle non seulement l'obligation d'utiliser une « messagerie sécurisée », mais recommande en sus aux médecins pratiquant la téléconsultation d'avoir recours à une « plateforme d'échange sécurisée » et de disposer d'un hébergeur de données « agréé ou certifié »⁴⁵, dont la liste, régulièrement mise à jour, se trouve sur des sites gouvernementaux spécifiques^{73 74}. Enfin, le CNOM considère qu'« au regard de la confidentialité des échanges avec le patient, [le médecin doit] veiller à la sécurisation des moyens utilisés pour la vidéotransmission ainsi que pour toute communication et transmission de documents pendant et à l'issue de la téléconsultation »⁶⁸. Par voie de conséquence, la responsabilité du médecin, tant sur le plan juridique que sur le plan ordinal, peut être mise en cause en cas de non-respect des obligations de moyens susmentionnées.

Dès lors, l'emploi d'outils de visiophonie dits « grand public » paraît difficilement défendable. Certes, ceux-ci présentent des avantages non négligeables : celui d'être largement répandus dans la population générale, rendant le recours à la téléconsultation *a priori* moins difficile, et celui d'être pourvus d'une présentation simple et ergonomique, leurs fonctionnalités étant réduites à la portion congrue. Mais ces qualités ne suffisent certainement pas à compenser les importantes lacunes que ces médias recèlent, notamment leur incompatibilité avec les besoins concrets d'une téléconsultation (prise de rendez-vous, accès au dossier patient, module de prescription intégré, dispositif de facturation, etc.) et surtout leur inaptitude à garantir véritablement la sécurité et la confidentialité des échanges. Alors que, de l'aveu même du gouvernement, les « systèmes numériques en santé [...] présentent une grande vulnérabilité face aux cyber-attaques avec des risques associés

considérables »⁵⁴, il paraît indispensable que les médecins, dans l'intérêt de leurs patients, aient recours à des solutions respectant le cahier des charges *ad hoc*. Toutefois, comme le fait pertinemment remarquer la SFMG, il incombera aux pouvoirs publics et aux entreprises du numérique de « travailler sur la simplicité “immédiate” de ces outils et leur harmonisation »⁷¹, afin que la légitime exigence de sécurité des données ne soit pas grevée par des dispositions trop complexes, qui, selon toute vraisemblance, se heurteraient à la désaffection d'un certain nombre de praticiens, alors contraints d'utiliser, à défaut, des moyens inappropriés.

d) De l'intérêt d'une formation au bon usage de la téléconsultation

Il nous a été impossible de délimiter avec précision les indications et contre-indications de la téléconsultation, tant les avis de nos interlocuteurs divergeaient à ce sujet. En mai 2020, le collectif « Téléconsultation », partenaire de la SFMG, n'était, lui aussi, pas en mesure de proposer une conduite à tenir unanime et avait jugé nécessaire d'entreprendre des travaux de recherche complémentaires afin que les indications de cette nouvelle pratique soient définies « selon les filières et les cas d'usages, en tirant les enseignements de l'expérience de terrain des professionnels »⁷¹. Ceux-ci ont abouti, en octobre 2020, à l'élaboration de « fiches pratiques » spécifiques de chaque « filière de soins » ; l'une d'elles se veut adaptée à la médecine générale et suggère aux praticiens la posture à adopter selon le motif de consultation⁷⁵.

Tableau 2 : « Fiche pratique “La téléconsultation en médecine de premier recours” » (source : Collectif « Téléconsultation », teleconsultez.fr, 2020, SFMG, Catel, CompuGroup Medical)

