

**Faculté de santé publique**

**Quel est le vécu des médecins dans  
la relation thérapeutique qui ont  
dispensé des téléconsultations  
durant le premier confinement de la  
Covid ?**

Mémoire réalisé par  
**Monica Swinnen**

Promoteur·rice(s)  
**Sophie Thunus**

Année académique 2022-2023  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



Faculté de santé publique

**Titre du mémoire :**

Quel est le vécu des médecins dans la relation thérapeutique qui ont dispensé des téléconsultations durant le premier confinement de la Covid ?

Mémoire réalisé par :

**Monica Swinnen**

Promotrice

**Sophie Thunus**

Année académique : 2022 – 2023

**Master en sciences de la santé publique , finalité spécialisée**

## Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier tout particulièrement, ma promotrice, Madame Sophie Thunus, pour la patience dont elle a fait preuve à mon égard, sans vous, je n'y serais jamais arrivé. Merci pour votre accompagnement et vos conseils avisés qui m'ont permis de réaliser ce travail, ainsi que d'avoir initié la création du groupe de travail mémoire, qui a été pour moi, un moteur et une source de précieux conseils.

Je remercie aussi tous les médecins qui ont gentiment accepté de se prêter au jeu des entretiens, sans qui ce travail n'aurait été possible.

Merci à mes lecteurs Madame Sandy Tubeuf et Monsieur Alain Loute.

Je tiens également à remercier Bon Papa et Jean-François pour vos multiples relectures, ma famille et amis pour vos encouragements.

Et pour terminer, je remercie mon mari et mes enfants, qui ont toujours été là pour moi. Leur amour et leur soutien inconditionnel m'ont permis d'arriver là où je suis.

Le plagiat :

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

<b>A. Introduction</b>	<b>8</b>
<b>B. Cadre théorique</b>	<b>11</b>
<b>1. La relation thérapeutique</b>	<b>11</b>
1.1. Concepts	11
1.2. Quelques modèles de la relation thérapeutique	12
1.3. Les éléments clés de la relation thérapeutique	14
1.4. L'approche centrée sur le patient	17
1.5. Éléments pouvant rendre difficile une relation thérapeutique	18
<b>2. La relation thérapeutique à distance</b>	<b>20</b>
2.1. Évolution	20
2.2. Définition	21
2.3. Télémédecine avant Covid en Belgique et dans le monde	21
2.4. Télémédecine pendant Covid en Belgique et dans le monde	22
2.5. Avantages et inconvénients	25
2.5.1 Consultation à distance	25
2.5.2 Consultation à distance par visio-conférence	26
2.6. Impact sur la relation thérapeutique	28
<b>Question de recherche</b>	<b>28</b>
<b>Objectif de la recherche</b>	<b>29</b>
<b>C. Cadre pratique</b>	<b>30</b>
<b>1. Méthodes</b>	<b>30</b>
1.1. Cheminement réflexif	30
1.2. Guide d'entretien	31
1.3. Échantillon	32
<b>2. Résultats</b>	<b>35</b>
2.1. Généralités	35
Ressenti personnel des médecins vis à vis de la pandémie	36
Conséquence du confinement sur l'organisation professionnelle et familiale des médecins	36
États des lieux des connaissances en matière de téléconsultation	37
Condition préalable requise pour une téléconsultation par vidéo ou téléphone	38
Conception de la relation thérapeutique selon les médecins	39
Approche réactive de la téléconsultation	41
Objectifs de la téléconsultation	42
Conséquences de la téléconsultation	43
2.2. Téléconsultations par téléphone (concerne 5 médecins)	47
Avantages de la téléconsultation	47
Inconvénients et limites des téléconsultations par téléphone	49
2.3. Téléconsultations par vidéo conférence (concerne 5 médecins)	53

Avantages de la téléconsultation par vidéo.....	53
Inconvénients et limites des téléconsultations par vidéo.....	54
<b>3. Discussion.....</b>	<b>56</b>
<b>3.1. L'utilisation du téléphone ou plutôt de la vidéo .....</b>	<b>59</b>
<b>3.2. Les implications de la distance physique.....</b>	<b>60</b>
<b>3.3. Les implications de la distance visuelle .....</b>	<b>62</b>
<b>3.4. Des cadrages utiles .....</b>	<b>63</b>
<b>3.5. La téléconsultation dans l'idéal.....</b>	<b>64</b>
<b>4. Limites et perspectives .....</b>	<b>64</b>
<b>D. Conclusions .....</b>	<b>65</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>67</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>73</b>

## A. Introduction :

*« Il n'y a pas d'habit meilleur que la santé, ni de trésor plus précieux que la satisfaction »*

Amor Abbassi

Infirmière travaillant aux soins intensifs, j'ai vécu intensément la Covid. D'un point de vue professionnel, j'ai pris conscience de vivre quelque chose hors du commun, d'un point de vue humain, d'être le témoin et de lire la détresse dans les yeux des patients et des familles face à ce virus inconnu et potentiellement mortel. Ce passage dans ma vie de soignante a éveillé en moi l'envie de concevoir mon mémoire autour de ce sujet. Dans mon service de soins intensifs, puisque les familles ne pouvaient pas venir rendre visite en personne aux patients, nous avons très vite mis en place les appels vidéo via une tablette. Même si cette solution de fortune a permis de garder un certain contact entre le malade et son entourage, elle a également montré ces limites. Les patients et leur famille ont souffert de la distance qui leur était imposée. Alors qu'ils étaient malades et pour certains en situation critique, le sentiment de réconfort qu'offre la présence et le toucher d'un proche a cruellement manqué. La distance a pour beaucoup d'entre nous été difficile à vivre, citons les personnes âgées, ou encore les personnes isolées. Cet éloignement a également eu des répercussions sur les professionnels de la santé et leur pratique. J'ai par conséquent eu l'envie de m'intéresser aux consultations à distance qui ont eu lieu durant le confinement et plus particulièrement par vidéo-conférence.

Mais revenons un peu en arrière.

En décembre 2019, nous prenons connaissance via les médias que la Chine fait face à une épidémie de pneumonies d'origine virale. Ce n'est qu'en janvier 2020 que les autorités sanitaires chinoises officialisent la découverte de ce nouveau virus qui sera appelé SARS-COV-2 ou plus communément Covid 19.

En quelques semaines, cette épidémie se répand dans le monde entier et, le 11 mars 2020, l'OMS qualifie la maladie de la Covid 19 de pandémie<sup>1</sup>.

La transmission de la Covid-19 se fait par voie aérienne directe et indirecte ainsi que par contact, le virus a donc un haut degré de contagiosité. Le coronavirus va générer des

---

<sup>1</sup> Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020

pneumonies sévères qui, dans certains cas, vont nécessiter un support mécanique nécessitant une assistance respiratoire, avec une prise en charge assez lourde en soins intensifs. La grande crainte dans nos pays est que l'évolution trop rapide du nombre de patients sature les services hospitaliers spécialisés et qu'ils ne puissent plus assurer la prise en charge de nouveaux patients. Face à cette situation critique, les dirigeants de nos pays vont prendre des mesures fortes. Elles vont avoir pour principaux objectifs : le ralentissement de la progression du virus, la limitation des contaminations et la diminution du risque de saturation dans les services de soins de santé. Un confinement est rapidement instauré et il est alors demandé aux hôpitaux, centres de santé et médecins de privilégier les actes ou consultations à caractère urgent et de reporter les soins jugés moins prioritaires.

La gestion de la pandémie a donc impacté la distribution et l'accès aux soins de santé, en particulier pour des problèmes étrangers au coronavirus. Les consultations en présentiel seront annulées ou reportées, soit par les professionnels, soit par les patients eux-mêmes de peur de contracter le virus. Selon une enquête sur *l'Utilisation des Soins : Recours, Report, Renoncement* US3R, 54,1 % des patients ont déclaré avoir renoncé à des soins chez un spécialiste pour lesquels pourtant le rendez-vous était fixé avant la Covid (Bertier M. et al., 2021). Concernant les médecins traitants, le renoncement aux soins est pour moitié moins conséquente et ne concernerait que 21,6 % des répondants à l'enquête. Cette différence trouverait son explication dans le fait que chez les généralistes, les consultations ont en grande partie été maintenues (Bertier M. et al., 2021). Ces consultations préservées se sont déroulées en présentiel, par téléphone ou par vidéoconférence. Nous avons assisté à une transformation des pratiques médicales habituelles, ayant également des effets sur la relation thérapeutique. En ce qui concerne les visites en face-à-face, elles ont pu se dérouler grâce à des mesures sanitaires contraignantes, telles que le port de masque, de visière, de blouse et de gants, empêchant le praticien d'utiliser la même approche qu'en temps normal vis-à-vis des patients et restreignant, de la sorte, au strict minimum les auscultations et les palpations. Ainsi, selon Cédric Calvignac (2020) : « *le port du masque, au même titre que les autres composants de protections, influence la relation soignant-soigné. Le masque est source de stress et d'anxiété tant pour le patient que pour le soignant qui va limiter les interactions. Pour les personnes âgées le masque peut rendre la compréhension de la communication verbale difficile, de même que pour les personnes malentendantes qui ne peuvent plus lire sur les lèvres.* »(Calvignac, 2020)

D'autres consultations seront dispensées en distanciel, soit par téléphone, soit par visioconférence, supprimant tout contact avec le malade et entraînant par conséquent l'absence d'auscultation, de palpation qui sont des gestes essentiels dans la pose d'un diagnostic (Nys,

2020). En mars 2020, c'est plus de 11 millions de téléconsultations qui ont eu lieu en Belgique , 85% dispensées par des généralistes et seulement un peu plus de 12 % par des spécialistes (Avalosse et al., 2022).

Après toutes ces observations en rapport à ces nouvelles modalités de consultation et en s'appuyant sur les résultats de l'enquête US3R, on est en droit de s'interroger quant aux implications que la distance pourrait avoir sur la relation thérapeutique et dès lors se poser la question de comment les médecins ont-ils vécus cette expérience et cette transformation de leur pratique médicale ?

Comment au travers d'un écran, les médecins se sont-ils sentis alors qu'ils étaient privés de contact physique avec le patient ? Ont-ils le sentiment d'avoir été aussi efficaces qu'auparavant ? Ont-ils été satisfaits de la prise en charge des patients ? Voient-ils en cette nouvelle approche un bénéfice pour leur métier ? En dehors d'un nouveau confinement adopteraient-ils cette façon de travailler ? Et dans quelle mesure pourrait-on envisager des améliorations pour favoriser le bon déroulement de ces consultations ?

## B. Cadre théorique

Dans un premier temps, en nous appuyant sur la littérature, nous tenterons donc de répondre aux questions : comment la relation thérapeutique est-elle définie, quelle évolution va-t-elle connaître au cours du temps et où en sommes-nous aujourd'hui ?

Ensuite, nous aborderons la manière dont cette relation peut être garantie à distance et quels changements se sont opérés au fil du temps. Nous examinerons les conséquences des diverses réglementations qui régissent ces nouvelles pratiques. Face à celles-ci, nous aborderons une comparaison quant à leurs effets en Belgique et dans d'autres pays. En pratique, nous mettrons en évidence les avantages et les inconvénients inhérents à ces nouvelles méthodes de consultations.

Enfin, nous examinerons l'impact de l'emploi de la vidéo-conférence (VC) lors de la pandémie et comment la crise sanitaire a été un vecteur influent sur le déploiement de ces nouvelles pratiques.

### 1. La relation thérapeutique

#### 1.1. Concepts

Le terme relation provient du latin « *relatio* » qui signifie : « L'action de rapporter en détail ce dont on a été le témoin ou dont on a eu connaissance ; récit qu'on en fait » (Larousse, 2023a). Les relations sont quant à elles définies comme : « L'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles » (Larousse, 2023b). Quant au terme thérapeutique, il provient du grec « *therapeutikos* » et signifie soigner.

La relation thérapeutique découle donc d'une relation d'aide et de soins (Grégoire, 2019). Cela sous-tend une interaction mutuelle entre deux personnes. La qualité inhérente à cette relation permet à ces individus, jusque-là inconnus, de se sentir à l'aise et d'accroître leurs liens dans le temps pour permettre au patient de se sentir libre, en sécurité, et de partager avec le médecin des interrogations hautement intimes (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Pour soigner ceux qui souffrent, un médecin doit disposer non seulement de savoirs scientifiques et de prédispositions techniques, mais aussi d'une compréhension de la nature humaine (Hellín, 2002). La consultation est le moment idéal lors duquel se construit cette relation thérapeutique (Isebaert & Cabié, 2006).

Cette relation de service, induite par la prestation d'actes techniques ou intellectuels de la part du médecin, s'inscrit dans le cadre d'un conseil, d'un soin, de l'accompagnement, de l'orientation du patient. Joris Thievenaz propose la notion de « situation d'apprentissage réciproque » car, selon lui, la consultation est le lieu d'échange d'informations entre le médecin et le patient qui permettra à chacun de développer « conjointement leurs connaissances et leurs capacités d'action » (Thievenaz, 2018).

Nous en arrivons donc à considérer la relation thérapeutique comme un moment d'échange privilégié pendant lequel le patient exprime au médecin tous les faits en lien avec sa santé même les plus intimes. Le rôle du médecin consiste alors à mettre toutes ses compétences humaines et intellectuelles au service du patient et de sa santé en particulier.

## 1.2. Quelques modèles de la relation thérapeutique

Au fil du temps, la conception de la relation thérapeutique a vu ses modèles évoluer. Un des premiers exemples a été celui axé sur la maladie (Parsons, 1951). En ces temps-là, les médecins étaient moins nombreux et les patients provenaient de la classe supérieure. Les médecins étaient essentiellement tournés vers l'étude des symptômes qui se manifestaient chez les patients et qui traduisaient leurs besoins et leurs expériences (Jewson, 1976). Le symptôme était la maladie. A la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, la médecine s'est concentrée sur une nouvelle théorie qui préconisait que le symptôme ne fût plus la maladie mais bien un indicateur de la présence d'une pathologie. Cette nouvelle approche amena les médecins à devoir examiner le corps des patients. De par cette approche, le patient devenait un complice manifeste dans l'établissement du diagnostic (Jewson, 1976). Il y a plus de vingt ans, cette relation entre un patient ayant besoin d'aide et un médecin dont les choix étaient tacitement respectés par le malade, était asymétrique. Dans ce modèle dit « paternaliste », les informations du médecin étaient judicieusement sélectionnées pour pousser le patient à consentir aux décisions du praticien (Sandman & Munthe, 2010)

Le modèle paternaliste a également été décrit par Parsons dans les années 50, en ce sens que chaque intervenant joue un rôle social attendu. La maladie étant perçue comme une déviance, il est du devoir du médecin de rétablir l'ordre social menacé par cette maladie. Quant au malade son rôle est d'être reconnu comme non responsable et de légitimer le fait qu'il soit excusé de ses responsabilités habituelles (Parsons, 1951).

Sous l'élan du consumérisme, mais également des évolutions technologiques importantes en matière de santé, de l'allongement de l'espérance de vie, ainsi que de l'augmentation des maladies chroniques, les modèles de la relation soignant-soigné (RSS) ont dû s'adapter au fil du temps. (Buetow et al., 2009).

Ces modifications vont entraîner une approche différente du corps médical, car le modèle de base symptôme-diagnostic-traitement-guérison doit faire place à un modèle plus ouvert, où l'incertitude prédomine. Là où l'objectif était la guérison cela deviendra « la gestion de la chronicité quotidienne » (Baszanger, 1986). Les pathologies chroniques diffèrent des maladies aiguës en ce sens que les principales caractéristiques qui les définissent sont : l'incertitude, leur durée et la gestion qu'elles impliquent (Baszanger, 1986). Une maladie chronique entraîne une perte irréversible de l'état d'avant et la nécessité d'une prise en charge continue, car en réalité celle-ci durera toute la vie du patient (Baszanger, 1986) . Cette prise en charge va induire de tenir compte des spécificités propres à chaque patient mais également de ses besoins. Il y a donc une multitude d'aspects à intégrer concernant la situation de chaque personne (Sebai & Yatim, 2018).

De nombreux modèles de relation thérapeutique ont été décrits. Nous avons choisi de présenter brièvement sous forme de tableau celui des auteurs Emmanuel et Emmanuel qui en 1992 ont proposé quatre modèles de relation médecin-patient (Fournier & Kerzanet, 2007):

	<i>Informatif</i>	<i>Interprétatif</i>	<i>Délibératif</i>	<i>Paternaliste</i>
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	– Fournir une information factuelle pertinente – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Élucider et interpréter les valeurs du patient utiles – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

Figure 1 Comparaison des différents modèles de relation médecin - patient retenus par Emmanuel et Emmanuel (1992)

Tout ceci nous montre que la relation thérapeutique a considérablement évolué dans le temps plaçant peu à peu le patient au centre de l'attention, lui permettant de la sorte de prendre part à la prise en main de sa santé tout en ayant la liberté de faire les choix qui lui semblent favorables. Quant au médecin, il devient un guide précieux qui, de par ses conseils avisés, offre au patient toutes les informations utiles dans le cadre de sa santé et pouvant ainsi aider le patient dans une prise de décision éventuelle.

### 1.3. Les éléments clés de la relation thérapeutique

Les connaissances ne sont pas nécessairement l'élément primordial de la relation thérapeutique. D'autres apports peuvent avoir un rôle crucial dans le développement de cette relation thérapeutique et être particulièrement importants aux yeux du patient. Selon Rogers ce seraient essentiellement les qualités humaines et personnelles du thérapeute qui permettraient au patient de se sentir bien tout en instaurant un climat de confiance propice (*Rogers-Bases-efficacité-de-LACP.pdf*, 1962).

Dans ce même concept, le philosophe Paul Ricoeur aborde la relation soignant-soigné (RSS) comme une relation « particulière entre deux personnes ». L'humain ne doit pas seulement être considéré comme une enveloppe charnelle ou comme un ensemble de symptômes. C'est un être doté d'émotions, qui va à la fois tantôt ressentir de l'inquiétude, tantôt de l'espoir, qui est à la recherche de soulagement et de soutien de la part du praticien à qui il va donner toute sa confiance (Hellín, 2002).

C'est également Ricoeur qui préconise que cette relation du médecin envers le patient et sa famille est comme une relation d'amitié élargie, « une cellule de bon conseil » (Svandra, 2016). Dans cette même logique, il estime que les décisions concernant le patient doivent faire l'objet d'une réflexion collégiale qui prendra en compte la complexité de la situation dans laquelle se trouvent le malade et sa famille, en tenant compte des points de vue de chacun dans un respect mutuel. Selon Freud et Breuer en 1955 cela induit de la part du docteur d'être longuement à l'écoute de son patient (Nemiah, 1996).

Cette évolution majeure dans la pratique médicale a modifié l'approche des praticiens concernant les patients. Passant du mode paternaliste à une vision beaucoup plus intégrative du malade et de ses proches, mettant le patient au centre de l'attention. En pratique et de manière

générale, cette mutation va mettre l'accent sur la personnalisation des prises en charge mais également sur la satisfaction des bénéficiaires de soins (Couturier et al., 2013).

Selon D. Bontoux et al en 2021, même si les caractéristiques d'une relation thérapeutique sont multiples et singulières, on peut cependant en relever les éléments essentiels qui sont de la part du médecin : « l'écoute, l'empathie, le respect, la clarté et la sincérité des explications » (Bontoux et al., 2021).

### *L'écoute*

C'est une notion importante aux yeux des patients. En effet, si elle s'avère être insuffisante le patient aura le sentiment de ne pas être écouté. C'est le facteur entraînant le plus de plaintes auprès des patients. Le médecin doit faire preuve de patience, d'attention et de bienveillance lorsqu'il écoute le patient. Une notion importante serait également de laisser parler librement le patient avant de l'interrompre et d'intervenir afin d'obtenir certaines précisions. On retrouve également chez les malades chroniques la nécessité d'aborder un certain nombre de sujet lié à leur quotidien et n'ayant pour ainsi dire aucun lien avec la pathologie chronique. Le médecin doit être conscient que ce besoin existe auprès de cette population et qu'il doit pouvoir accorder le temps utile, cela étant primordial (Bontoux et al., 2021p.858).

### *L'empathie*

L'empathie implique d'être capable de se mettre à la place de l'autre, de percevoir ce qu'il ressent et d'avoir une réaction empathique envers la personne.

Comme évoqué plus avant, cette relation « d'amitié élargie » doit cependant ne pas déborder dans un excédent de sympathie, cela pourrait être néfaste, tant au niveau de la qualité de la relation thérapeutique, mais également pour la santé du professionnel (Bontoux et al., 2021p.859).

En effet, selon Roth et Fonagy (Roth & Fonagy, 2006), dans la RSS, certains aspects sont importants, comme la manière dont sont perçues la pertinence et la portée des interventions proposées par le médecin. Cette empathie peut être exprimée verbalement ou selon l'attitude du médecin telle que : mettre à l'aise le patient, faire preuve d'attention et de compréhension, avoir de la compassion. Il est important que le professionnel sache reformuler ou nuancer

certaines éléments (Bontoux et al., 2021). Ainsi, une attitude gentille et avenante peut augmenter l'adhésion thérapeutique du patient au traitement (Squier, 1990). Inversement, les réactions émotionnelles négatives d'une des parties, comme la colère ou un ressentiment hostile peuvent compliquer le jugement médical jusqu'à provoquer une erreur de diagnostic (Mead & Bower, 2000). Une notion qui a toute son importance est la communication non verbale comme : les expressions du visage, le regard, l'attitude corporelle qui sont intéressantes aussi bien pour le patient que pour le médecin car il s'agit d'indications qui peuvent traduire les besoins du patient (Bontoux et al., 2021p.859).

### *Le respect*

Dans la relation thérapeutique, le respect ne se limite pas qu'aux règles usuelles de bienveillance et d'attitudes positives envers autrui. Cela implique également d'adopter des comportements et des paroles respectueux en tenant compte de ses besoins, de ses limites et de sa diversité. Le respect est essentiel pour maintenir une bonne relation, renforcer la confiance avec des effets favorables sur la prise en charge du patient (Bontoux et al., 2021p.859). Tous ces éléments vont avoir un effet positif sur la collaboration du patient, mais aussi sur la satisfaction qu'il peut éprouver (Sebai & Yatim, 2018).

### *L'alliance thérapeutique*

Une meilleure implication du patient dans l'observance de son traitement peut conduire à de meilleurs résultats comme l'amélioration de sa qualité de vie, voire influencer sa guérison (Sebai & Yatim, 2018). Elle peut également mener à l'accord sur les buts du traitement ainsi que certaines composantes cognitives et affectives combinées à la perception du médecin comme étant attentionnées, sensibles et sympathiques (Squier, 1990).

La littérature nous montre également qu'une plus grande participation du patient aux décisions le concernant améliore non seulement son bien-être, sa santé mais influencerait également une diminution du niveau de stress perçu (Fournier & Kerzanet, 2007).

Balint avancerait même que le médecin pourrait être vu comme « un médicament » et que par conséquent cela ferait de lui le meilleur outil thérapeutique pour le patient (Balint Michael, 1964). Cela étant, comme lors de tout traitement, il y aurait des dosages corrects (nombre de consultations), des propriétés addictives (dépendance du patient vis-à-vis de son médecin) et

des effets secondaires (quels aspects néfastes du médecin envers le patient) qui seraient méconnus. Enfin, Balint aborde la RSS comme un investissement mutuel qui, à terme, serait bénéfique aux deux protagonistes. Cette collaboration mutuelle est également propre aux malades porteurs de maladies chroniques, qui sont vus comme des partenaires et qui poursuivent un objectif partagé avec leur médecin (Bontoux et al., 2021).

### *L'examen du patient*

Le contact physique permettant aux professionnels de la santé d'établir un diagnostic, reste l'élément central de la relation thérapeutique. La conséquence liée à l'absence d'examen clinique du patient est une cause majeure d'erreurs et de reports de diagnostics. Le patient est d'ailleurs demandeur et accorde une valeur importante à ces gestes. L'examen clinique est et nous citons : « *L'examen physique est un rituel, qui a ses règles, et le rituel renforce le lien avec le clinicien et l'effet à venir du traitement* » (Bontoux et al., 2021). En outre, cela aurait des implications sur le niveau de stress du patient, de son anxiété et de la perception de la qualité des soins qu'il en aurait (Bontoux et al., 2021).

### *L'information*

La communication est un élément important de la qualité d'un soin au sein de cette relation, de même que la capacité du médecin à détecter les besoins non formulés du patient ou encore le fait de favoriser la participation active du malade (Dibbelt et al., 2009).

Des informations plus fournies doivent accompagner le diagnostic et le traitement. Tout cela doit se faire de manière claire et compréhensible pour le patient. Le jargon médical doit être banni et le médecin doit pouvoir s'adapter en toute circonstance à son interlocuteur (Bontoux et al., 2021).

## 1.4. L'approche centrée sur le patient

L'approche centrée sur la personne s'est développée autour des pathologies chroniques (Baszanger, 1986).

L'approche centrée sur le patient comporte 2 facettes : le patient et l'intervenant. Du point de vue du patient, il s'agit de le mettre dans des conditions optimales et ce dans le but qu'il puisse prendre les meilleures décisions au sujet de sa santé mais aussi d'acquérir des connaissances utiles à sa propre prise en charge. Le patient se voit ainsi doté d'une autonomie propice à établir ses propres objectifs et aussi ses besoins, il devient acteur (Sebai & Yatim, 2018). Le soutien du médecin est essentiel, celui-ci doit écouter le point de vue du patient pour mieux l'accompagner, lui et ses proches. C'est une démarche qui se veut systématique, intégrée et continue. Systématique car elle implique d'arrêter son attention sur les aspects cliniques, psycho-socioculturels et économiques, mais encore sur les besoins objectifs et subjectifs, formulés ou non par le malade. Intégrée et continue car elle tient compte de la variété des actions utilisées en fonction des besoins et attentes du patient, comme l'éducation, la sensibilisation, le soutien psychosocial, etc. (Sebai & Yatim, 2018).

Cependant, le praticien peut vite être influencé par un ensemble de critères qui vont avoir des effets sur la centralité du patient. Notamment, les origines ethniques qui peuvent influencer la communication entre le médecin et le patient et même devenir un obstacle (Mead & Bower, 2000).

Les contraintes liées au temps ou à la charge de travail sont également des éléments qui peuvent limiter les opportunités de résolutions de conflit entre les agendas des différents intervenants.

Et inversement, ces pressions peuvent être une aubaine pour le médecin qui accorde une importance aux soins centrés sur le patient, dans ce sens qu'il pourrait adopter des mécanismes qui lui permettent, par exemple, de proposer des créneaux horaires plus larges et ainsi faciliter la programmation des soins (Mead & Bower, 2000).

### 1.5. Éléments pouvant rendre difficile une relation thérapeutique

Toutefois, dans la réalité, la relation thérapeutique n'a pas évolué que sur le plan de la centralité et du partenariat entre 2 intervenants. D'autres aspects de la relation thérapeutique se marquent depuis les années nonante et apportant avec eux son lot d'effets délétères sur celle-ci. On peut notamment citer les plaintes pour négligences, qui augmentent dans les pays anglo-saxon (Kaba

& Sooriakumaran, 2007). Au Royaume-Uni, les plaintes ont été multipliées par 15 entre 1995 et 2005 <sup>2</sup>.

La recherche d'un second avis a également dégradé la RSS, un sentiment de méfiance s'installe envers son médecin et tend à développer des rivalités entre praticiens (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Un autre aspect, est l'augmentation de l'utilisation d'internet par les patients pour s'informer. Ceux-ci sont certes mieux renseignés, mais il y a un doute légitime quant à la fiabilité et l'exactitude des renseignements provenant des réseaux. Cette évolution entraîne de nouveaux défis pour les professionnels de la santé (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

La part de travail administratif en constante augmentation avec l'obligation de compléter le dossier médical informatisé est un travail utile mais limite le temps que le médecin pourrait passer avec le patient. Certains médecins craignent et nous citons : « Que l'écran détourne du patient et déshumanise le soin » (Bontoux et al., 2021).

Cette réalité tend aussi à réduire les opportunités pour le médecin d'être assez disponible pour les patients, ce qui ne va pas pour autant affecter la qualité des rencontres. En effet, la durée d'une consultation n'influencerait pas sur la satisfaction, ni sur la qualité perçue par les patients. Dans ce sens, que peu importe que celle-ci soit plus courte ou plus longue, pourvu que le contenu soit satisfaisant aux yeux du patient et du médecin (Bontoux et al., 2021 p.862).

La relation thérapeutique doit prendre en compte non seulement l'utilisation des connaissances techniques acquises par le médecin, mais aussi la transmission d'informations adaptées pour aider le patient à appréhender, contrôler et faire face aux émotions soudaines et à l'anxiété pesante. Les praticiens doivent reconnaître la responsabilité d'un expert technique et un rôle communautaire de soutien. La collaboration, le respect et la prise de décision partagée doivent changer l'inertie. Diffuser des informations d'une manière qui optimise la compréhension : c'est une condition préalable à une coopération plus égale (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

On comprend donc que la relation thérapeutique est à la base une relation complexe de par la multitude d'éléments qui la caractérise. Elle a subi des transformations au fil du temps alors que le rôle du médecin évoluait également, passant du rôle de tuteur à celui de conseiller voire même d'un « ami ». La gestion des maladies chroniques a également poussé les médecins à considérer le patient dans sa globalité et à être plus attentif aux besoins de celui-ci. Les attentes de plus en plus croissantes et l'utilisation des réseaux sont des éléments qui peuvent ternir les

---

<sup>2</sup> *The National Health Service Litigation Authority Report and Accounts 2006 HC 1179, 2006*

relations entre un patient et son médecin. Au travers de cette réalité, le patient attend donc du praticien, non seulement du contact, mais aussi qu'il lui accorde du temps et de l'attention. En d'autres mots, que le médecin soit à l'écoute et disponible. Qu'il observe et analyse la personnalité du patient ainsi que son environnement de vie.

## 2. La relation thérapeutique à distance

Précédemment, nous avons désiré expliquer ce qu'était une relation thérapeutique avec les nombreux aspects qui la composent.

Dans cette partie, nous allons aborder brièvement l'évolution de la pratique médicale. Ensuite, nous définirons la télémédecine et comment était-elle utilisée en Belgique et dans le monde avant et pendant la pandémie. Enfin, nous essaierons de mettre en évidence certains avantages et inconvénients résultant de cette nouvelle pratique de consultation.

### 2.1. Évolution

Les évolutions en matière de santé ne se limitent pas qu'aux changements dans la RSS, vu que des changements au niveau de la pratique médicale se sont aussi produits. Au 17<sup>ème</sup> siècle, le médecin se rendait au chevet de son patient à pied ou à cheval. Au 20<sup>ème</sup> siècle, le médecin visitait les malades en voiture. Les pratiques ont évolué lorsque la circulation est devenue trop dense. Ce changement, ne permettant plus aux docteurs d'arriver dans des temps raisonnables chez les patients, est à la base de la mise en place de consultations au cabinet médical (Nys, 2020). Aujourd'hui, chacun peut rester chez soi étant donné que les moyens de communication permettent aisément une consultation à distance. Si un patient souhaite un rendez-vous, désire renouveler des prescriptions ou requiert un conseil, le contact téléphonique reste la première alternative. Au début des années 2000, la télémédecine va se développer (Nys, 2020).

Toutefois, à ce jour, elle est exploitée pour maximiser les ressources disponibles du travail en journée et élargir au maximum l'accès aux soins (Nys, 2020).

Cette pratique permet de créer des conditions proches des modalités rencontrées en face à face, permettant un contact visuel et audible jugé satisfaisant (Nys, 2020). Cependant, les pratiques

liées aux prises en charge médicales à distance ne permettent pas au praticien d'utiliser le toucher ni de bénéficier de l'importance du contact physique au-delà de la communication verbale pourtant si enrichissante et faisant partie intégrante de l'échange avec le patient (Astruc A, et al., 2020). Le développement de ce mode de consultation constitue une évolution absolue de la prise en charge médicale (Astruc A, et al., 2020). Mais des craintes naissent quant aux risques de détérioration de la relation entre le soignant et le patient et la peur de voir une déshumanisation s'installer et d'en oublier que derrière l'écran se trouve un humain (Zaouaq, 2022). A cela s'ajoute des enjeux sur la protection des données sensibles concernant les patients, la répartition des rôles dans la mise en place de ces nouvelles modalités de consultation pouvant à terme rompre la relation de confiance entre un patient et son médecin (Zaouaq, 2022).

## 2.2. Définition

En 1997, l'OMS proposait déjà une définition de la télémédecine comme étant : « l'ensemble des techniques médicales et informatiques permettant de prendre en charge un patient à distance ou plus généralement de fournir des services de santé à distance » (Simon & Williatte Pellitteri, 2012)

## 2.3. Télémédecine avant Covid en Belgique et dans le monde

Un rapport du KCE, indique qu'avant mars 2020, la Belgique n'était pas dotée d'une législation en lien avec les téléconsultations (Loute, 2020). L'ordre des médecins avait même donné un avis selon lequel la dispensation de soins à distance ne devait se faire que de manière exceptionnelle et mettait l'accent sur la dangerosité de poser un diagnostic sans avoir eu de contact physique avec le patient (Loute, 2020). Si la Belgique est en retard sur la télémédecine, d'autres pays l'utilisent depuis des années avec certains avantages à la clé.

Citons par exemple la France, dont les bases légales sont déjà établies depuis 2009, ce qui lui confère plus de dix ans d'avance sur nous<sup>3</sup>. En 2016, cinq actes de télémédecine y sont décrits et développés : la téléconsultation qui permet au praticien de prester une consultation à distance, la télé expertise qui permet d'avoir un conseil à distance d'autre(s) professionnel(s), la

---

<sup>3</sup> Article 78 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) - Légifrance, s. d.

télesurveillance qui permet un monitoring des constantes biologiques et physiques utiles au suivi du malade, la téléassistance qui permet à un médecin d'assister un confrère à distance et la régulation médicale <sup>4</sup>.