Cas d'usage possible de la téléconsultation en médecine de 1er recours	critère indicatif de faisabilité	facilité technique (facile, intermédiaire, complexe)	A vérifier	Exemple
Prescription d'examen	possible pour un patient connu, selon l'appréciation du médecin	Intermédiaire	Nécessité éventuelle d'un examen clinique	Patient de 55 ans, diabétique de type 2, vu il y a 6 jours pour syndrome grippal en période épidémique. Absence d'amélioration, absence de signes de gravité. => Prescription d'examen complémentaires et revu le lendemain en consultation présenteielle avec les résultats
Rédaction de documents administratifs	possible pour des patients connus et pour des certificats basés sur l'interrogatoire / l'historique du patient Exclure les certificats d'aptitude au sport, pour l'emploi, nécessitant un examen physique)	Intermédiaire	Possibilité légale de la délivrance de ce certificat à distance	Procédure administrative, MDPH, demande d'ALD, demande de tiers temps pour enfants handicapés connus, grille GIR (APA)...
Prescription de contraceptifs	pour des patientes connues. pour les mineures déjà connues, l'accepter exceptionnellement sans la participation des parents	facile		Patiente de 16 ans, n'ayant pas le permis de conduire. Suivi par son médecin de famille. Souhaite prescription de pillule contraceptive. Pas de contre-indication médicale connue, visite réalisée il y a moins de 6 mois. => prescription transmise au cours de la téléconsultation, ou envoyée à la pharmacie
Interprétation de résultats d'examen	chez un patient connu, lorsque l'examen a été prescrit par le même professionnel	de facile à complexe en fonction des cas : - si examens biologiques, le médecin y a accès directement = facile - si examens d'imagerie, il faut se connecter au PACS du patient = intermédiaire - si le patient doit partager ses résultats au moment du rendez-vous = intermédiaire, nécessite une solution de téléconsultation sécurisée	Nécessité d'un examen clinique	Patient de 76 ans, traité par AVK, INR 1,5 pour un objectif entre 2 et 3. => Le médecin a accès aux résultats du patient. Il déclenche une téléconsultation pour explication de l'absence d'effet thérapeutique. Adaptation de la dose d'AVK. Note dans le dossier.
Avis médical ponctuel	Chez un patient connu	Simple	peut nécessiter un rendez-vous physique, en fonction des cas.	Patiente de 45 ans qui traverse un passage difficile dans sa vie (personnelle ou professionnelle), déprimée sans signe de gravité. => Vérifier risque suicidaire, réassurance, prescription (médicament, arrêt de travail...), réévaluation en présentiel si persistance dans les jours qui suivent.
Réévaluation et suivi de pathologie(s) chronique(s)	Patient connu Pathologie(s) stable(s) Pas de nouveau problème aigu à prendre en charge Si pas stable : - situation plus complexe, pourrait nécessiter une "téléconsultation assistée" par une infirmière ou un pharmacien, ou encore la participation d'autres médecins (diabétologue, cardiologue,...)	Simple Intermédiaire, si pluriprofessionnel	Nécessité éventuelle d'un examen clinique	Patient de 68 ans, diabétique et hypertendu, examiné cliniquement il y a 3 mois. A scanné et transmis via la téléconsultation une automesure tensionnelle et son résultat d'HBA1c. Interrogatoire à la recherche d'événement intercurrent nécessitant une consultation présenteielle. => Délivrance de l'ordonnance après éventuelle adaptation thérapeutique
Pathologie aiguë	Exclure enfants de moins de 10 ans, nourissons Si la téléconsultation a lieu en pharmacie, possibilité de faire un trod tests ou test avec bandelette urinaire.	Complexe	Nécessité fréquente d'un examen clinique	Rhinorrhée fébrile hivernale chez une patiente de 52 ans sans ATCD particulier. Interrogatoire à la recherche d'éléments nécessitant un examen clinique. => A défaut, prescription d'antipyrétique et avis d'arrêt de travail 48 heures car travaille en restauration collective

Production du Collectif Téléconsultation (teleconsultez.fr, 2020) SFMG, Catel, CompuGroup Medical.

« On pourrait utiliser un arbre décisionnel, à condition qu'il soit adapté à chaque personne », déclarait un participant de notre étude (G). Cette proposition, dont la visée est certes louable, met néanmoins en exergue toute la complexité du problème : il est difficile, en effet, de proposer des lignes directrices – par définition reproductibles en toutes circonstances – alors que chaque patient est unique, chaque présentation clinique singulière, et chaque médecin différent. Par conséquent, faudrait-il que les praticiens se réfèrent tout

bonnement au tableau ci-dessus, qui voudrait résumer le foisonnant panel de situations rencontrées en médecine générale à une liste sommaire de sept « cas d'usages » ? Nous ne le pensons pas, et doutons que ces cadrages, qui souvent coulent de source, aient le moindre impact sur la pratique des médecins, ceux qui se servent déjà de la téléconsultation n'ayant pas attendu ce mode d'emploi pour se confronter à la réalité de leur exercice, et ceux qui ne l'utilisent pas ayant leurs raisons, qui dépassent assurément ces considérations schématiques.