La télémédecine en France a été développée pour faire face aux zones territoriales déficitaires en offres de soins et est principalement soutenue par des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)(Habib et al., 2019). Selon l'étude de Johanna Habib, les maisons de santé pluridisciplinaires situées dans des zones pauvres en expertise médicale développent la télémédecine. À l'inverse, lorsque la zone géographique est mieux desservie en termes de soins médicaux, les MSP sont alors moins désireuses de développer la médecine à distance.

Les zones difficiles d'accès, les habitations isolées, les prisons sont également des zones propices au déploiement de la télémédecine (Habib et al., 2019). Depuis 2018, 26 % des téléconsultations ont été pratiquées pour des patients chroniques. A titre indicatif, en 2019 ce sont 60 000 téléconsultations remboursées par la sécurité sociale qui ont été prestées sur les 500 000 qui avaient été prévues (Alexandre Mathieu-Fritz, 2021)

Il y a le cas de l'Australie, qui depuis 2007, via le Townsville Cancer Center, prodigue des soins oncologiques de routine mais également d'urgence par vidéoconférence aux patients de zones rurales et éloignées (Sabesan et al., 2012).

A Belfast, en 2012, une étude sur le support à domicile d'enfants porteurs d'une maladie congénitale cardiaque grave a été réalisée. Le bilan de cette étude a été très positif concernant les VC. Les parents en étaient très satisfaits et il a été démontré une réduction significative dans la consommation des soins de santé primaires et secondaires, notamment dans les hospitalisations. Le support par VC a été qualifié de « faisable, fiable et efficace » (McCrossan et al., 2012).

#### 2.4. Télémédecine pendant Covid en Belgique et dans le monde

La pandémie de Covid-19 a été un accélérateur dans l'utilisation des nouvelles technologies afin de garantir la continuité des soins <sup>5</sup>. La sécurité des patients et aussi des travailleurs de la santé pendant la crise était également un enjeu majeur (Temesgen et al., 2020). Pendant la

---

<sup>4</sup> *Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (mobile Health ou mHealth)*, 2016)

<sup>5</sup> (*Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future | Telemedicine and e-Health*, s. d.).

première phase de confinement en France durant la semaine du 23 au 29 mars, c'est 486 369 consultations qui vont être facturées à l'Assurance Maladie (Alexandre Mathieu-Fritz, 2021 p.44)

Cette mise en place très rapide de la télémédecine a été possible en raison de la simplification des obstacles administratifs et légaux présents avant la pandémie (Alexandre Mathieu-Fritz, 2021). Ces barrières étaient essentiellement liées aux remboursements adéquats des téléconsultations.

En Belgique, il existe depuis le 17 juin 2022 et cela suite à la Pandémie Covid 19, un chapitre concernant les soins à distance (*LOI - WET*, Article 37). Cet article définit les soins à distance comme : « *des prestations couvertes par les notions de consultation à distance, télé-expertise, télésurveillance et télétraitement, qui se déroulent sans présence physique du patient et du dispensateur de soins, et au moyen de technologies de l'information et de la communication* ». Dans ce même article sont reprises les définitions de consultation par vidéo et par téléphone ainsi que les conditions à respecter.

(*LOI WET*, article 37).

Durant la pandémie, les consultations à distance ont permis la diminution des contacts inutiles, ainsi que les déplacements vers les hôpitaux ou autres centres de soins permettant ainsi de préserver les médecins et les patients d'une éventuelle exposition au virus. Outre la Belgique, d'autres pays ont également vu la multiplication de ces consultations. C'est l'exemple même des États-Unis où la croissance de ce type de consultations est passée de moins de 50 consultations par jour à plus de 1 000 consultations journalières (Mann et al., 2020). L'Italie et l'Inde ont quant à elles rapporté une transition de la médecine traditionnelle vers la médecine électronique de l'ordre de 60 à 95 % en volume de consultations (Hincapié et al., 2020).

Le transfert des consultations en face à face vers des prises en charge virtuelles soit par appel vidéo ou téléphonique s'est opéré judicieusement.

Des concepts comme le « triage avancé » ont pu se mettre en place via la téléconsultation. Le triage consiste en la détermination de l'état d'un patient par l'analyse des symptômes et des liens épidémiologiques. Si cet examen à distance n'est pas suffisant ou que le médecin estime

que des examens supplémentaires sont essentiels, il peut encourager le patient à se rendre à l'hôpital. Durant la pandémie, les appels et vidéo-conférences ont permis de déterminer si les patients malades de la Covid présentaient des risques élevés de dégradation et nécessitaient d'être référés à l'hôpital, ceci dans un but de ne pas engorger les services hospitaliers (Hincapié et al., 2020). Cependant, il n'y a aucune certitude que les consultations à distance puissent répondre aux besoins des patients souffrant d'autres pathologies (Hong et al., 2020). Néanmoins, l'utilisation des téléconsultations a essentiellement permis aux malades de garder le contact avec leur médecin, par exemple pour les malades chroniques qui nécessitent un suivi régulier et donc de garantir la continuité des soins.

Dans une étude menée en Italie sur les enfants et jeunes adultes atteints de diabète de type 1, les données récoltées montrent que les patients et les parents/soignants étaient en mesure d'expliquer aisément leurs problèmes de santé. Ils estiment également avoir reçu autant d'attention que lors d'une consultation traditionnelle. L'absence de contact n'a pas été perçue comme un problème. Ceci s'expliquerait par le fait que les patients chroniques maîtrisent leur pathologie et connaissent très bien leur corps (Bassi et al., 2022). Dans certains suivis psychiatriques pour des troubles alimentaires chez des adolescents, la télémédecine a eu un intérêt préventif, permettant d'identifier des situations médico-sociales et familiales qui risquaient de se dégrader et de ce fait d'anticiper les conséquences d'une aggravation. Certaines prises en charge de jeunes adolescents ont pu être mises en place très rapidement et ainsi permettre de diminuer le sentiment d'isolement (Carretier et al., 2021).

Certains patients ont même expliqué se sentir plus en sécurité et plus motivés étant donné que le praticien pouvait surveiller constamment leurs données de santé.

Les patients ayant eu un taux de satisfaction plus important sont des patients habitant dans des zones plus reculées (Bassi et al., 2022).

En revanche, en Irlande, 92 % des psychiatres ont confié redouter une baisse de la confiance concernant les diagnostics. En effet, ne sachant pas analyser le langage non verbal du patient au travers d'un écran ou d'un téléphone, les médecins craignent de commettre des erreurs (Hincapié et al., 2020).

Même si des études ont mis en évidence que certains patients avaient une crainte de ne pas être vus par le médecin et que l'absence de l'examen physique pouvait générer une grande

inquiétude, la satisfaction des patients à l'égard des consultations pendant le confinement était assez élevée (Imlach et al., 2020).

En Belgique, l'enquête US3R rapporte que seulement 0,5 % des consultations ont eu lieu en visio-conférence. Sur les 18 patients, 50 % expriment avoir été satisfaits, un seul patient a été plus satisfait que lors d'une consultation normale (Bertier M. et al., 2021).

## 2.5. Avantages et inconvénients

### 2.5.1 Consultation à distance

Dans les avantages le plus souvent cités, on parle de moins de temps d'attente, d'une diminution de la durée et des coûts de déplacements, ainsi que d'une possibilité de contact plus fréquente (Donaghy et al., 2019). Pour le médecin traitant, cela apporte une flexibilité plus importante et la possibilité de travail à domicile (Wanderås et al., 2023).

Les consultations à distance sont spécialement appréciées par les gens qui vivent dans des régions rurales mais aussi ceux dont la situation sanitaire et sociale ne leur permet pas de se déplacer au cabinet ou dans un centre hospitalier (Hallam, 1993).

La propension à annuler les rendez-vous à distance serait moindre que pour les consultations en face à face, ce qui permettrait une meilleure adhésion thérapeutique (Kruse et al., 2017).

On peut également citer que les consultations à distance augmentent la conscience de soi et favorisent une auto-gestion des patients surtout dans les cas de pathologies chroniques. Par ailleurs, il s'agirait également d'une bonne méthode pour favoriser l'éducation thérapeutique (Kruse et al., 2017).

Bien que cette manière de consulter soit avantageuse sur certains aspects, un débat important se profile quant aux notions de qualité, d'accessibilité, de sécurité et de centralité du patient lorsqu'on parle d'une consultation à distance au sens large.

Des entraves, comme la nature humaine, le manque de formation et de soutien, ralentissent parfois la progression de la télésanté. D'autres obstacles comme l'aspect financier, tant pour le médecin que pour le patient, peuvent également contrarier la mise en place de ces nouveaux modes de consultation. Et enfin, les problèmes liés à l'éthique, tels que la vie privée, la confidentialité et la cybersécurité sont également des causes de désagrément (Hallam, 1993).

Les médecins réalisent que le simple fait de donner des soins à distance peut leur occasionner un embarras, car ils prennent conscience que cela comporte des risques de passer à côté d'un problème grave. Être privé du toucher comme aide au diagnostic est également un inconvénient majeur de même que l'anonymat relatif à cette manière de fonctionner (Hallam, 1993).

Les patients qui ont eu recours à une consultation à distance durant laquelle un seul et unique problème a été abordé, ont une tendance à reconsulter plus rapidement par après. Certains patients craignent même de ne pas être en mesure de comprendre toutes les informations données par le docteur, ni d'être capables de décrire correctement leurs symptômes (McKinstry et al., 2010). De ce fait, les consultations plus complexes se déroulent souvent en face à face (Donaghy et al., 2019).

### 2.5.2 Consultation à distance par visio-conférence

De multiples études ont démontré que pas mal de personnes sont très satisfaites de ce moyen de communication. Les utilisateurs de VC se sentent globalement à l'aise. L'un des avantages le plus important reste avant tout le contact permettant de garantir ainsi la continuité des soins surtout auprès des personnes vulnérables (Loute & Williatte, 2021).

La VC offrirait plus d'avantages que la consultation téléphonique, quant à l'instauration d'une relation et faciliterait la communication. Elle serait également bénéfique lorsque le clinicien veut s'assurer de la bonne compréhension de la situation. Les repères visuels que confère la vidéo-conférence facilitent la prise de décision quant à l'établissement d'un diagnostic (Donaghy et al., 2019). L'évaluation de certains paramètres comme la marche, la respiration ou lorsqu'il s'agit d'un enfant sont des caractéristiques à considérer comme des atouts avantageux. Le fait d'apercevoir l'environnement du patient au travers de l'écran ainsi que d'avoir la possibilité d'interférer avec la famille est considéré comme positif (Wanderås et al., 2023).

Pour les patients souffrant de troubles psychiques il apparaît même que cela tend à diminuer l'anxiété (Donaghy et al., 2019). En effet, dans le cadre d'une consultation psychiatrique, lorsqu'une auscultation n'est pas nécessaire, la consultation en face à face peut-être une épreuve pour le patient, la vidéo-conférence serait dans ce cas-ci un avantage avéré.

En revanche, lorsque la consultation est perçue comme plus difficile et plus lourde émotionnellement, la rencontre en face à face est plus appropriée (Donaghy et al., 2019).

Une autre application de la télémédecine consiste à réaliser le tour médical par des vidéo-conférences et assurer de la sorte le suivi quotidien des patients hospitalisés qui sont en isolement pour des maladies nosocomiales. Cela permet de restreindre les contacts mais aussi l'utilisation des équipements de protection individuelle (Hincapié et al., 2020).

La télémédecine permet également un contact permanent entre hôpitaux en offrant ainsi la possibilité d'avoir des avis ou des conseils d'experts à tout moment (Hincapié et al., 2020).

Bien que de nos jours l'utilisation de Face Time, Skype ou toutes autres plateformes, soit présente auprès de nombreux patients, certains émettent avoir ressenti une inquiétude d'être laissés seuls dans « la salle d'attente virtuelle » (Donaghy et al., 2019).

De nombreuses études montrent la croissance rapide de la télémédecine ainsi que son utilisation, mais les résultats mettent en garde contre l'écart grandissant entre les utilisateurs interconnectés pour qui les nouvelles technologies n'ont aucun secret et ceux qui rencontrent des difficultés soit d'accessibilité ou encore d'illettrisme numérique (Nys, 2020). Les personnes âgées nécessiteraient une aide assez conséquente pour participer aux VC (Wanderås et al., 2023).

Ce type de consultation peut être source d'iniquité, en ce sens que ce sont des patients plus jeunes, plus à l'aise avec l'outil numérique qui vont se diriger vers ces nouvelles technologies (Donaghy et al., 2019).

Les problèmes techniques sont également apparus comme étant un frein, il est essentiel pour le bon déroulement de ce type de consultation de pouvoir compter sur un système fiable et bien intégré (Donaghy et al., 2019).

La réduction du temps de consultation est également relevé par certains patients (Donaghy et al., 2019), une consultation durerait en moyenne sept minutes contre le double pour une consultation classique (Calheiros, 2023). A contrario, ce paramètre est considéré comme un avantage par le généraliste car les VC sont plus directes et plus concises (Wanderås et al., 2023).

Les praticiens craignent que ces nouveaux modes de consultation dépersonnalisent les soins (Temesgen et al., 2020).

## 2.6. Impact sur la relation thérapeutique

La télémédecine va faire naître une multitude de questions quant à la répartition des fonctions et des responsabilités de chacun des acteurs. La distance peut questionner l'autonomie du médecin au bénéfice du patient. En effet, le patient voit son rôle s'intensifier dans la gestion de sa santé (Da Silva & Raully, 2016). À l'opposé, le médecin voit ses responsabilités mises à mal d'un point de vue juridique, lorsqu'il déléguera une partie de son jugement clinique à un tiers (Calheiros, 2023). Lors d'une délégation à un autre professionnel, nous aurons le patient, le spécialiste et cet autre professionnel référent ( médical ou paramédical) (Mathieu-Fritz & Esterle, 2013). Tout cela est source d'incertitude pour le praticien, non seulement dans sa capacité de jugement, mais également dans le fait de devoir se fier à une tierce personne (Mathieu-Fritz & Gaglio, 2018).

Et dans le cadre d'enfants, la délégation sera confiée aux parents (McCrossan et al., 2012).

La télémédecine de par ses modalités va modifier la relation entre le médecin et le patient (Loute, 2020). C'est ce que rapporte certains psychiatres: « *selon eux la vidéo-consultation serait incompatible avec les techniques interactionnelles de la consultation en face à face qui se veut thérapeutique, ce que la distance ne permet pas d'établir* » (Mathieu-Fritz & Gaglio, 2018).

Le déploiement de la télémédecine suppose la mise en place de protocoles, certains praticiens craignent de ce fait une standardisation et une systématisation dans le déroulement des consultations (Mathieu-Fritz & Gaglio, 2018).

La relation via le mode à distance n'offre pas nécessairement une qualité comparable à la consultation physique en tête à tête. L'usage d'internet et l'utilisation des médias sociaux peuvent être des outils avantageux et apporter parfois une aide bénéfique, mais ils peuvent également avoir des conséquences plus délétères sur la relation thérapeutique.

## Question de recherche

La revue de littérature nous a permis de comprendre comment la relation entre un patient et son médecin a évolué au cours du temps, ainsi que les aspects de la relation de soins, auxquels les patients sont attentifs et accordent de l'importance. Nous avons notamment compris qu'ils aiment pouvoir compter sur la disponibilité, l'écoute et l'empathie de leur thérapeute, et

également que le contact physique est un aspect essentiel auquel le patient est sensible. L'arrivée de la Covid-19 a modifié les pratiques médicales et le confinement a été un accélérateur dans le déploiement de la télémédecine. Bien malgré eux, les médecins ont dû s'adapter, mettre en place des solutions qui permettaient de garder le lien avec leurs patients mais en n'autorisant pas de contact physique. La télémédecine a trouvé sa place pour préserver la continuité des soins à distance et garantir une conservation de la santé. Cependant, alors que le contact physique et les consultations en face à face sont l'essence même du métier, nous allons nous intéresser à d'autres questions : comment la distance a-t-elle pu influencer la relation privilégiée entre le médecin et son patient ? Le colloque singulier lors duquel le patient se livre à son médecin en toute liberté et partage des informations intimes a-t-il pu être préservé ? Comment la confiance qui règne entre ces 2 protagonistes a-t-elle pu être maintenue malgré la distance ? Le manque de contact physique nécessaire à l'examen clinique du patient et à la pose d'un diagnostic a-t-il influencé la relation thérapeutique ?

Toutes ces interrogations nous ont amené à nous poser cette question : « *Quel est le vécu des médecins dans la relation thérapeutique qui ont dispensé des téléconsultations durant le premier confinement de la Covid ?* ».

## Objectif de la recherche

Afin de répondre à notre question de recherche, il était important de saisir quels étaient les éléments essentiels qui composent une relation thérapeutique. Ensuite, de concevoir comment cette relation thérapeutique était supposée être lors de consultations traditionnelles, puis de comprendre comment elle avait pu être influencée par la distance que le confinement lui avait imposée. Beaucoup de travaux se sont penchés sur le sentiment du patient. Citons notamment l'enquête US3R, qui interrogeait l'utilisation des soins durant le confinement ainsi que la satisfaction éprouvée par les patients. Cependant, même si le patient est au centre de toutes les attentions il n'en restait pas moins primordial de s'attarder à ce que le médecin avait vécu durant cette période compliquée. Par notre travail, nous voulions connaître le ressenti des médecins lors des consultations à distance pendant le confinement, les modalités de consultation qu'ils avaient choisi, ainsi que l'influence de la distance sur la relation thérapeutique. Afin de comprendre tout cela, ce mémoire tentera de répondre aux questions suivantes : quels sont les éléments importants d'une relation thérapeutique aux yeux des médecins ? Pensent-ils que cette

relation puisse être conservée malgré la distance ? Comment peuvent-ils donner une consultation sans contact physique ? Ont-ils le sentiment d’être aussi efficaces que lors d’une consultation en face à face ? Quels sont les avantages et les inconvénients de la télémédecine ? Quelle place accorderont-ils à la télémédecine dans leur pratique de demain ?

## C. Cadre pratique

Dans cette partie est développée la procédure qui a été utilisée pour répondre à la question de recherche qui est : *Quel est le vécu des médecins dans la relation thérapeutique qui ont dispensé des téléconsultations durant le premier confinement de la Covid ?*

On y abordera également le cheminement réflexif suivi pour en arriver à ce questionnaire ainsi que les difficultés rencontrées lors de la création de l’échantillon, les étapes pour concevoir le guide d’entretien et le déroulement des interviews.

Nous en analyserons les résultats et les comparerons à la littérature.

### 1. Méthodes

#### 1.1. Cheminement réflexif

Dans un premier temps, notre réflexion était de nous intéresser à la satisfaction que les patients avaient ressentie lors des consultations en période de confinement.

Dans un contexte inédit de pandémie où l’angoisse prédominait face à ce virus méconnu, beaucoup de patients n’ont pas pu consulter. D’autres ont pu bénéficier de consultations mais dans des conditions singulières qui ont ébranlé les pratiques habituelles. Il nous semblait important de recueillir les impressions des patients pour comprendre ce qu’avait été leur expérience, comment ils s’étaient sentis face à de nouvelles modalités de consultations, les avaient-ils appréciées, les difficultés qu’ils avaient éprouvées et l’utilisation de ces nouvelles modalités de consultation à l’avenir. Grâce à l’enquête menée par S.Tubeuf, nous avons pu obtenir une partie de la base de données issues de l’enquête en ligne : « *Utilisation des Soins : Recours, Report, Renoncement ( US3R)* », enquête élaborée entre l’UCLouvain et la KU Leuven durant les premiers mois de la pandémie. Celle-ci était accessible en ligne du 4 mai au 30 juin 2020. Son but était d’évaluer la consommation des soins autre que pour des symptômes

liés au coronavirus durant le confinement mais également de considérer les reports et renoncements de soins durant cette période en Belgique.

Un échantillon de 3 163 répondants y a participé. Cette enquête a notamment mis en évidence entre autres : les caractéristiques socio-démographiques des personnes, les caractéristiques de santé de celles et ceux qui ont eu recours aux consultations ainsi que les quelques arguments laissés par les patients.

En premier lieu, l'analyse de ces informations nous a donc permis d'identifier les personnes qui avaient eu recours aux soins

En deuxième étape, est venue l'analyse des réponses en lien avec la satisfaction et l'expérience des patients vis-à-vis du service dont ils avaient pu bénéficier. Malheureusement, après avoir parcourus les divers commentaires laissés par les patients, nous avons constaté que les rares renseignements fournis étaient peu adéquats et ne nous permettaient pas de réaliser des analyses pertinentes. Il aurait été utile pour aller plus loin dans cette analyse de poser des questions plus précises à diffuser aux mêmes personnes, ce qui était impossible.

Face au manque d'exactitude de ces réponses, nous avons décidé d'utiliser les données de l'enquête USR3 comme phase exploratoire afin de dégager des orientations à donner à notre travail. Nous avons par conséquent fait le choix de nous intéresser au vécu des médecins pendant les téléconsultations et surtout à la manière que la distance impactait la relation thérapeutique. La méthode qualitative de collecte des données nous semblait la formule idéale pour connaître ce vécu, car elle permet aux acteurs de terrain de s'exprimer et de partager ce qu'ils vivent au quotidien. L'objectif premier de ce travail est de comprendre comment les praticiens ont perçu la télémédecine dans leur pratique médicale, mais surtout comment la distance a pu impacter les différentes composantes de la relation thérapeutique.

## 1.2. Guide d'entretien

Afin de récolter un maximum d'informations nous permettant de répondre aux différentes interrogations, nous avons souhaité réaliser des entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien, composé de questions ouvertes nous permettant d'explorer les différentes notions abordées dans le cadre théorique.

Notre guide d'entretien est organisé comme suit :

- Présentation personnelle ainsi qu'une brève explication du sujet du mémoire
- Informations sur la protection des données et l'anonymat
- Présentation du médecin
- Questions d'ordre général concernant les consultations avant et pendant le confinement
- Questions concernant les différents aspects de la relation thérapeutique et les effets de la distance sur celle-ci.

### 1.3. Échantillon

Par facilité et sur base des données de l'enquête US3R, nous avons émis le souhait de travailler sur les consultations par téléphone. En effet, un peu plus de 18% de l'échantillon a eu recours à cette méthode contre 0,5% pour les consultations par VC. Il nous semblait donc plus aisé de trouver des personnes ayant bénéficié de consultations par téléphone.

S'est alors posée la question de la pertinence de ce choix, parce qu'en effet, la ehealth et la mhealth feront partie intégrante des pratiques médicales de demain. Après mûre réflexion nous avons orienté ce travail vers les consultations par vidéo-conférence, en nous adressant en particulier aux médecins traitants, car c'étaient eux qui avait majoritairement utilisé ce moyen de communication lors du confinement. Pour rappel, 85% des consultations à distance pendant le confinement avaient été dispensées par des généralistes et seulement un peu plus de 12 % par des spécialistes.

Pour créer notre échantillon, nous avons d'abord opté pour la méthode « boule de neige ». Nous avons dans un premier temps posté des messages sur les réseaux sociaux et contacté l'entourage, mais sans succès.

Ensuite, nous avons voulu créer un échantillon de convenance en ciblant les maisons médicales et plus particulièrement celles situées en province de Liège et du Luxembourg, la densité de médecins y étant moins conséquente d'où l'intérêt de ce type de pratique. La province du Luxembourg étant une province assez rurale, il y avait, d'après nous, un intérêt à l'utilisation des consultations à distance.

En vain. Nous n'avons en effet reçu qu'un retour de la maison médicale de Barvaux, nous informant que le téléphone avait été la méthode choisie lors du confinement. Après avoir essuyé tous ces refus, nous nous sommes dirigés vers les médecins hospitaliers. Étant infirmière et travaillant à l'hôpital, nous avons contacté les médecins de la clinique où je professe.

Malheureusement, sur une population de plus de 300 médecins, nous n'avons eu qu'un retour sur l'utilisation de la vidéoconférence, les autres praticiens ayant très peu utilisé ce mode de consultation.

Finalement, par effet boule de neige, nous avons obtenu les coordonnées de médecins pédiatres spécialisés en oncologie qui avaient utilisé la VC. Nous n'avons obtenu qu'un seul retour d'un médecin ayant très peu pratiqué la VC. Pour pouvoir obtenir un échantillon significatif, nous n'avons pas eu d'autre choix que de l'élargir à tous types de médecins, aussi bien généralistes que spécialistes. Malgré le peu de médecins ayant fait appel à la visio-conférence, nous avons été en mesure de recueillir 5 entretiens de médecins ayant pratiqué de la sorte. Cependant, lors des entretiens ces médecins ont avoué n'avoir pratiqué qu'une consultation sur 4 par vidéo. Nous avons ensuite complété notre panel par 5 entretiens de médecins ayant exercé par téléphone, en utilisant les méthodes d'échantillonnage de convenance et effet boule de neige.

Le tableau ci-dessous reprend la présentation des 10 répondants ainsi que quelques caractéristiques les concernant.

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon

Caractéristiques des répondants	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Spécialité	Généraliste	Endocrinologue	Généraliste	Pédiatre	Néphrologue	Généraliste	Anesthésiste	Généraliste	Généralistes	Cardiologue
Genre	H	H	F	F	H	F	F	F	H	H
Age	37	54	42	45	42	55	40	36	52	63
Région	Bruxelles	Ottignies	Nivelles	Bruxelles	Bruxelles	Bruxelles	Ottignies	Incourt	Ath	Ottignies
Pratique avant Covid	Présentiel Cabinet Domicile	Présentiel Cabinet	Présentiel Cabinet Domicile	Présentiel Cabinet	Présentiel Cabinet	Présentiel Cabinet Domicile	Présentiel Cabinet	Présentiel Cabinet Domicile	Présentiel Cabinet Domicile	Présentiel Cabinet
Pratique pendant Covid	Téléphone	Téléphone	Téléphone	Visio/ Téléphone	Visio/ Téléphone	Téléphone	Visio	Visio/ Téléphone	Visio/ Téléphone	Téléphone
Type d'entretien	Teams	Face to Face	Face to Face	Teams	Teams	Teams	Teams	Teams	Teams	Face to Face

## 2. Résultats

Dans cette partie seront abordés les résultats des 10 entretiens réalisés auprès de médecins de spécialités différentes.

Leur analyse a été effectuée en utilisant la méthode de l'arbre de codage. L'identification de thèmes ainsi que de sous-thèmes y est présente. Certaines distinctions en catégories et sous-catégories ont également été mises en évidence.

De par les caractéristiques de l'échantillon, deux arbres de codage ont été établis : un concernant les consultations par téléphone, l'autre les consultations par vidéo. Lors de la retranscription des résultats, l'accent a été mis sur les consultations par téléphone, puisque son utilisation a été majoritaire. La première partie abordera les résultats communs aux deux arbres de codage :

- Le ressenti personnel des médecins vis-à-vis de la pandémie
- Les conséquences du confinement sur l'organisation professionnelle et familiale des médecins
- Un état des lieux des connaissances en matière de téléconsultation ainsi que les conditions préalables requises pour la conduite d'une téléconsultation.
- La conception de la relation thérapeutique selon les médecins.
- Approche réactive de la téléconsultation
- Les objectifs de la TC
- Les conséquences de la téléconsultation

La deuxième partie traitera des résultats propres à chaque méthode utilisée :

- Les avantages et les inconvénients de la TC
- Les limites de la TC

### 2.1. Généralités

En analysant les différentes interviews menées auprès des médecins, il s'avère que les consultations par téléphone et les consultations par vidéo ont de nombreux critères communs. Ce ne serait pas pertinent et cela alourdirait la lecture de ce travail si nous reprenions point par point chaque particularité liée à la modalité utilisée. Nous allons dans cette section parler des résultats communs aux deux modalités.

## Ressenti personnel des médecins vis à vis de la pandémie

Lors des entretiens, il est ressorti que les médecins se sont sentis perdus au début de la pandémie. La principale cause avancée concerne les informations venant des autorités qui étaient, soit manquantes, soit contradictoires : « *Complètement perdu, parce que c'est vrai que nous on a reçu aucune information* » (R3L13). Le stress d'être contaminé a également été mis en avant par de nombreux médecins : « *J'étais un peu stressée aussi par rapport à ma propre santé et aux risques que je pouvais prendre* » (R8 L38). Ce sentiment n'a cependant pas été partagé par tous les intervenants et peut varier d'une personne à l'autre : « *Et je vais dire personnellement, jamais de stress d'être malade pour moi* » (R6 L19).

La privation de travailler a été mal vécue pour 2 des répondants avec pour conséquence un « manque à gagner » et pour un des prestataires un sentiment de culpabilité du fait de ne pouvoir aider ses confrères urgentistes et intensivistes. Un médecin a également relevé la crainte de ne pouvoir assurer la continuité des soins à l'égard de ses patients : « *Perdu comme j'imagine beaucoup de monde et inquiet par rapport à la manière dont on allait pouvoir continuer à soigner nos patients, puisque l'autre partie de mon activité qui est la dialyse à l'hôpital ça implique qu'elles que soient les restrictions pour les patients, ils devaient continuer à venir trois fois semaine pour faire la dialyse. Ils ne pouvaient pas rester à la maison pendant trois mois en attendant que ça passe* » (R5L15-19).

## Conséquence du confinement sur l'organisation professionnelle et familiale des médecins

### *Au niveau professionnel*

Le suivi des recommandations et la mise en place du confinement ont nécessité pour beaucoup de praticiens une réorganisation du travail dans l'urgence. L'arrêt des consultations et l'agencement d'autres modalités de consultation ont été les premières mesures adoptées. « *Il a fallu effectivement s'organiser pour que la continuité des soins soit assurée* » (R2 L6).

L'absence de réunions, moins de pression et la disponibilité de temps dû à l'arrêt des consultations physiques ont été des avantages substantiels au déploiement des téléconsultations : « *À un moment donné c'était tellement calme il y a eu une petite circulaire qui est passée et qui recommandait au médecin généraliste de contacter les patients pour voir comment ils allaient. Du coup chacun moi en tout cas pour ma part j'ai fait la liste des patients que j'avais en tête tiens ça fait longtemps que je n'ai plus de leurs nouvelles alors je les appelais*

*les uns après les autres pour savoir comment ça allait pour voir s'ils avaient besoin de quelque chose s'il fallait remettre à jour certaines prescriptions » (R1 L40).*

A contrario, la mise en œuvre des téléconsultations a impliqué auprès des professionnels de la santé l'acquisition de matériel de type ordinateur portable, casque de téléphonie et siège de bureau ergonomique, afin de pouvoir dispenser des consultations sans altérer leur santé. « *Et si vous avez le téléphone et que vous êtes comme ça ( elle penche sa tête pour mimer qu'elle coince son téléphone contre son épaule), je vous garantis que moi, après une semaine, j'avais des migraines et un torticolis. Donc impossible d'écouter le patient. Impossible de me concentrer. Impossible de faire ces consultations... le lendemain, j'avais le casque, le système et donc j'ai pu recommencer mes consultations dans une posture correcte. Parce que quand on est en téléconsultation, rester assis tout le temps, alors moi, j'ai des problèmes de dos j'ai aussi dû demander une chaise adaptée » (R6 L268).*

#### *Au niveau familial*

L'arrêt de toute l'activité traditionnelle a aussi impacté la vie familiale, notamment par la nécessité d'aménager un espace de travail au domicile pour certains médecins exerçant essentiellement en cabinet. Une réorganisation de la vie de famille a aussi été inévitable afin de combiner travail et gestion des enfants. « *...parce que c'est vrai qu'en plus dans la mêlée, bien il y a des enfants aussi qu'il fallait gérer, donc oui ça été un peu compliqué » (R3L33).*

#### États des lieux des connaissances en matière de téléconsultation

Majoritairement, les connaissances en termes de téléconsultations avant la pandémie étaient quasi inexistantes, certains n'en n'ont jamais entendu parler, d'autres étaient surpris que l'on puisse dispenser de telles consultations et que cela soit autorisé d'un point de vue médico-légal « *Pas grand-chose je ne sais même pas à partir de quand on a eu les codes de nomenclature de téléconsultation parce que maintenant tous nos programmes nous le proposent mais avant je n'ai jamais entendu parler. Je ne savais pas qu'on pouvait je pensais même que c'était interdit de faire des téléconsultations comme ça » (R1L25).*

Un autre a évoqué que même durant son cursus de médecine, cela n'a jamais été abordé : « *Du tout, on n'a même jamais abordé ça dans les cours de médecine » (R7L13).* Seul 4 prestataires disent avoir connaissance de l'existence de ce type de pratique mais ne jamais l'avoir utilisé au

sens propre : « *Rien avant. Donc pour moi, une consultation, c'était un patient devant moi avec mes dix doigts, mon stéthoscope et même à travers mes études, c'est toujours ce qu'on m'a enseigné* » (R8L30).

La moitié des médecins partagent le fait que l'utilisation du téléphone est courante dans leur pratique, notamment pour les prises de rendez-vous et pour certaines communications de résultats.

### Condition préalable requise pour une téléconsultation par vidéo ou téléphone

Selon les médecins interrogés, il est nécessaire pour le bon déroulement d'une téléconsultation de respecter certains critères primordiaux et ce afin de garantir une prestation la plus optimale possible.

Unaniment, ils étaient d'accord sur le fait qu'il est important de connaître impérativement le patient qui sera entendu en téléconsultation et d'avoir une maîtrise de son dossier : « *Il faut bien connaître son patient et son dossier, les tenants et les aboutissants* » (R2L73).