Plutôt que d'instaurer des lignes directrices conceptuelles, il serait judicieux de proposer aux médecins qui se disent intéressés – et ils sont nombreux, comme en attestent l'étude de Lucie Durif et Servane Maigner⁷⁶ et le travail d'Élodie Thouret⁷⁷ – des formations à la fois transversales et pratiques, articulées autour de cas cliniques concrets et variés. Celles-ci donneraient aux participants un aperçu détaillé des subtilités de ce média et leur permettraient, éventuellement, de faire de la téléconsultation un usage plus congruent aux situations rencontrées. De même, des enseignements idoines pourraient être intégrés au cursus universitaire des jeunes médecins, ce qui est déjà le cas dans certaines facultés (Bordeaux, Besançon, Caen, Lille, Montpellier, Nantes), qui proposent un « DIU de télémédecine »⁷⁸. Enfin, des colloques pourraient être tenus de façon périodique et accessible dans le cadre du DPC pour les praticiens déjà en activité, ce qui, au demeurant, est censé être la règle depuis longtemps⁷⁹, et qui, de surcroît, est préconisé par la SFMG, qui y voit le moyen d'éviter que ces conférences « dépendent [...] exclusivement des fournisseurs de solutions de téléconsultation », et donc de minimiser la survenue de conflits d'intérêts⁷¹.

V. CONCLUSION

Il y a quelques mois encore, la téléconsultation était une pratique hétérodoxe, méconnue et inusitée des médecins. Elle s'est imposée, bon gré mal gré, auprès d'un grand nombre de praticiens et de patients dès les débuts de la pandémie et, si l'on en croit les projections de l'Assurance Maladie et les déclarations des participants de notre étude, devrait, selon toute vraisemblance, faire partie durablement de l'offre de soins, dans des proportions encore imprécises, mais dont il est permis de penser qu'elles seront considérables.

Alors, quelle place pourrait occuper la téléconsultation en médecine générale ? Quelles orientations devrait-on lui donner pour qu'elle devienne, effectivement, une réponse décente aux répercussions du vieillissement de la population, de l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques et de l'aggravation de l'exode rural ? À sa modeste échelle, le présent travail a tenté d'apporter un éclairage nouveau sur ces questions éminemment actuelles et de proposer une ligne directrice pondérée. Celle-ci, tout en s'efforçant de rester en adéquation non seulement avec les aspects juridiques qui régulent la profession, mais surtout avec les principes éthiques et déontologiques qui l'animent, tient compte de la réalité, parfois complexe, toujours imprévisible, de l'exercice médical, particulièrement de celui des médecins qui nous ont gracieusement ouvert leur porte.

En considérant l'ensemble des réflexions précédentes, nous pensons être désormais en mesure d'esquisser le paysage de la téléconsultation telle qu'elle nous paraît la plus heureuse.

Sur le plan proprement technique, d'abord, il semble essentiel que tout soit mis en œuvre pour que la téléconsultation puisse se faire avec des logiciels professionnels respectant les critères de sécurité et de confidentialité fixés par la réglementation, ce qui impose qu'on rende ces outils plus accessibles. La plateforme unique de téléconsultation gérée par l'État, bien que souhaitée par une majorité de praticiens, n'est pas une option retenue par les pouvoirs publics, qui comptent en revanche instaurer des « espaces numériques de santé » et des « bouquets de services » d'ici 2022 ; ces mesures permettront éventuellement d'amorcer une simplification des systèmes, à condition que médecins et patients puissent concrètement s'en servir, ce qui, là

encore, renvoie à la nécessité impérieuse de développer des dispositifs fonctionnels, ergonomiques et interopérables. Les applications dites « grand public » devraient être écartées, car outre leurs lacunes en matière de protection des données, elles présentent l'inconvénient notable de ne pas disposer des diverses fonctionnalités subsidiaires, pourtant essentielles au bon déroulement d'une téléconsultation. Le téléphone, quant à lui, quoiqu'il remplisse encore moins les conditions requises, devrait malgré tout pouvoir être utilisé ponctuellement, en ultime recours, dans le cas de patients incapables d'utiliser l'interface numérique, tant qu'aucune alternative satisfaisante ne leur sera proposée, comme par exemple l'intervention avantageuse d'un tiers paramédical à domicile, pierre angulaire du suivi des personnes fragiles ou isolées.