D'une part cela permettait au médecin de réaliser un tri afin d'exclure un problème de santé grave requérant un référencement dans un service d'urgence : « *Et alors en fonction du patient qu'on avait au téléphone si on le connaît on sait si c'est une personne en qui on peut avoir confiance qui sait comprendre les notions d'urgence* » (R1 L65).

D'autre part cela permettait au médecin de savoir à qui il avait à faire, dans ce sens que lors des entretiens réalisés les répondants ont fait allusion au fait que beaucoup de patients ont tenté d'abuser de la distance pour demander des prescriptions de traitements non justifiées ainsi que des certificats d'absence sans aucun motif valable. Le fait de connaître sa patientèle reconforte le médecin vis-à-vis de la confiance qu'il peut octroyer aux patients : « *Là, il me dit j'ai fait 40 de fièvre, j'ai vomi j'ai mal de tête, je ne tiens pas debout. Vous avez une voix bien vivante pour quelqu'un qui ne tient pas debout. Ah mais bon. Oui, mais maintenant ça va mieux parce que je viens de prendre un dafalgan il y a une heure donc la fièvre est tombée. Oui, ok, je suis forcé de le croire moi. Le bénéfice du doute ... Peut-être ben que oui, peut-être ben que non.* »(R6L331)

## Conception de la relation thérapeutique selon les médecins

Cette relation doit être claire : « *Pour moi ce qui est important c'est déjà d'avoir une relation claire que d'une part le patient nous ait bien compris que nous comprenons bien les attentes du patient* » (R1L77) et cadrée : « *Idéalement fixer des limites selon notre conception des choses avoir un cadre dans lequel on peut discuter avec le patient à certains moments de certaines choses* » (R1L78) mais également basée sur une confiance mutuelle : « *La confiance aussi si on n'a pas confiance dans le patient ou si on sent que le patient n'a pas confiance en nous* » (R1L104) et emprunte d'honnêteté « *C'est une question difficile, je dirais l'honnêteté, une communication claire et honnête dans les deux sens* » (R6L125).

Être disponible : « *d'avoir une disponibilité pour les personnes* » (R1L80) et à l'écoute : « *C'est à dire qu'il faut écouter les gens* » (R2L101) des besoins du patient sont aussi des éléments qui ont été cités par certains médecins, ils estiment que cela favoriserait un suivi adéquat et que cela reconforterait le patient de se savoir inclus dans le projet de soins.

« *De permettre un suivi adéquat connaître un peu son patient savoir si c'est un patient qui va facilement ou rapidement revenir chez vous Ou si c'est un patient auquel il faudra faire attention où il faut plus aller nous-même vers lui pour assurer un suivi de qualité* » (R1L77).

L'examen clinique, palper, toucher le patient est un rituel de la consultation que ni le médecin ni le patient ne sont pas prêt à délaissier : « *Le fait de toucher et de dire est ce que c'est là que vous avez mal ? Ah oui, je vois là. Et là, par contre, vous n'avez pas mal. Euh. C'est important, c'est important. C'est un contact qui se fait. Le fait de prendre la tension donc ils demandent tous, tous qu'on fasse quelque chose* » (R6L342). Selon les dires des médecins, les patients ne conçoivent pas l'absence de contact physique lors des rencontres, car ils auraient un sentiment de moindre efficacité de la part du docteur : « *Et donc je pense qu'effectivement quand je ne sais pas moi, j'ai une consultation pour de l'eczéma ici, franchement, en deux secondes ça peut être plié c'est très concret et basta. Le patient pourrait partir, mais il va quand même rester un quart d'heure dans mon cabinet. Je vais aller toucher sa plaque pour regarder c'est un peu du théâtre, mais en gros, c'est un peu ce qu'on fait, mais ça lui donne confiance* » (R8L233).

Selon les médecins rencontrés, une bonne relation thérapeutique est vue comme une relation qui se déroule en face à face : « *le contact en face à face* » (R9L77) cela donnerait un sentiment de lien plus fort : « *je pense que quand on est face à la personne on peut se regarder c'est beaucoup plus fort* » (R1L170), une aisance et une intimité qui permettraient au patient de se

sentir dans un environnement adéquat et de pouvoir se confier. *« Et puis, je pense que le patient va se sentir quand même sans doute plus à l'aise de parler de certaines choses » (R3L98)*

L'observation du patient est irremplaçable, car cela permet aux médecins de voir, détecter des éléments auxquels le patient ne prêterait pas ou peu d'attention. Cette partie non-verbale de la consultation fournit aux professionnels de la santé des renseignements sur l'état du patient : *« Mais je pense que l'échange en présentiel est vraiment important parce qu'il y a beaucoup ...il y a tout le non verbal que je ne suis pas sûre d'avoir ni par téléphone ni par vidéo, ne fut ce que la façon dont elle bouge » (R3L93)*, un autre docteur a complété en disant : *« je trouve que c'est important de voir encore à quoi ressemble le patient comment il marche est-ce qu'il y a des choses qu'on pourrait voir que le patient ne nous dit pas Ah bah tiens il a une drôle d'allure ses jambes sont énormes et que pour le patient c'est quelque chose qui n'interpelle pas parce qu'il y pense pas » (R1L260)*.

Les médecins sont bien conscients que la temporalité joue également un rôle non négligeable dans la perception que les patients ont à l'égard de la consultation et de la pratique médicale. *« Oui, oui, ben oui, parce que les patients pensent, et je crois en tous les cas qu'ils pensent que plus on prend du temps avec eux, plus on est efficace, plus on est concentré et plus on est adéquat »(R8L231)*.

Prendre son temps permettrait également au praticien de parcourir toutes les possibilités et alternatives au sujet d'un traitement ou d'une prise en charge et même de donner son avis au patient : *« s'adapter aux gens et leur expliquer les choses, leur donner une série de solutions, les avantages et les inconvénients, leur donner éventuellement un avis personnel parce que parfois disent mais qu'est-ce que vous feriez ? » (R2L110)*

Un bonne relation thérapeutique serait selon les médecins ayant été interviewés, une relation ou l'échange en face à face a toute son importance, notamment dans la détection d'éléments que le patient ne trouverait pas pertinent d'aborder. Cette présence physique donnerait un côté rassurant et mettrait le patient dans des conditions optimales au bon déroulement de la consultation. Cela permettrait en outre la réalisation d'un examen clinique tellement important aux yeux du patient. Une confiance mutuelle serait une garantie de consolider le lien entre le patient et son médecin. Le temps de consultation octroyé par les professionnels de la santé est aussi un critère important car il serait, selon le patient le reflet d'une prise en charge adéquate et fiable.

## Approche réactive de la téléconsultation

Lors des contacts par téléphone ou par visio, des prestations similaires aux visites en face à face ont été prestées, il s'agissait entre autres de soins classiques : *« Mais c'est vrai qu'on était uniquement dans des soins curatifs et là, c'était vraiment des soins classiques » (R8L59),*

de prescriptions de traitements : *« J'ai prescrit des antibiotiques par téléphone ou par vidéo » (R8L60),* de prescriptions d'exams d'imageries médicales : *« J'ai prescrit des imageries médicales comme j'aurais fait dans mon cabinet aussi » (R8L61),* d'actes paramédicaux tels que des séances de kinésithérapie : *« J'ai prescrit des séances de kiné » (R8L60)* et parfois même du référencement vers d'autres spécialités : *« Consultations de base et éventuellement référencement à d'autres collègues et ou adaptations de traitements » (R5L54).*

*« Consultations, prescriptions, demande de prises de sang, ... toutes les demandes de documents, les prescriptions de kinés » (R3L55).*

La consultation était pour de nombreux praticiens initiée par eux-mêmes. Le désir de suivre les patients chroniques et d'adapter autant que possible leurs interventions auprès des patients vulnérables leur garantissaient de maintenir un suivi le plus adéquat. Nous citons : *« Donc nous, on les a appelés proactivement pour voir effectivement s'ils avaient besoin d'une prescription, s'ils avaient besoin de ça, avait des questions, etc. On a tout de suite pris la balle au bond et on a tout de suite contacté nos patients parce que là-dedans, on a une grosse proportion de patients diabétiques qui sont des gens effectivement, qui doivent avoir du matériel, des ordonnances, des trucs et des machins. Il a fallu effectivement s'organiser pour que la continuité des soins soit assuré » (R2L56).*

Certains médecins ont cependant laissé la liberté aux patients de les contacter lorsqu'ils en ressentaient le besoin : *« ...on avait l'impression de faire un call center « rires », donc c'est vrai qu'on était ... (mon mari est dans la même situation que moi), donc on était tous les deux à notre ordinateur. Et puis quand ça sonnait bien, on se connectait au dossier du patient et puis il nous expliquait quoi et nous on posait des questions comme une consultation » (R3L63).*

Le déroulement de la consultation s'appuyait exclusivement sur une anamnèse très poussée et basée sur les plaintes des patients : *« Ici, on est obligé de se cantonner aux symptômes pour évaluer et je pense que là ce qui vient suppléer ces deux choses, c'est l'expérience clinique et la connaissance du patient et le dossier médical qu'on a » (R6L366)*

## Objectifs de la téléconsultation

Peu importe la modalité de consultation choisie, soit par téléphone ou par vidéo, les objectifs d'une téléconsultation mis en lumière lors des entretiens sont similaires.

L'identification de problèmes aigus avec comme objectif d'exclure les urgences est selon 50% des médecins interrogés la vocation première des téléconsultations :

*« Je pense qu'en téléconsultation, on va surtout aller aux problèmes aigus qui ont, qui gênent le patient » (R3L122).*

Selon les répondants, un autre but des téléconsultations serait de maintenir un lien, une relation avec les patients. Mais ils insistent surtout sur le fait que cela ne peut fonctionner qu'avec des patients connus pour lesquels une relation existe déjà, par exemple :

- *« Donc ça, le lien si le lien est amorcé, le téléphone permet de le garder » (R9L96).*
- *« Oui, oui. Augmenter le lien pour des patients connus » (R10L81).*

S'il devait s'agir d'un nouveau patient, une première visite en présentiel est plus appropriée : *« Donc, c'est à dire que, comme je l'ai dit tantôt, un premier contact, toute façon, c'est toujours en présentiel parce que ça prend du temps, parce qu'il faut examiner les gens » (R2L294).* Une téléconsultation permettrait également de garantir un accès et une continuité des soins : *« ... et que donc on a permis une continuité des soins qui n'aurait peut-être pas été possible autrement » (R6L466).* De plus il est assez aisé pour le praticien de résoudre en quelques minutes certains problèmes ne nécessitant pas de visite en présentiel : *« Donc si après on a un contact à distance avec eux, on peut à mon avis résoudre une série de questions sans nécessairement examiner les gens » (R2L294).* Un exemple a été cité par cet intervenant : *« Si moi un patient me montre ses profils glycémiques qu'il m'envoie ses chiffres de tension artérielle que j'ai sa prise de sang, je sais me débrouiller avec ça et je n'ai pas besoin d'être examiné non plus » (R2L299).* La téléconsultation aurait l'avantage de faciliter l'apport d'éclaircissements au sujet d'un traitement ou d'un résultat sans gravité : *« On a des patients qui sont plus au courant de leur traitement que moi, et donc chez ces patients-là qui habitent loin, pouvoir leur dire voilà un mois sur deux pouvoir rester à la maison et on fait la consultation par téléphone ou par visio. Il sait les informations qu'on doit avoir, il sait ce qu'on va lui poser comme question, il sait quelles sont les choses importantes à nous dire. Je pense*

*que pour ces patients-là, il y a clairement à gagner en termes de déplacement et sans une grande perte au niveau de la qualité des soins » (R5L316).*

Un point intéressant serait de considérer la téléconsultation comme un complément aux consultations en face à face. Cela viendrait renforcer le lien déjà existant dans une relation médecin patient et serait une source supplémentaire de contact avec le patient :

- *« C'est pour ça que moi, c'est surtout des compléments à des consultations qui ont déjà eu lieu, où on doit discuter un point focal, des résultats, une question qui n'est pas tranchée » (R2L77).*
- *« Et moi, je n'appelle pas ça vraiment des consultations. C'est plus de la suite de la consultation en présentiel et ça c'est vrai que ça peut être rapide » (R3L217).*

### Conséquences de la téléconsultation

La pratique médicale à distance que ce soit par téléphone ou par vidéo va influencer un certain nombre de caractéristiques propres aux consultations. Elle va transformer les pratiques habituelles. Dans les différents entretiens réalisés, nous avons relevé 5 grandes notions un peu plus détaillées ci-après et qui vont être fort impactées : la communication, la durée des consultations, le contact physique, le contact visuel ou non verbal et la gestion émotionnelle qui vont être fort impactées.

#### *Communication*

La communication est un élément important de la relation thérapeutique. En effet, les médecins pensent qu'une communication claire, compréhensible et complète est importante. Et surtout qu'il faut pouvoir s'assurer de la bonne compréhension du patient des renseignements qui ont été donnés en consultation. Certains interviewés relèvent que la communication est moins évidente lorsqu'il faut annoncer certains résultats ou certains diagnostics complexes à distance. Trois médecins en parlent comme étant une démarche compliquée deux d'entre eux expliquent : *« Bien au contraire c'est plus compliqué. C'est plus compliqué parce que parce que justement il y a cette distance » (R3L303), « Non, mais à supposer que j'ai, que je fasse une ... (silence) ... Annoncer certains diagnostics doit se faire de manière adaptée et pas par téléphone, avec juste un diagnostic focal qui est donné » (R9L153).*

Les médecins se sentiraient mal à l'aise de faire ce type d'annonce à distance, car la transmission d'informations n'est jamais totalement assimilée par les patients. Lorsque la personne reçoit le diagnostic, elle peut ressentir un choc et une surprise, car cela remet en question sa perception de sa santé. Le stress, l'émotion et la quantité d'informations peuvent également être la cause de la perte d'une partie des données transmises : *« Et à un moment donné, on l'a fait par téléphone. Mais on s'est toujours senti mal à l'aise. Parce que si un jour on va annoncer à quelqu'un qu'il a le sida, on lui dit : vous avez le sida, et puis en général après ils n'entendent plus rien de ce qu'on leur dit. Et donc, si par téléphone, vous devez leur expliquer qu'ils doivent prendre contact avec machin, le sang bidul, en fait ils ne vont pas enregistrer ça. Et comme c'est oral, bah l'information elle est perdue » (R3L165).*

Dans certaines situations, un cadrage serait nécessaire, et ce, afin de pointer les éléments essentiels à aborder : *« Et moi, personnellement, j'ai tendance à préciser au début de l'entretien : « Écoutez, on va essayer de ne pas trop traîner parce que j'ai encore 20 personnes à rappeler après vous, est ce que vous pouvez me dire quelle est la chose la plus urgente et s'il y en a d'autres éventuellement, on peut voir pour se rappeler plus tard » (R6L308).*

La communication sera différente en fonction du patient qui est reçu en consultation, cela s'avère être le cas lorsqu'il s'agit de patients jeunes ou dans le cadre d'un besoin administratif. Dans ces situations, la communication sera ciblée et dirigée par le médecin avec un réflexe d'être plus agressif dans le déroulement de la discussion.: *«... contacter c'est plutôt les personnes jeunes anxieuse par rapport à un problème bien précis qui vont nous contacter donc il nous téléphone Bonjour docteur j'ai ça qu'est-ce que je dois faire et là tout de suite nous on commence à poser des questions bien fermées ou un petit peu ouvert mais on dirige très vite un peu agressivement la discussion » (R1L215).*

### *Durée et focale*

En règle générale une consultation à distance a tendance à être plus courte, même si pour deux médecins sur les 10 interviewés, la consultation en téléconsultation peut être aussi longue qu'une visite classique, tout en précisant que la gestion de l'angoisse du patient nécessite davantage de temps, de même que la gestion d'un nouveau problème de santé détecté : *« Pendant Covid ça m'est arrivé de rester plus de 40 minutes avec des personnes au téléphone parce qu'elles sont tellement inquiètes, tellement angoissées, il y a tellement de choses à régler que c'était parfois très, très long » R6L262).*

Selon les observations de 7 médecins sur 10, les consultations par téléconsultation sont plus courtes que les consultations en présentiel : « *C'est une bonne question pour l'instant en tout cas en ce qui me concerne, moi, ça va assez vite* » (R2L249). Une raison qui induirait des consultations plus courtes, que ce soit par téléphone ou vidéo consultation, serait que la discussion est plus ciblée : « *Des questions très focus* » (R2L251), « *Comme je l'ai dit tout à l'heure, si on a un contenu qui est bien ciblé et qui est je pense que ça peut tout à fait être satisfaisant et ça évite au patient, comme je disais tantôt, de devoir revenir pour un truc qui est peut-être réglé en cinq minutes au téléphone* » (R2L272). Le praticien percevrait également un impact défavorable au niveau de la qualité de la discussion, il évoquerait que la rapidité restreint la conversation aux seules plaintes du patient sans lui donner l'occasion de s'éloigner du sujet. Le patient n'est plus considéré comme un tout et l'attention du médecin se concentre essentiellement sur les plaintes : « *C'est une plainte c'est ciblé ça va vite, médicament bim fini. On a moins de vue d'ensemble, c'est vraiment une vision étriquée des choses par téléphone alors qu'ici quand on a une personne âgée on y va on prend le temps on déballe toute une histoire tiens vous aviez rendez-vous chez le cardio bah c'était quand on a l'appui de l'ordinateur et donc on sait voir dans le dossier s'il avait quelle tension on doit faire attention on va reconstrôler* » (R1L220).

Un médecin généraliste pense qu'une consultation plus brève pourra, à long terme, affecter la relation thérapeutique. Nous citons : « *Je pense qu'à long terme, oui. Si on a surtout des consultations par téléphone, parce que je pense que comme il y a beaucoup d'éléments qui vont passer à la trappe, il y a un moment donné où ils vont perdre la confiance ou ils vont avoir l'impression, peut être que moi je comprends moins bien ce qu'ils me demandent et si on bâcle et qu'on donne le sentiment d'être pressé ça ne va pas, ça ne va pas du tout* » (R3L227).

### *Contact physique*

A travers les consultations à distance, l'examen clinique du patient est difficile. En effet, par téléphone, il est illogique de vouloir ausculter les poumons de son patient, ou encore même dépister un souffle au cœur. Le médecin ne sait pas prendre la tension, palper le ventre ou encore même regarder la gorge du patient. C'est notamment la précision qu'apporte ce médecin ayant travaillé avec l'une et l'autre formule : « *Elle ne l'impacte pas, elle ne permet pas de le faire. Il n'y a pas d'examen médical, donc les moyens techniques de vidéoconférence permettent dans*

*une certaine mesure d'avoir un semblant d'examen médical. Mais rien ne remplace l'examen médical au bout des doigts. Non ça non ! » (R9L241)*

L'absence de toucher implique un glissement du jugement professionnel du médecin vers celui du patient « *On n'a pas d'examen, on n'a pas d'examen clinique. Donc clairement on est obligé de se fier à ce que dit le patient » (R6L326)*

L'absence d'examen clinique ne permet pas d'objectiver des situations urgentes ou des complications « *Oui, parce que l'examen clinique, ça permet quand même de bien préciser, d'exclure rapidement plein de choses, d'exclure surtout les urgences »(R3L241)*. De même, selon les médecins, le manque de contact physique réduirait la possibilité d'en apprendre davantage sur le patient et rendrait le jugement difficile.

*« Ça permet aussi d'avoir de nouveau des informations que le patient ne donne pas forcément, parce que parce qu'il est obligé de se déshabiller » (R3L241).*

### *Contact visuel*

Une caractéristique primordiale des consultations est le visuel, afin d'observer le patient qui se trouve en face de soi. Durant une consultation, le patient adopte une gestuelle, des mimiques, des mouvements qui peuvent apporter plus de précisions au médecin dans l'établissement d'un diagnostic.

Dans le groupe des médecins ayant travaillé par téléphone, ils sont majoritairement d'accord pour dire que sans ce contact visuel, toute la partie « non verbale » qui accompagne une consultation traditionnelle est perdue. En quelque sorte, on perd en finesse, ce qui compromet la notion du détail rendant de la sorte le diagnostic délicat :

- « *Ah bah tiens il a une drôle d'allure, ses jambes sont énormes et que pour le patient c'est quelque chose qui n'interpelle pas parce qu'il y pense pas » (R1L262).*
- « *Il y a effectivement tout ce non verbal » (R3L115).*
- « *Moi, mon premier diagnostic il se fait avec le patient en face de moi en regardant est ce qu'il est là les bras croisés ? Est ce qu'il a les mains ouvertes ? Est ce qu'il parle avec les mains ? Comment il se comporte ? Est ce qu'il a la main toujours sur le ventre quand il me dit j'ai mal au ventre depuis ce matin ? » (R6L137).*

## *Gestion émotionnelle*

Le manque de proximité va conduire à un mélange d'émotions et à des perceptions parfois incertaines auxquelles les prestataires de santé vont devoir se confronter.

Le sentiment d'inconfort a été très présent chez la plupart des médecins, surtout celui lié au fait de pouvoir « passer à côté » d'un élément important en lien avec la santé du patient. Cette conséquence est essentiellement en corrélation avec l'absence d'examen clinique « *Et puis il s'est retrouvé hospitalisé avec une pneumonie parce que j'ai pas pu l'examiner* » (R3L90).

La téléconsultation a pour beaucoup de docteurs rendu la gestion des émotions compliquée de par la distance, accentuant la notion d'incertitude et l'impression de ne pas avoir été efficace.

L'incapacité d'adresser du réconfort au travers d'un geste au patient a également été citée comme peu commode « *Cette expérience du contact à distance difficile sans être là et sans pouvoir rattraper les gens en disant voilà la boîte de mouchoirs ou bien de leur reprendre la main* » (R2L368).

À l'inverse, la téléconsultation a été vue comme bénéfique pour les personnes étant dans le besoin psychologique.

### 2.2. Téléconsultations par téléphone (concerne 5 médecins)

Dans la section précédente, nous avons parcouru les caractéristiques communes aux consultations par téléphone et par vidéo. Dans cette partie-ci, nous allons nous focaliser sur les avantages, inconvénients et limites spécifiques aux consultations par téléphone.

#### Avantages de la téléconsultation

Les différents répondants se sont accordés sur le principe que la téléconsultation par téléphone a permis de réaliser des consultations malgré la distance qui s'est imposée : « *Un autre effet positif c'est de permettre la consultation d'une certaine manière car ils ne se déplaçaient plus du tout dans les centres médicaux, c'était une certaine forme de soin donné* » (R1L344). Les suivis ont pu être maintenus : « *Ça c'est la force de la téléconsultation, c'est plus du suivi* » (R1L365).

Des services de garde ont également pu être mis en place : « *Donc on a instauré un service de garde par la maison médicale pour que les patients aient un contact sept jours sur sept avec un médecin* » (R6L74). Dans ce contexte de pandémie, cela a réduit les risques de contamination que ce soit auprès des patients ou du personnel soignant « *Les avantages, les avantages, c'est qu'on se protéger les uns les autres puisque étaient était tous porteurs potentiellement du code. Et donc donc ça je pense que c'était un avantage sanitaire qui était assez clair* » (R2L407).

Cette modalité de consultation a permis de limiter les déplacements, non seulement pour les personnes rencontrant des difficultés de mobilité, mais également pour les patients chroniques qui nécessitaient un suivi régulier mais dont la présence physique n'était pas indispensable « *Ça évite au patient, comme je disais tantôt, de devoir revenir pour un truc qui est peut-être réglé en cinq minutes au téléphone* » (R2L272).

Un médecin a également précisé que cela avait été moins coûteux et moins polluant : « *Ça leur coûte de l'argent parce que se déplacer c'est coûteux, ça pollue* » (R2L174).

Pour certains patients, cela aura facilité la discussion autour de sujets plus sensibles : « *Alors c'est peut-être le cas quand c'est un thérapeute qu'ils ne connaissent pas et qu'ils doivent aborder quelque chose d'un peu où ils sont un peu mal à l'aise peut-être qu'effectivement la distance alors facilite pour eux* » (R3L306).

La téléconsultation a été définie comme étant facile, rapide, permettant un gain de temps et ayant une souplesse offrant une grande adaptabilité aux différentes situations rencontrées : « *Et ça( faisant référence à la téléconsultation téléphonique), c'est vrai que c'est sympa, c'est rapide...* » (R3L216) D'après certains médecins, les téléconsultations ont été pour les patients une source de réconfort, leur offrant par conséquent une opportunité de contact avec le médecin alors que tout était à l'arrêt. Malgré la peur et le stress liés à la pandémie, les patients se sont, d'après eux, sentis en sécurité, sentiment d'autant plus accentué par la disponibilité de leur docteur :

- « *Quelque part, ça leur a fait plaisir. Ça les a rassurés. Voilà, ils savaient qu'on était, on était là. Ils savaient qu'ils pouvaient nous appeler en cas de problème* » (R2L399).
- « *Ils étaient rarement en tout cas ils ne nous l'ont pas dit et je ne l'ai pas ressenti non plus je pense que souvent ils étaient rassurés et réconfortés de cette disposition* » (R1L239).

- « *Je pense qu'ils se sont sentis en sécurité, qu'on les appelle et qu'on s'assure qu'ils allaient bien et que dans une grande mesure, les gens, ils allaient bien* » (R9L285).

## Inconvénients et limites des téléconsultations par téléphone

Malgré les aspects positifs exposés ci-avant, les téléconsultations ont également montré des désavantages et limites. En premier lieu, nous aborderons les inconvénients : c'est-à-dire les aspects négatifs inhérents à la consultation par téléphone, ensuite nous parcourrons les limites liées à cette modalité de consultation.

### *Inconvénients*

L'utilisation de la téléconsultation ne serait pas adéquate dans des situations plus complexes, notamment pour l'annonce de diagnostics délicats ou de certains résultats sensibles : « *C'est plus compliqué par téléphone de percevoir des nuances, donc on pourrait être moins adéquat dans certaines situations délicates.* » (R6L171). En effet, ce type de démarches implique de prendre du temps pour permettre au patient un cheminement dans la phase d'acceptation. Une annonce par téléphone serait même vue comme une barrière au soutien. « *Quand on te donne le diagnostic, on te dit oui, mais il y a des traitements, il y a ceci, il y a cela on t'épaulé, on t'encadre. On ne te lâche pas comme ça dans la nature parce que ce n'est juste pas possible.* » (R9L170). Elle ne laisserait pas non plus l'opportunité d'aborder, dans le détail, les différentes options qui s'offrent aux patients « *Parce que si on doit expliquer toutes les possibilités d'évolution et différentes possibilités de prise en charge, la démarche à faire etc. de le faire à distance c'est très compliqué* » (R3L142).

L'inconvénient majeur serait de ne pas avoir le patient en face. L'absence de contact visuel et physique induirait selon les médecins plus de risques de confusion vis-à-vis des patients pouvant aller jusqu'à mettre leur vie en danger. Il n'est pas rare de relever des erreurs d'encodage dans les dossiers et par conséquent de téléphoner à la mauvaise personne : « *Donc il faut être sûr qu'on a le bon patient au téléphone, qui téléphone pour poser la bonne question, que nous on va donner la bonne réponse... donc nous on doit mettre en place une série de critères de contrôle pour être sûrs qu'effectivement... Et donc là, c'est un peu comme le jeu de la valise quoi. Je suis bien chez madame machin, je peux lui parler ?* » (R2L130). Cela implique par ailleurs de devoir faire confiance aux patients et à ses dires, sans aucune possibilité de vérification : « *Donc on est obligé de faire confiance.* » (R9L111).

Cet éloignement ne favoriserait pas la possibilité d'approfondir les explications auprès du patient, par l'utilisation de supports tels que des dessins, des schémas ou même des photos : « *Moi j'aime bien montrer des photos des illustrations, regardez ça c'est ça* » (R1L72). Ce qui aboutirait à une perte d'informations pour le patient n'ayant pas saisi la totalité de la conversation : « *C'est un danger on pense que le patient nous comprend bien et après on se rend compte qu'il n'a pas compris ou qui ne sait pas mettre le même degré d'urgence par sa voix au téléphone* » (R1L70) .

Les consultations à distance ont conduit à une consommation accrue d'examen complémentaires de type imagerie médicale pour conforter les médecins dans leurs diagnostics, ce qui a selon eux engendré des coûts supplémentaires, pris du temps et mis le patient dans l'inconfort de devoir se déplacer au risque d'être contaminé : « *Et du coup, on envoie faire des examens, éventuellement peut être un peu plus que nécessaire* » (R6L378). De plus les traitements instaurés pendant le covid ont été selon certains médecins plus larges et plus agressifs par crainte de se tromper dans le diagnostic et par le souci d'éviter des complications : « *Après on était plus agressifs et plus larges dans les traitements que si on était en confrontation physique je pense qu'on lâchait plus rapidement des traitements des antibiotiques ou des choses comme ça de peur justement de se dire ok on va pas le voir* » (R1L284).

Nous citerons d'autres inconvénients mais qui n'ont pas été relevé par tous les intervenants :

- Une perte de qualité
- Un manque de cadre
- Le manque de relationnel
- L'épuisement du médecin

Enfin, certains praticiens estiment que ces pratiques mises en place pendant le Covid ont donné de mauvaises habitudes aux patients qui y perçoivent un avantage tel que le gain de temps mais qui peut s'avérer être défavorable dans certains cas. Les patients feraient leur consultation comme ils font leur « shopping » : « *L'inconvénient, c'est que certains patients ont un petit peu trop pris l'habitude qu'on leur réponde comme ça et d'avoir tout par téléphone. Je téléphone pour commander mes médicaments comme je commande de la nourriture pour mon chien sur Internet* » (R6L466).

Pour conclure, il est important de prendre en considération les inconvénients qui peuvent se présenter par l'utilisation du téléphone lors des consultations à distance. Bien que nous ayons

mis en évidence certains résultats positifs, il reste essentiel de comprendre les effets indésirables afin de mettre en place des solutions adéquates pour les surmonter à l'avenir.

### *Limites*

La principale limite de la téléconsultation pour les médecins est le risque de ne pas fournir une évaluation approfondie ou précise aux patients. Les consultations peuvent être superficielles en raison de l'absence d'examen clinique physique complet, ce qui peut limiter la capacité du médecin à diagnostiquer et à traiter avec précision les symptômes et les affections du patient : « *Et je pense qu'on va faire une médecine beaucoup plus superficielle, vraiment. Il y a beaucoup de choses qui ne vont pas se dire en consultation. Et puis y a rien à faire, il y a un téléphone où il y a un écran entre nous et donc je pense qu'il y aura une sorte d'intimité qu'on n'aura plus et qui va, qui va nuire même jusqu'aux informations qu'on aura sur le problème aigu* » (R3L126). De plus, les médecins ont éprouvé des difficultés à recueillir des informations supplémentaires en raison de la distance. Ce qui induit que, sur le long terme, ils ne connaissent plus aussi bien leurs patients, entraînant de la sorte un risque de perception erronée : « *Je pense que dans le long terme on finit par peut-être ne plus connaître aussi bien son patient. Lorsqu'on est en présence on parle parfois de tout et de rien, on en arrive à connaître la vie personnelle du patient et comprendre certaines choses. Un patient qui vit seul et qui n'a plus de contact avec qui que ce soit on comprendra pourquoi il est déprimé. Par téléphone les gens s'éternisent moins sur les petites histoires de leur vie* » (R1L138). Le manque de vision globale ne leur permet pas de détecter d'éventuels problèmes non formulés par le patient.

Une autre limite, et non des moindres, est l'absence de dépistage et de prévention qui est délaissée dans la téléconsultation :

- « *Mais du coup, tout ce qui est suivi et prévention va passer à la trappe* » (R3L123).
- « *On n'a pas pendant la pandémie, on a laissé de côté tout ce qui était préventif, aussi les dépistages, les checkups et tout ce qui s'ensuit. On a complètement délaissé ça ! Et on a eu des mauvaises surprises et on a eu des conséquences de ça par la suite* » (R8L56).

La téléconsultation ne pourrait pas convenir à tous les patients en raison de plusieurs aspects, d'une part pour les nouveaux patients qui ne seraient pas connus des praticiens, d'autre part

pour les patients ayant un niveau d'éducation plus faible ou ceux n'ayant pas de notions anatomiques de base : « *Oh ben non du tout, mais ça c'est comme j'ai expliqué, le vocabulaire restreint, le manque de connaissances, les parties du corps, les plaintes* » (R1L323).

Elle serait également inadaptée pour les personnes étrangères faisant face à la barrière linguistique : « *Et puis il y a le fait de parler imparfaitement la langue. Il y a quand même certains patients qui ne parlent pas tout à fait bien français ou dont le niveau d'éducation n'est pas très élevé et donc où certaines explications doivent être amenées vraiment à des bases.*» (R6L446)

L'utilisation du téléphone serait, pour certains médecins, peu propice à la réflexion. Ils avancent qu'une problématique serait la distraction liée au fait que les patients étant chez eux, ils sont moins concentrés sur les caractéristiques de la consultation : « *Il y a plus de distraction c'est moins professionnel c'est un peu plus comme si on appelait un membre lointain de sa famille ou un voisin je trouve que ça ne fait pas très sérieux* » (R1L171).

Finalement les problèmes d'aspects plutôt techniques sont également un frein. On peut citer : les problèmes de transmission, un mauvais réseau, une communication discontinue.

Bien que la téléconsultation puisse être une alternative pratique pour les médecins et les patients avec comme avantage principal celui de pouvoir garantir une continuité des soins, ses limites peuvent par contre entraîner une médecine trop superficielle et un risque associé d'erreurs de diagnostic ou de traitement inadéquat. Il est donc important de considérer ces limites et de s'assurer que la consultation en ligne est appropriée et efficace pour chaque situation médicale.