Concernant les modalités administratives de la téléconsultation, si l'on considère que celle-ci équivaut, ni plus ni moins, à une consultation classique, à ceci près que les protagonistes se trouvent à des endroits distincts, rien ne justifie que les deux actes diffèrent dans leurs conditions de prise en charge. Donc, comme leur tarif conventionné est légitimement le même, leur taux de remboursement devrait lui aussi être identique, sans quoi on leur accorderait implicitement une valeur inégale, et on inciterait de surcroît les patients à préférer tel mode pour des raisons purement pécuniaires, parfois au détriment d'un avis médical adapté. La perte de la simplification de l'étape de facturation qu'entraînerait un retour au règlement du reste à charge par le patient devra toutefois être compensée par le développement d'outils facilitant cette transaction à distance. Par ailleurs, la téléconsultation devrait suivre, à l'instar de la consultation « présenteielle », le sillon du parcours de soins, afin de limiter les tribulations d'un recours sporadique et désorganisé au système de santé, et d'assurer, au contraire, un suivi cohérent du patient, lequel n'est possible qu'en vertu d'un lien thérapeutique étroit. Enfin, pour les cas – exceptionnels – où le parcours de soins ne s'appliquerait pas, une solution malgré tout satisfaisante résiderait dans le fait que la téléconsultation se fasse auprès d'un médecin installé dans la zone géographique où habite le patient et exerçant au sein d'une CPTS, ce qui permettrait, le cas échéant, d'orienter correctement le patient vers un confrère ou un autre professionnel de santé tout en s'inscrivant dans une démarche de continuité des soins. L'accès partagé au dossier médical du patient, élément essentiel de la coordination des soins, qui prend ici toute son importance, devra être renforcé, non seulement par l'augmentation du nombre de DMP ouverts, mais bien par la mise à jour régulière et l'utilisation éclairée de ceux-ci.

D'un point de vue éthique, ensuite, il est à remarquer que la téléconsultation doit réduire les inégalités d'accès aux soins. Or, pour le moment, rien n'est acquis. D'après une étude de l'INSEE de 2019, l'« illectronisme » – néologisme raboteux entré dans Le Robert 2021, au même titre que « technophile » et « technophobe »⁸⁰ – concernerait 17% de la population, et « les personnes les plus âgées, les moins diplômées, aux revenus modestes [...] sont les plus touchées par le défaut d'équipement comme par le manque de compétences »⁸¹. À l'évidence, la population ici décrite inclut en grande partie les personnes théoriquement ciblées par la téléconsultation. Cette statistique ponctuelle vient corroborer nos propres observations et nous conforte dans l'idée que, si l'on ne compte pas détourner ce nouvel outil au profit d'une minorité bien-portante, mais qu'au contraire on le conçoit véritablement sous l'angle de l'équité, si l'on veut effectivement « plus de médecine » pour ceux qui en ont besoin, il faudra impérativement recentrer son usage sur la prise en charge des plus désemparés.

Un tel changement de cap devra impliquer l'ensemble des acteurs de santé, tout particulièrement le médecin généraliste et les professionnels paramédicaux, dont la collaboration gagnerait à être renforcée. Il faudrait en outre sensibiliser les infirmières à ces nouveaux défis, afin qu'elles interviennent au domicile des patients fragiles, tant pour faciliter la prise en main de l'outil numérique par ceux-ci et réaliser la téléconsultation auprès d'eux, de façon triangulée, que pour redonner sa place à l'examen clinique, qui pourra, sous le contrôle et la responsabilité du médecin, leur être délégué – au besoin à l'aide d'objets connectés – lorsqu'aucun événement intercurrent n'est à déplorer et que la tâche ne dépasse pas leur domaine de compétence. Il serait de plus envisageable de leur confier des missions de médecine préventive (prise de rendez-vous périodiques chez les spécialistes, contrôles biologiques réguliers, suivi du calendrier vaccinal, délivrance des kits de dépistage, ...), d'une importance capitale chez ces patients présentant fréquemment de multiples pathologies chroniques. Par ailleurs, il serait du plus grand intérêt de favoriser la formation des assistants médicaux, qui pourraient réaliser des tâches chronophages ne requérant pas d'expertise médicale et donc contribueraient à augmenter le temps proprement médical que les praticiens seraient alors capables d'accorder à leurs patients. Pourraient également leur être déléguées certaines des fonctions précitées, ce qui serait d'autant plus utile que, comme on sait, l'emploi du temps des infirmières libérales se trouve déjà bien chargé. Alors seulement, lorsque l'ensemble de ces dispositifs seront effectifs, la téléconsultation retrouvera sa vocation première, celle d'être un outil

privilegié au service d'une médecine centrée sur le patient, désireuse de réduire les disparités de traitement de la population en matière de santé.

D'autres applications de la téléconsultation pourraient être davantage exploitées, la plus décrite par les participants de notre étude – et probablement la plus fructueuse, vu les perspectives démographiques, tant à l'échelle de la population médicale qu'à celle du pays – étant le développement de cette technologie au sein des EHPAD. Outre le rôle crucial qu'y jouerait la téléexpertise en limitant certains déplacements évitables chez le spécialiste, source de stress chez ces résidents vulnérables, la téléconsultation pourrait en elle-même s'avérer avantageuse, puisqu'elle permettrait au médecin généraliste d'intensifier le suivi de ses patients, pour qui une adaptation thérapeutique rapide permet parfois d'éviter une aggravation clinique, voire une hospitalisation, aux conséquences souvent délétères.

Enfin, si ces projections peuvent paraître intéressantes sur le papier, elles ne pourront se concrétiser qu'à la condition irrefragable que les intervenants s'approprient l'outil et soient capables de l'utiliser à bon escient, ce qui présuppose une formation adaptée aux fonctions et domaines de compétence de chacun. Cette formation ne sera pas circonscrite, pour les assistants médicaux et les infirmières, comme pour les médecins, à la seule acquisition d'aptitudes proprement techniques relatives au maniement des appareils : elle devra, en l'absence d'une liste exhaustive et péremptoire des indications et contre-indications de la téléconsultation, permettre d'appréhender les maintes subtilités de cette nouvelle pratique.

Voilà, en toute brièveté, le bilan que nous pouvons dresser de la présente étude. Bien sûr, si les opinions que nous défendons ici sont inspirées des déclarations des médecins interrogés et se sont construites à la lumière de nos diverses lectures, elles n'engagent toujours que nous. Notre travail, évidemment loin d'être exhaustif, gagnerait à être repris, complété, ou même contredit par d'autres. Il serait, par exemple, intéressant de préciser les contours d'une formation à la téléconsultation, tant pour les médecins que pour les professionnels paramédicaux, sujet que nous n'avons pu qu'effleurer. Une autre piste qu'il paraît prometteur d'explorer serait d'invoquer le témoignage des principaux intéressés à ce nouvel outil, les patients, qui, de plus en plus nombreux à y avoir recours, auraient sans doute des suggestions à faire, et des griefs à formuler. Il pourrait, en outre, être pertinent de confronter les résultats de notre étude – qui se limitait à l'avis de dix omnipraticiens

libéraux d'Alsace – aux données émanant de travaux fondés sur des échantillons de médecins exerçant dans d'autres régions de France, voire dans des pays étrangers. Enfin, considérant qu'il faudra nécessairement attendre plusieurs années avant de disposer du recul voulu pour avoir un aperçu clair de ce que la téléconsultation aura permis – ou détruit –, il sera judicieux, à ce moment-là, d'analyser derechef la situation et d'en tirer des conclusions plus probantes. Peut-être pourra-t-on alors déterminer s'il s'agit « d'une simple évolution technologique ou d'une révolution qui [aura entraîné] une modification profonde des systèmes de santé »¹⁷.

En cette période où les innovations dans la sphère numérique soulèvent tant d'interrogations nouvelles, anxieuses et frémissantes, nous partageons volontiers l'inquiétude de l'écrivain Philippe Barthelet, lequel espère que sous couvert de *progressisme*, la « sophistique binaire “présentiel / distanciel”, qui met sur le même plan une réalité et son absence [ne fasse pas] de la présence une caractéristique secondaire, quasi superflue »⁸². La médecine, en effet, doit rester un art éminemment humain, et ne devrait en aucun cas se résigner à devenir la main exécutrice d'un système « technophile ».

VU
Strasbourg, le 27 03 2021
Le Président du Jury de Thèse

Professeur Yves HANSMANN



VU et approuvé
Strasbourg, le 26 MARS 2021
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VI. BIBLIOGRAPHIE

¹ République française. Article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST » Hôpital, Patients, Santé et Territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

² République française. Articles L6316-1 et R6316-1 sqq. du Code de la santé publique.

³ DHOS - Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf. Consulté le 18 mai 2020.

⁴ DGOS – Direction Générale de l'Offre de Soins. Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methdologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf. Consulté le 18 mai 2020.

⁵ INSEE – Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Espérance de vie – Mortalité. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>. Consulté le 13 juin 2020.

⁶ INSEE – Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Population par âge. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>. Consulté le 13 juin 2020.

⁷ CESE – Conseil Économique, Social et Environnemental. Les maladies chroniques. [En ligne]. Disponible sur : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf. Consulté le 13 juin 2020.

⁸ CNOM – Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France ; situation au 1^{er} janvier 2020. [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf. Consulté le 17 février 2021.

⁹ ORSAL – Observatoire Régional de la Santé d'Alsace. Répartition des médecins généralistes libéraux à l'horizon 2010. [En ligne]. Disponible sur : https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/synthese_generalistes_liberaux_2010.pdf. Consulté le 20 mai 2020.