En résumé, les situations complexes sont difficilement gérables via la consultation par téléphone comme par exemple l'annonce d'un mauvais diagnostic. Le fait de ne pas avoir le patient physiquement en face de soi ne permet pas au médecin, ni de le voir, ni de le toucher et risque de le mettre en difficulté tant au niveau de la pose d'un diagnostic que dans la confusion vis-à-vis des patients. Cette absence de contact entraîne d'autres conséquences comme une consommation accrue d'exams ou de traitements, car le praticien craint de commettre une erreur. Les médecins ont le sentiment de perdre en qualité et d'être moins professionnels et in fine appréhendent l'épuisement et une carence de relationnel.

Tous ces éléments convergent et font redouter une médecine trop superficielle, pas adaptée à toute la population, accentuant le risque de mauvaise compréhension de part et d'autre, mais surtout la peur de commettre une méprise.

### 2.3. Téléconsultations par vidéo conférence (concerne 5 médecins)

Après avoir abordé les caractéristiques communes des deux types de consultation envisagés, ainsi que les avantages, inconvénients et limites propres aux consultations par téléphone, nous allons dans cette partie nous concentrer sur les grandes spécificités qu'offre la vidéo dans la pratique médicale à distance.

#### Avantages de la téléconsultation par vidéo

L'un des principaux avantages relevé de la vidéo consultation réside dans le fait qu'il y ait un contact visuel entre le médecin et son patient : « *Oui car beaucoup de patients ont été fort isolés pendant le confinement et d'avoir un visage de l'autre côté du pc, ça leur donnait un sentiment de réconfort. Ils étaient rassurés d'avoir un contact visuel, parce qu'il n'y avait pas d'autre contact extérieur* » (R7L138). Contrairement aux consultations par téléphone, les vidéo consultations permettent au médecin de voir le patient en temps réel, même s'ils sont à distance. C'est un moyen efficace de confirmer que c'est le bon patient et cela permet d'instaurer un climat de confiance entre les 2 intervenants, ce qui n'est pas possible avec une consultation par téléphone : « *Pour pouvoir voir les réactions des gens* » (R4L36).

En outre, le contact visuel permet au médecin d'évaluer les symptômes du patient tels que les lésions cutanées ou d'autres problèmes médicaux comme des œdèmes. Cela permet également au médecin d'avoir un support pour expliquer ou éclaircir certaines informations discutées durant la consultation : « *Non, bien sûr que non mais en vidéo il y a des choses qui seront plus vite abordable que par téléphone, vous pouvez leur montrer les choses, partager une image ou bien même montrer avec son propre corps* » (R10L245). Cette alternative à la consultation traditionnelle est également intéressante lorsque la consultation concerne un enfant mais seulement pour des plaintes très spécifiques notamment dermatologiques : « *Et l'autre c'était un truc dermato chez un enfant* » (R10L47).

La vidéo consultation permet également au patient de voir le visage du médecin en temps réel et de se sentir plus en confiance car il perçoit une forme de présence humaine. Cela permet également au médecin de mieux comprendre les préoccupations et les besoins du patient, car elle offre dans une certaine limite la possibilité d'évaluer la communication non-verbale du patient telle que les expressions du visage : « *Pour pouvoir voir les réactions des gens* » (R4L36).

Un climat de confiance permettra au patient de se sentir plus à l'aise pour partager ses problèmes de santé avec le médecin.

### Inconvénients et limites des téléconsultations par vidéo

#### *Inconvénients*

Les inconvénients liés aux consultations par vidéo sont très similaires aux consultations par téléphone, comme l'absence de contact physique qui en reste le principal défaut. Tandis que le visuel est présent, le risque de commettre une erreur reste important car le médecin ne sait pas ausculter son patient :

- « *Et puis je suis sûr que j'ai loupé des choses parce que je ne savais pas regarder dans des oreilles, parce que montrer sa bouche via une vidéo, désolé, mais ça ne donnait pas la même chose, les photos, etc. Bon, ça ça allait encore sur des lésions cutanées et des choses comme ça, ça peut encore le faire, mais palper le ventre, ce n'était pas possible* » (R8L76).
- « *Le fait, qu'il n'y ait pas de contact physique* » (R10L104).

Un médecin a même ajouté que les patients pouvaient être influencés par la barrière de l'écran et se comporter différemment : « *On perd, on perd beaucoup. Clairement, il y a aucun doute là-dessus et je pense même que le patient lui-même derrière son écran n'agit pas de la même manière non plus. Même si on avait la possibilité de tout voir ou entendre, le patient est probablement pas le même derrière un écran* » (R5L183).

#### *Limites*

Bien que les vidéo-consultations présentent certains avantages pour les patients et les médecins, elles comportent également des limites.

Tout d'abord, même si un contact visuel est possible, les praticiens éprouvent tout de même des difficultés dans la captation de tout le non verbal. En effet, une vision trop restreinte du patient derrière son écran ne permet pas de visualiser sa démarche, de voir s'il tremble des mains, de constater s'il se tient le bras, etc., la pédiatre estime que : « *Toutes mes vidéos, visio , franchement l'enfant n'est pas dans le cadre il s'en fout il joue à côté il fait autre chose, les parents causent devant un ordinateur ça n'intéresse pas.* » (R4L138), « *Comme je l'ai dit tout à l'heure, on perd beaucoup en finesse. Il y a plein de choses qu'on ne voit pas, on voit juste sa tête* » (R5L181), une des médecins généraliste complète : « *Moi, je trouve qu'il y a beaucoup qui passe par la gestuelle, par le comportement non verbal du patient, par son anxiété sur la chaise, la façon dont il va rentrer dans le cabinet s'il nous regarde dans les yeux pas dans les yeux. Il y a beaucoup de chose dans le non verbal. Que par vidéo, on voit un peu, mais ce n'est déjà pas au top* » (R8L179).

La vidéo ne serait pas adaptée à tous les types de patients, en l'occurrence un des médecins interviewés qui est pédiatre a relevé la nécessité que les enfants soient en âge de répondre aux questions. Sans cela, cette modalité ne serait pas adéquate : « *Et donc il faut déjà qu'il soit beaucoup âgé pour qu'il réponde aux questions. Mais donc pour un enfant la visio ça ne fonctionne pas* » (R4L138).

Un frein à l'utilisation de la vidéo est le manque de moyen de certains patients. En effet, pour pouvoir utiliser la vidéo, cela implique d'avoir un ordinateur équipé d'une caméra ainsi qu'une connexion internet : « *Oui il y a un plus au Visio mais qui est difficilement compensé par la technologie qui est encore coûteuse et inaccessible pour une certaine tranche de la patientèle pour être de bonne qualité* » (R10L182).

De plus, il faut composer avec les problèmes liés à la technologie et à la connectivité que les deux parties peuvent rencontrer : « *Et encore, parfois, on la voit freezer parce que la caméra est bloquée pendant un moment. On perd, on perd beaucoup* » (R5L181).

Les interruptions de connexion, les problèmes de qualité vidéo et audio peuvent impacter la valeur et la fluidité de la consultation. Cela peut rendre difficile l'évaluation des symptômes et la communication entre le patient et le médecin : « *Et puis il y a les problèmes de réseau, qui n'est pas toujours d'une grande qualité. Ça coupe souvent c'est hachuré ce n'est pas pratique du tout et c'est vrai que c'est parfois une raison pour laquelle on écourte la consultation* » (R7L94).

Les consultations vidéo peuvent améliorer la qualité des soins de santé en réduisant les barrières géographiques et temporelles, permettant aux patients d'avoir un accès plus facile aux soins de santé et d'assurer une prise en charge régulière. Néanmoins, elles ont également des inconvénients et des limites notamment en termes de contact physique, de qualité et de fiabilité technologiques, ainsi que l'impossibilité d'établir une relation intime et physique entre le patient et son médecin.

### 3. Discussion

Pour rappel, ce mémoire avait pour objectif de répondre à: *Quel est le vécu des médecins dans la relation thérapeutique qui ont dispensé des téléconsultations durant le premier confinement de la Covid ?*

L'élaboration de ce travail ainsi que les entretiens qui ont été réalisés nous ont permis de comprendre comment les médecins avaient perçu leur relation avec les patients pendant la période complexe qu'a été le confinement. Dans cette discussion, nous allons d'abord résumer les résultats, ensuite en s'appuyant sur l'ouvrage d'Alexandre Mathieu-Fritz nous discuterons les points suivants : de l'utilisation du téléphone ou plutôt de la vidéo, de l'implication de la distance physique, de la distance visuelle, des cadrages utiles et de la consultation à distance dans l'idéal.

Habituellement, les consultations sont dispensées en face à face au cabinet ou à domicile sur rendez-vous. En ce qui concernait les 10 médecins interrogés, les connaissances en matière de téléconsultation étaient réduites. Toutefois, ils ont avoués avoir recours régulièrement au téléphone, pour des transmissions de résultats communs ou des demandes de prescriptions.

Certains médecins se sont sentis perdus par manque d'informations et estiment avoir dû « se débrouiller » seuls pendant la pandémie. Leur volonté de suivre leurs patients, les a incités à mettre en place des moyens de communication leur permettant de garder le lien. Malgré un manque de connaissance évident, des téléconsultations soit par vidéo ou par téléphone ont été adoptées. Ces nouvelles dispositions ont impliqué une réorganisation tant professionnelle que familiale pour les différents répondants, nécessitant par exemple l'achat de matériel ou l'aménagement d'une pièce à cet effet. Ces aménagement ont permis de prester des actes très similaires à ceux réalisés lors d'une consultation traditionnelle à savoir : consultations,

prescriptions de traitements, d'ordonnances, d'examens d'imagerie, etc. Pour mener une consultation de qualité, connaître au préalable le patient est crucial. Dans de nombreux cas et sur base de certaines informations, les téléconsultations ont permis de réaliser antérieurement un tri et un référencement des cas plus graves vers les urgences.

La relation thérapeutique idéale a été décrite par les médecins comme étant une relation en face à face, permettant ainsi au praticien d'avoir non seulement un contact physique avec le patient, mais aussi de permettre un contact visuel. L'examen clinique a été cité par les médecins interviewés comme étant fondamental dans la relation thérapeutique, car c'est le moment où sont identifiés les symptômes, étape essentielle dans l'établissement d'un diagnostic. Le contact visuel est important car il permet aux professionnels de la santé de détecter les besoins non formulés par le patient. L'écoute du patient, une communication claire et accessible ainsi qu'une certaine disponibilité sont également mises en avant. Certains médecins ont complété cette description en insistant sur l'intérêt d'avoir une transparence et une honnêteté entre les deux intervenants facilitant ainsi un climat de confiance, une meilleure implication du patient et un suivi approprié de la part du médecin.

L'objectif des téléconsultations a été décrit comme un moyen d'identifier les problèmes aigus et de ce fait d'en exclure les urgences. Les TC ont permis de garantir la continuité des soins notamment pour les patients chroniques qui avaient besoin d'un suivi régulier comme par exemple : des insuffisants cardiaques, des patients diabétiques, des patients dialysés, ou encore des patients nécessitant une assistance psychologique constante. Les médecins ont estimé que cela avait aidé à maintenir le lien qui avait déjà été créé, de par le soutien et l'écoute qu'ils avaient pu conserver.

Les téléconsultations ont également été citées comme étant un complément aux visites en face à face.

La distance a eu des effets sur différents aspects des consultations. La communication a été vécue comme plus difficile et moins adaptée aux situations complexes. Les médecins excluent d'aborder un résultat ou un diagnostic sensible par téléphone ou par vidéo. Ils pensent ne pas pouvoir apporter un soutien aussi efficace que lors des consultations en face à face, notamment car ils ne peuvent pas avoir cette proximité physique avec le patient. Ils émettent également des réticences quant aux informations partagées à distance et la captation partielle qu'en font les patients.

Pour la plupart des praticiens rencontrés, disent que les téléconsultations ont tendance à être plus courtes. L'argument le plus évoqué est que les consultations sont généralement plus ciblées, les sujets discutés sont moindres, de l'ordre de 2 ou 3 et la patientèle faisant appel aux téléconsultations a tendance à être plus jeune. Les médecins ont, cependant, le sentiment d'avoir une attitude plus expéditive et agressive dans la gestion de la TC.

La distance empêchant de réaliser un examen clinique du patient, la consultation est exclusivement basée sur une anamnèse très complète et sur les plaintes émises par les patients. Cela génère chez les médecins interviewés un sentiment d'inconfort concernant leur capacité à poser un diagnostic fiable et exclure les urgences. L'absence de visuel, du toucher et de l'odorat leur donne le sentiment d'être incomplet.

La gestion émotionnelle du patient est également impactée par la distance, un mélange d'incertitude et de malaisance naît dans le chef des médecins sur la possibilité de passer à côté d'un problème plus grave pouvant engendrer de lourdes conséquences sur la santé du patient. Cependant, tous convergeaient pour dire qu'ils avaient le sentiment du devoir accompli dans les circonstances exceptionnelles que l'on a vécu.

Concernant les téléconsultations, de nombreux avantages ont été mentionnés par les répondants. Les appels vidéos ou téléphoniques ont ainsi permis la réalisation de consultations, permettant d'assurer un suivi des patients et ce malgré le confinement. Les téléconsultations apparaissent faciles et rapides à réaliser, en outre, elles évitent les déplacements inutiles ou pour de personnes éprouvant des difficultés de mobilité. Les médecins apprécient la souplesse et le gain de temps que les téléconsultations procurent. La distance a également été perçue comme facilitant la communication de certains sujets que le patient n'aborderait pas en présentiel. Les répondants ont senti une certaine forme de reconnaissance du côté des patients. Les praticiens ont réussi à apporter du réconfort et une certaine assurance grâce aux téléconsultations, ce qui a conduit à un sentiment de sécurité chez les patients. Finalement, l'avantage premier de la mise en place des téléconsultations, a été celui de protéger la population des contaminations liées au Covid-19 et donc de freiner sa propagation.

Même si l'aspect avantageux des téléconsultations est évident, des inconvénients et des limites ont été émis par les différents répondants. On peut citer comme obstacle, qu'au-delà d'un certain degré de complexité, la distance ne serait pas propice à gérer toutes les situations qui se présenteraient. L'absence de face à face empêcherait tout contact physique et visuel, ce qui pourrait selon les médecins être source de confusion et d'erreurs. Cela induirait également de

devoir réaliser plus d'examens comme aide au diagnostic. Dans cette même logique, les médecins avouent avoir été plus agressifs dans les traitements par peur de complications. La distance ne permettrait, en effet, pas d'approfondir les explications fournies au patient, dans ce sens que l'utilisation de supports tels que des images ou des dessins ne seraient pas aisés, cela procurerait un sentiment d'être moins professionnel auprès des répondants et induirait une perte de qualité dans la prise en charge des patients.

Pour conclure, les téléconsultations seraient perçues par les médecins rencontrés comme étant superficielles car elles ne permettraient ni d'obtenir les informations complètes au sujet du patient ni d'aborder autant de sujets que lors des visites en face à face. De manière générale la TC ne favoriserait pas la prévention, les dépistages et les vaccins. Les TC ne seraient pas adaptées à toute la population. Les médecins ont notamment cités les personnes âgées, les personnes n'ayant pas la maîtrise de la langue française, les patients ayant un faible niveau d'éducation et les nouveaux patients. Pour cette frange de la population, l'utilisation des TIC nécessiterait davantage d'accompagnement. Enfin, les praticiens ont également observé que l'utilisation du téléphone ou de la vidéo rendrait moins professionnelles leurs interventions, générant par la même occasion une certaine forme d'abus chez les patients.

### 3.1. L'utilisation du téléphone ou plutôt de la vidéo

Les résultats de notre travail nous ont montrés qu'initialement, la mise en place des téléconsultations n'a pas fait l'unanimité auprès de tous les prestataires. Le manque d'information et de formation ont été l'une des causes de ces réticences. Ce que souligne également Mathieu Fritz : « Ces craintes et ses définitions de la situation signifient aussi que les praticiens n'ont pas été formés et demeurent insuffisamment informés à propos de la télémédecine (concernant le cadre réglementaire, les dispositifs visiophoniques et les outils connectés, l'adaptation des pratiques, les modalités de communication, etc.) ». Il y a ceux qui d'emblée utilisaient aisément le téléphone et l'ordinateur dans leur pratique courante et ceux pour qui l'outil informatique occupait moins de place dans l'exercice de leurs fonctions. Pour certains praticiens, l'obligation d'avoir recours à de nouvelles modalités de consultations a été à l'encontre de ce que représente pour eux l'exercice de la médecine, à savoir : les dix doigts du médecin et son stéthoscope. Un sentiment général d'une médecine "bradée" s'est fait ressentir provoquant de l'inconfort et de l'incertitude chez les médecins quant à l'exactitude des diagnostics. Alexandre Mathieu-Fritz (2021) confirme cela : « Souvent, les professionnels

médicaux ont pratiqué une télémedecine jugée basique. Certains ont même parlé d'une « médecine » ou d'une « télémedecine de guerre », pour signifier qu'ils ont répondu à une demande de soins urgente en s'adaptant à la situation... ». La précipitation du confinement n'a pas permis aux répondants de se familiariser avec ses nouvelles dispositions, ce qui a également eu pour effet de générer une surcharge de travail et pour quelques-uns d'entre eux un épuisement. Les répondants estiment ne pas avoir été suffisamment formés à l'utilisation de ces technologies de communication leur permettant notamment de faire face aux divers problèmes techniques rencontrés comme des problèmes de réseaux, de connexions, ou des défaillances liées au matériel. Ce qui a inévitablement influencé le choix de l'une ou l'autre modalité, ce que confirme Mathieu-Fritz : « Rapidement, les difficultés techniques vont être anticipées par les praticiens. Certaines solutions visant à pallier les problèmes de connexion sont appliquées préventivement et se fondent sur une expérience des téléconsultations et de ces dysfonctionnements » (p.243) . Dans le cadre de notre recherche, le téléphone a été le moyen le plus utilisé par les médecins. Ils justifient ce choix par le caractère pratique, facile et fiable. En ce qui concerne les 5 médecins ayant utilisé la vidéo, cela n'a représenté que 25% du volume des consultations qu'ils ont réalisées, précisant que l'initiation de la vidéo était réalisée si elle était jugée nécessaire et qu'elle pouvait apporter des éléments intéressants.