¹⁰ CNOM – Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude sur l'installation des jeunes médecins. [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf. Consulté le 24 mai 2020

¹¹ Bras PL. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? Les Tribunes de la santé. 2016 ; 1 (50) : 67-91.

¹² MG France – Fédération française des médecins généralistes. Chute du nombre de consultations en France : l'accès aux soins prend une claque. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/publication/lettreauxgeneralistes/2426-chute-du-nombre-de-consultations-en-france-l-acces-aux-soins-prend-une-claque>. Consulté le 4 juin 2020.

-
- ¹³ République française. Article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 dite « LFSS » Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014. JORF n°0298 du 24 décembre 2013.
- ¹⁴ République française. Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 dite « LFSS » Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2017. JORF n° 0299 du 24 décembre 2016.
- ¹⁵ CPAM – Caisse Primaire d’Assurance Maladie. La téléconsultation. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haut-rhin/assure/remboursements/rembourse/telemedecine/teleconsultation>. Consulté le 4 juin 2020.
- ¹⁶ CNAM – Caisse Nationale d’Assurance Maladie. Communiqué de presse du 26 mars 2019 : « Bilan à 6 mois de la Télémédecine : Une montée en charge progressive ». [En ligne]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_a_6_mois_de_la_Telemedecine.pdf. Consulté le 4 juin 2020.
- ¹⁷ Nys JF. La télémédecine, simple évolution ou véritable révolution des usages dans le système de santé français ? L’Harmattan *Marché et organisations*. 2020 ; 2 (38) : 15-36.
- ¹⁸ Habib J, Yatim F, Sebai J. Analyse des facteurs influençant l’émergence des pratiques de télémédecine : le cas des maisons de santé en France. *ESKA Systèmes d’information & management*. 2019 ; 1 (24) : p.49-50.
- ¹⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche patients : « Recours à la téléconsultation dans le cadre de l’épidémie de coronavirus (Covid-19) ». [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_teleconsultation-fiche-patient.pdf. Consulté le 14 novembre 2020.
- ²⁰ Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche médecins : « Recours à la téléconsultation dans le cadre de l’épidémie de coronavirus (Covid-19) ». [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_teleconsultation-fiche-medecin.pdf. Consulté le 14 novembre 2020.
- ²¹ République française. Décret n°2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d’assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19. JORF n°0059 du 10 mars 2020.
- ²² DGOS – Direction Générale de l’Offre de Soins. Tableau récapitulatif des professions autorisées à exercer à distance dans le cadre de la gestion de crise Covid-19. [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/teleconsultation-et-covid-19-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment>. Consulté le 4 avril 2020.
- ²³ Le Blanc A, Gattuso C. Le coronavirus dope les téléconsultations. *Le Généraliste* 2020 mars 25 ; (2905).
- ²⁴ Doctolib. Publication du 10 avril 2020 : « Doctolib dépasse 1 million de téléconsultations ». [En ligne]. Disponible sur : <https://info.doctolib.fr/blog/covid19/2020/04/10/1-million-de-consultations-video/>. Consulté le 12 février 2021.
- ²⁵ CNAM – Caisse Nationale d’Assurance Maladie. Communiqué de presse du 31 mars 2020 : « Croissance record du recours à la téléconsultation en mars ». [En ligne]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/20200331_-CP_Teleconsultations_Covid_19.pdf. Consulté le 4 juin 2020.
- ²⁶ Lancelot S. Coronavirus : le cap du million de téléconsultations franchi la semaine passée. *Le Généraliste* 2020 avril 16.
- ²⁷ CNAM – Caisse Nationale d’Assurance Maladie. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l’évolution des charges et des produits de l’Assurance Maladie au titre de 2021. [En ligne]. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie_1.pdf. Consulté le 24 septembre 2020.

- ²⁸ Sénat – Comptes rendus de la Commission des affaires sociales du 15 avril 2020 – Audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (en téléconférence). [En ligne]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20200413/soc.html>. Consulté le 24 septembre 2020.
- ²⁹ CNAM – Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Communiqué de presse du 16 septembre 2020 : « Téléconsultation, une pratique qui s'installe dans la durée ». [En ligne]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-09-16_Teleconsultations_anniversaire_2_ans.pdf. Consulté le 24 septembre 2020.
- ³⁰ Fainzang S. Et si la crise actuelle était un tournant de civilisation... Le Quotidien du Médecin 2020 mai 19 ; (9834).
- ³¹ Winter E, dans Bellanger E. La « conversion » des psychiatres à la téléconsultation. Le Quotidien du Médecin 2020 octobre 6 ; (9859).
- ³² Frappé P. Initiation à la recherche. 2^{ème} édition. Saint-Cloud : GM Santé - CNGE Productions ; 2018, 224 p.
- ³³ Sénat – Critères retenus par l'INSEE pour la définition des communes rurales, 9^{ème} législature, 1992. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/1992/qSEQ920621681.html>. Consulté le 26 septembre 2020.
- ³⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé. Recherches impliquant la personne humaine. [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>. Consulté le 14 juin 2020.
- ³⁵ Université de Strasbourg. Comité d'éthique pour la recherche. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.unistra.fr/index.php?id=ethique-recherche>). Consulté le 14 juin 2020.
- ³⁶ CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Les médecins au cœur du circuit « contact tracing » des patients Covid-19. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/bas-rhin/medecin/actualites/les-medecins-au-coeur-du-circuit-de-contact-tracing-des-patients-covid-19>. Consulté le 17 novembre 2020.
- ³⁷ CNOM – Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en Région Alsace, situation en 2015. [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/lej6kog/atlas_alsace_2015.pdf. Consulté le 28 décembre 2020.
- ³⁸ Saintôt B, dans Mounier F. Colloque sur la télémédecine au Centre Sèvres : construire un cadre éthique. Laennec. 2020 ; 2 (58) : p.34.
- ³⁹ Mathieu-Fritz A. Les téléconsultations en santé mentale, ou comment établir la relation psychothérapeutique à distance. Réseaux. 2020 ; 1 (207) : 123-164.
- ⁴⁰ Chokron S. Apport de la téléconsultation au bilan neuropsychologique de l'enfant. Revue de neuropsychologie. 2020 ; 2 (12) : 153 sq.
- ⁴¹ Pols J. Fabuleuses webcams, regards actifs et technologies invisibles. Réseaux. 2018 ; 1 (207) : 65-94.
- ⁴² Le Breton D. Et si la crise actuelle était un tournant de civilisation... Le Quotidien du Médecin 2020 mai 19 ; (9834).
- ⁴³ Jayat P. Soins au domicile pour les patients en ALD : à Bergerac, la CPTS ose la téléconsultation. Le Quotidien du Médecin 2020 février 20 ; (9810).
- ⁴⁴ Woessner M. Télémédecine 2018 : année charnière. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2018, 91 p.

-
- ⁴⁵ HAS – Haute Autorité de Santé. Téléconsultation et téléexpertise : mise en œuvre. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf. Consulté le 14 août 2020.
- ⁴⁶ Pols J. Fabuleuses webcams, regards actifs et technologies invisibles. Réseaux. 2018 ; 1 (207) : 65-94.
- ⁴⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé. Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville. [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>. Consulté le 22 décembre 2020.
- ⁴⁸ CSMF – Confédération des Syndicats Médicaux Français. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.csmf.org/actualites/2018-11-06-000000/dmp-enfin-reussir>. Consulté le 22 décembre 2020.
- ⁴⁹ CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Plus de 8 millions de DMP désormais ouverts. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/plus-de-8-millions-de-dmp-desormais-ouverts>. Consulté le 22 décembre 2020.
- ⁵⁰ Gouvernement. Santé : 40 millions de carnets de santé numériques d'ici à 5 ans. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/sante-40-millions-de-carnets-de-sante-numeriques-d-ici-a-5-ans>. Consulté le 22 décembre 2020.
- ⁵¹ Texier B. DMP : la France passe le cap des 9 millions de dossiers médicaux partagés. Archimag 2020 juillet 22. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.archimag.com/demat-cloud/2020/07/22/dmp-france-passe-cap-9-millions-dossiers-medicaux-partages>. Consulté le 22 décembre 2020.
- ⁵² Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JORF n°0172 du 26 juillet 2019.
- ⁵³ Gervais J-B. DMP : objectif 40 millions en 2022... What's up Doc 2018 novembre 7. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/dmp-objectif-40-millions-en-2022>. Consulté le 22 décembre 2020.
- ⁵⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé – Présentation de la feuille de route « Accélérer le virage du numérique ». [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/presentation-de-la-feuille-de-route-acceler-le-virage-du-numerique>. Consulté le 5 janvier 2021.
- ⁵⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé – Solutions de télémédecine recensées par le ministère. [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/teleconsultation-et-covid-19-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment>. Consulté le 16 avril 2020.
- ⁵⁶ Simon P. Télémédecine : enjeux et pratiques. Brignais : Le Coudrier ; 2015, 190 p.
- ⁵⁷ DREES – Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Le quatrième panel national d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-le-panel-dobservation-des-pratiques-et-des-conditions-dexercice-en>. Consulté le 5 janvier 2021.
- ⁵⁸ HAS – Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf. Consulté le 14 août 2020.
- ⁵⁹ Dorra A. Que reste-t-il de la clinique ? Le Quotidien du Médecin 2020 novembre 20 ; (9872).

-
- ⁶⁰ Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of historytaking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J*. 31 mai 1975;2(5969):486-9.
- ⁶¹ Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Issy Les Moulineaux : SFMG ; 1997, 45 p.
- ⁶² République française. Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical. *JORF* n°0263 du 13 novembre 2019.
- ⁶³ ARS – Agence Régionale de Santé. Ma santé 2022 : grands axes de transformation. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-07/2019-07-10-Masante2022-adoption-PJL.pdf>. Consulté le 7 janvier 2021.
- ⁶⁴ CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>. Consulté le 7 janvier 2021.
- ⁶⁵ CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Téléconsultation : les patients peuvent être assistés d'un infirmier. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/teleconsultation-les-patients-peuvent-etre-assistes-dun-infirmier>. Consulté le 7 janvier 2021.
- ⁶⁶ CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Téléexpertise. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haut-rhin/exercice-coordonne/exercice-professionnel/telemedecine/teleexpertise>. Consulté le 7 janvier 2021.
- ⁶⁷ CNAM – Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Info presse du 12 février 2019 : « Tout savoir sur la télé-expertise en 14 questions ». [En ligne]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FAQ-Teleexpertise_fevrier-2019.pdf. Consulté le 7 janvier 2021.
- ⁶⁸ CNOM – Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le point sur la téléconsultation. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/point-teleconsultation#sommaire-id-1>. Consulté le 18 décembre 2020.
- ⁶⁹ Solère P. Des généralistes seuls à la barre face au Covid-19. *Le Quotidien du Médecin* 2020 octobre 2 ; (9858).
- ⁷⁰ CNOM – Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie ; article 53. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-53-honoraires>. Consulté le 2 janvier 2021.
- ⁷¹ SFMG – Société Française de Médecine Générale / Collectif téléconsultation du Catel. Recommandations sur la téléconsultation des professionnels de santé aux institutionnels. [En ligne]. Disponible sur : http://www.sfm.org/data/actualite/actualite_fiche/520/fichier_recommandations-collectif-teleconsultation-web5d4a2.pdf. Consulté le 4 janvier 2021.
- ⁷² Portes L. Académie des sciences morales et politiques ; 5 juin 1950. Paris.
- ⁷³ Agence du Numérique en Santé. Liste des hébergeurs agréés. [En ligne]. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hds/liste-des-herbergeurs-agrees>. Consulté le 7 janvier 2021.
- ⁷⁴ Agence du Numérique en Santé. Liste des hébergeurs certifiés. [En ligne]. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hds/liste-des-herbergeurs-certifies>. Consulté le 7 janvier 2021.

-
- ⁷⁵ Catel – Centre de Ressources et d’Expertise en e-Santé. Fiches pratiques par filières de soins : la téléconsultation en médecine de premier recours. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.teleconsultez.fr/fiches-pratiques>. Consulté le 7 janvier 2021.
- ⁷⁶ Durif L, Maigner S. Critique de la téléconsultation en médecine générale à travers l’exemple de la pratique en milieu maritime. Thèse de médecine. Université d’Aix-Marseille ; 2018, 97 p.
- ⁷⁷ Thouret EC. La télémédecine auprès des médecins généralistes libéraux du Puy-de-Dôme. Thèse de médecine. Université Clermont-Auvergne ; 2019, 84 p.
- ⁷⁸ DIU national de télémédecine. Une approche globale de la télémédecine. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.diu-telemedecine.fr>. Consulté le 10 janvier 2021.
- ⁷⁹ République française. Arrêté du 20 décembre 2018 modifiant l’arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018. JORF n°0298 du 26 décembre 2018.
- ⁸⁰ Le Robert. Dictionnaire en ligne. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.lerobert.com>. Consulté le 12 février 2021.
- ⁸¹ INSEE – Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Une personne sur dix n’utilise pas Internet, plus d’un usager sur trois manque de compétences numériques de base. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>. Consulté le 12 février 2021.
- ⁸² Barthelet P. L’esprit des mots : « Présentiel ». Valeurs actuelles 2020 juillet 16 ; (4364).

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : HOMMESPrénom : fidèle

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avec conscience
de n'avoir reproduit dans mes documents
aucune partie de l'œuvre(s) déjà existante(s)
à l'exception de quelques brèves citations
à mescripte.

Signature originale :

A Strasbourg, le 20/03/21.

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.