### 3.2. Les implications de la distance physique

La distance a privé les médecins et les patients de toute une série d'aspects propres aux consultations en face à face, que ni le téléphone ni la vidéo n'ont permis de couvrir, comme par exemple le contact physique. Les médecins ont été perturbés par l'absence des gestes usuels d'accueil des patients, comme le simple fait de serrer une main ou d'inviter le patient à s'asseoir, ce qui permet, entre autres, de cadrer et d'indiquer le début de la consultation. Dans la littérature, cette phase dite sociale est primordiale dans la construction d'une relation médecin-patient de confiance et de qualité (Rey-Bellet et al., 2008).

Une autre conséquence qu'implique la distance est l'absence d'examen clinique.

Or s'il y a bien un élément essentiel propre à l'exercice de la médecine c'est bien le toucher, Mathieu-Fritz le formule comme le fait : « qu'il est privé de ses « savoirs tactiles », alors que le toucher constitue pour lui, habituellement, « un moyen d'action et de connaissances techniques » de premier plan dans la clinique médicale » (p.151). Les médecins questionnés ont

manifesté leurs craintes quant à l'absence de palpation et d'auscultation. Selon eux, cela ne leur a pas permis de compléter davantage les informations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic. Ils insistent sur le fait que ce manquement pourrait les conduire à commettre des erreurs. Les médecins ont dû déléguer cette tâche aux patients, avec les risques d'erreurs que cela pouvait induire. En effet, ils ne bénéficient pas des connaissances et des savoir-faire du médecin, ce qu'affirme également Mathieu Fritz : « Selon nous, le toucher demeure toujours difficilement déléguable et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord certains gestes à déléguer exigent des « techniques du corps » qui ne s'acquièrent pas instantanément... » (p.151). L'examen clinique aurait d'autres propriétés comme le fait de se concentrer essentiellement sur le patient et d'adapter ainsi la prise en charge du patient, ce qu'explique Bontoux et al. « l'examen physique est un temps sans l'ordinateur où seule compte l'attention portée sur le patient, ce qui contribue à la perception d'une médecine personnalisée » (Bontoux et al., 2021).

Pourtant, lors de nos entretiens, certains médecins ont expliqué que toutes les situations qui amenaient le patient à consulter n'exigeaient pas nécessairement un examen clinique, et qu'à partir d'éléments concrets, tels que : des examens d'imageries, des résultats de prise de sang, certains diagnostics ou certains ajustements de traitement pouvaient se faire. Un des médecins a évoqué que tout ce rituel était souvent réalisé non seulement pour se rassurer mais rassurer le patient également. Mathieu Fritz confirme ceci dans son ouvrage : « Suivre scrupuleusement la marche à suivre (ou le « ritualisme ») constitue le meilleur rempart contre les risques d'erreur et d'accusation, nous dit Hughes, et finalement contre le sentiment d'incertitude qui accompagne souvent les activités de travail propres au monde médical » (p. 150). Ce qui confirme que de procéder de façon systématique est en quelque sorte un moyen que le praticien utilise pour se reconforter sur la qualité de son travail.

Selon les répondants, même si à l'avenir il devait y avoir une réorganisation dans les pratiques médicales, il s'avère que pour les patients le toucher reste encore important, voire indispensable au bon déroulement d'une consultation, ce qui est également souligné par Fritz : « À cet égard, nous avons vu aussi que la distance physique et l'absence de toucher qui en découle peuvent également être perçues négativement par les patients qui éprouvent le sentiment que le médecin n'a pas réalisé une « vraie consultation »... » (p.153). Ce qui est nuancé dans l'étude *l'Utilisation des Soins : Recours, Report, Renoncement US3R*, où le taux de satisfaction à l'égard des consultations à distance était favorable. En revanche pour les patients qui ne les avaient pas appréciées, l'argument qui revenait souvent était l'absence d'auscultation et de toucher. Selon Bontoux, cette notion de manque est bien confirmée : « Une consultation sans

examen physique est, de l'expérience générale, tenue pour incomplète par de nombreux patients (« il ne m'a même pas touché. . . »), et la valeur qu'ils accordent à ces gestes est élevée » (Bontoux et al., 2021)

La distance physique a été pour d'autres patients un facilitateur, leur permettant de parler plus librement de certains sujets qu'ils n'auraient pas abordés en face à face. Les praticiens ont rarement observé une réticence de la part des patients d'aborder certains sujets plus embarrassants, Mathieu Fritz en fait une hypothèse comme quoi : « la relation visiophonique produit chez le patient une impression de distance qui le protège pour une part du regard d'autrui, en l'occurrence du praticien, et qui le conduit à se dévoiler plus aisément et à moins se soucier des formes morales de désapprobation que ses propos pourraient susciter. Le sentiment de distance éprouvé au cours des téléconsultations contribuerait à lever certaines inhibitions » (p.232).

### 3.3. Les implications de la distance visuelle

Lors de consultations par téléphone, les médecins se sont sentis particulièrement mal à l'aise car privés de la vision, ils n'étaient même pas en mesure de s'assurer qu'ils avaient le bon patient à l'autre bout du téléphone. Ceci est également expliqué par Fritz : « il demeure toutefois des difficultés typiquement liées à l'usage des dispositifs visiophoniques, les modalités de restitution visuelle et sonore ne permettant pas d'identifier facilement ses interlocuteurs... » (p.108). Cela a engendré une certaine méfiance dans l'esprit des professionnels, dans ce sens qu'ils se sont sentis manipulés et trompés par les patients, et de surcroît disposant de peu d'éléments pour vérifier les dires du patient. C'est pour cette raison que beaucoup de praticiens convergent pour dire que ce type de consultation est exclusivement dirigée vers des patients qu'ils connaissent et dont ils ont la maîtrise.

Une notion complètement absente lors des contacts téléphoniques et citée par une grande partie des répondants a été l'absence du « non-verbal » ou encore « paralangage » comme le nomme Mathieu-Fritz. Pendant les consultations en face à face, le patient exprime ses plaintes, mais il manifeste également des comportements, des attitudes qui vont être une source d'informations importantes pour le médecin. On peut citer par exemple : la manière dont marche le patient, s'il gigotte de façon excessive sur sa chaise, s'il est transpirant, s'il se tient le ventre, si ses chevilles sont gonflées, etc.

Les praticiens n'ont pas perçu la vidéo comme étant d'une grande aide. Ils déplorent que malgré qu'ils ont un contact visuel, beaucoup de subtilités font défaut ce que confirme Mathieu Fritz « les images produites par le dispositif ne sont que partielles, tronquées en quelque sorte... les images fournies ne sont pas satisfaisantes et dépendent notamment de la qualité de la connexion établie via Internet » (p.219), de plus selon Fritz : « le plan restreint de la restitution visuelle limite et complique le recours, dans les interactions, au paralangage habituel, c'est-à-dire au langage du corps » (p.220), mais également au niveau de la restitution sonore.

### 3.4. Des cadrages utiles

Dans son livre, Mathieu Fritz aborde ce qu'il nomme « les cadrages » (p.105), une série de règles qui vont baliser les interactions et qu'il estime être nécessaire pour le bon déroulement des téléconsultations. Ce que nous avons eu comme confirmation lors des interviews, les médecins ont expliqué certaines situations ayant conduit à l'application de quelques normes améliorant ainsi la consultation et minimisant les dérives.

A la mise en route des consultations à distance, certains médecins ont pris le parti de communiquer leur numéro de téléphone, ceci dans le but d'être facilement joignables par les patients. Malheureusement les praticiens ont déploré certains excès dans le chef des patients, abusant et téléphonant de façon intempestive à toute heure du jour et de la nuit, ce qui a poussé les médecins à cloisonner les plages de consultations ou à définir un temps de travail précis, allant jusqu'à s'équiper d'un autre téléphone pour l'usage privé et déconnecter le téléphone professionnel. Dans son livre Mathieu Fritz fait état de : « Ces débordements reposent sur l'utilisation de divers médias et consistent en autant de transgressions des règles d'usage du dispositif de téléconsultation, telles qu'elles ont été fixées initialement... » (p.256)

Pendant les pics du confinement, certains médecins ont avoué avoir subi une charge de travail imposante, les obligeant à cibler davantage la teneur des consultations et permettre ainsi un plus grand nombre de contacts. Un cadrage relationnel et professionnel est également mentionné par Mathieu Fritz comme : « la définition des objectifs de la téléconsultation » (p.106) par exemple le motif de la présence en téléconsultation, et il justifie cette affirmation en expliquant qu'il est beaucoup plus difficile d'interagir de façon efficace lorsque l'on ne connaît pas les raisons de la présence d'un patient. (p.106)

### 3.5. La téléconsultation dans l'idéal

L'avis des répondants est majoritaire pour dire que les téléconsultations ont permis de garder le contact avec leurs patients et de garantir ainsi la continuité des soins, alors que la situation sanitaire était en crise. Toutefois, les professionnels de la santé insistent pour dire que plusieurs notions doivent être au centre de l'attention pour tirer le meilleur parti des téléconsultations. Ils évoquent notamment que la connaissance des patients est primordiale. Recevoir un nouveau patient pour un premier rendez-vous à distance est, selon eux, inconcevable, ce qu'appuie Bontoux : « Sauf nécessité, une première consultation doit se faire en "présentiel" » (Bontoux et al., 2021).

Notre travail, montre qu'à l'unanimité, les médecins ayant été interviewés considèrent que la téléconsultation doit être prise comme un complément aux rendez-vous en face à face, cela favoriserait le suivi des patients tout en limitant les déplacements compliqués ou inutile, cela est également confirmé par la littérature : « Pour ces raisons la téléconsultation ne doit pas être considérée comme substitutive de la consultation présenteielle, mais comme complémentaire. Elle est plus adaptée au suivi, en accord avec le médecin, qu'à l'établissement d'un diagnostic initial » (Bontoux et al., 2021p.864).

## 4. Limites et perspectives

Notre recherche étant basée sur une approche qualitative, des interviews détaillées mais en nombre restreint ne permettent pas de généraliser les données à une population plus large. Cependant au bout des 10 entretiens réalisés, nous pensons être arrivés à saturation de données.

Une certaine subjectivité intrinsèque, propre au chercheur, peut également biaiser l'interprétation des résultats.

La difficulté rencontrée lors de la composition de l'échantillon et la nécessité d'utiliser la méthode « boule de neige » et la méthode de convenance, impliquent un biais de sélection ; les individus qui participent aux interviews sont ceux qui sont disponibles et disposés à participer, ils peuvent donc ne pas être représentatifs de la population cible.

Les résultats se basent sur des données autodéclarées et rétrospectives, cela signifie que les répondants peuvent ne pas se rappeler précisément des événements passés, ce qui peut entraîner des erreurs ou un manque de justesse dans les données collectées.

Enfin, nous n'avons ici que l'opinion des médecins au sujet de leur expérience, la satisfaction des patients étant abordée à quelques reprises, nous n'avons pas pu approfondir cet aspect dans ce travail.

En ce qui concerne les perspectives il serait intéressant d'interroger le vécu des patients pour pouvoir le confronter au vécu des médecins. Cela permettrait d'améliorer les modalités des téléconsultations à l'avenir et de susciter plus d'entrain auprès de tous les intervenants.

## D. Conclusions

En conclusion, ce mémoire nous a aidés à comprendre comment les médecins avaient vécu cette période de confinement mais également comment la distance avait modifié leur pratique médicale. Ce travail nous a permis de démontrer que la télémédecine a joué un rôle crucial pour assurer la continuité des soins, tout en minimisant le risque de propagation du virus pendant le confinement. L'opinion des médecins n'a pas été favorable à l'arrivée de ces nouvelles modalités, voyant la téléconsultation comme une menace au maintien de la relation thérapeutique et modifiant profondément leurs pratiques et habitudes.

Le manque de contact physique a parfois rendu difficile l'évaluation complète de la condition du patient, et les médecins ont dû apprendre à communiquer efficacement à travers d'un écran ou via un téléphone. La vision globale du patient n'a pas toujours été prise en compte, ce qui crée un sentiment d'inconfort auprès des praticiens, qui ont eu peur de commettre des erreurs ou de passer à côté d'un problème grave de santé.

Cependant, nos résultats ont également montré que plusieurs médecins ont réussi à maintenir une qualité de relation thérapeutique adéquate lors des consultations à distance, et que cela doit faire partie des nouvelles compétences communicationnelles pour les médecins. Les médecins doivent être en mesure de dispenser des soins de santé de qualité, même lorsque la consultation se fait à distance. Il est nécessaire qu'ils adaptent leur communication verbale et non verbale en fonction du mode des consultations.

D'après leur vécu, les médecins ont pu constater que la télémédecine permet une flexibilité et une commodité réelle, aussi bien pour les patients que pour eux-mêmes.

Les répondants ont souligné que les consultations à distance ont permis un accès plus facile et rapide aux soins pour les patients. Ils ont noté que, du fait de la suspension des consultations en présentiel et la mise en place des restrictions de mouvement, les patients ont pu bénéficier d'un

accès aux soins de santé auquel ils n'auraient pas pu accéder en temps normal, en particulier pour des conditions non urgentes.

Notre étude attire également l'attention sur l'importance d'adopter des modèles de consultation mixtes, où des consultations en personne et à distance pourraient être associées. Ces modèles mixtes pourraient aider à réduire les barrières d'accès aux soins de santé pour les patients, notamment pour les patients dépendants ou ayant des conditions chroniques de santé. De même que pour les patients qui sont confrontés aux déserts médicaux dans des zones géographiques plus difficiles d'accès.

Il faut également, souligner l'importance quant à l'adaptation des téléconsultations pour intégrer au mieux les campagnes de dépistages, la prévention ainsi que la vaccination qui sont des enjeux majeurs en santé publique.

La nécessité de développer et d'utiliser les téléconsultations devrait davantage faire partie de la formation des jeunes médecins. Les téléconsultations exigent des connaissances et des savoir-faire tant au niveau de la technique, qu'au niveau de la communication. L'apprentissage et la maîtrise de l'organisation d'une téléconsultation par les professionnels de la médecine sont indispensables et incontournables afin de garantir une prise en charge adéquate et de qualité. C'est un défi de taille pour nos politiques et notre système de santé de pérenniser pour le futur la pratique de la téléconsultation induite par la pandémie de Covid19. Cela signifierait que même après la fin de la pandémie, la télémédecine pourrait probablement continuer à être un élément clé du système de santé de demain, sans altérer la relation soignant-soigné.

## Bibliographie

- Alexandre Mathieu-Fritz. (2021). *Le praticien, le patient et les artefacts Genèse des mondes de la télémédecine* (Presse des Mines).
- Allocution liminaire du Directeur général de l’OMS lors du point presse sur la COVID-19—11 mars 2020.* (s. d.). Consulté 15 décembre 2022, à l’adresse <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Astruc A, et al. (2020). Télémédecine : Les débuts de l’histoire. *Elsevier*, 1(5), 551-557.
- Avalosse, H., Vrancken, J., Willaert, D., Vanoverloop, J., & Intermutualiste, A. (2022). *Les téléconsultations durant la pandémie de COVID-19.*
- Balint Michael. (1964). *The Doctor, His Patient and the Illness.* Pittman Medical.
- Bassi, M., Strati, M. F., Parodi, S., Lightwood, S., Rebora, C., Rizza, F., d’Annunzio, G., Minuto, N., & Maghnie, M. (2022). Patient Satisfaction of Telemedicine in Pediatric and Young Adult Type 1 Diabetes Patients During Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 10, 857561. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.857561>
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, 27(1), 3. <https://doi.org/10.2307/3321642>
- Bertier M. et al. (2021, avril). *Regards économiques—Renoncement aux soins médicaux et confinement : Les enseignements d’une enquête en ligne.* [https://www-regards-economiques-be.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/index.php?option=com\\_reco&view=article&cid=211](https://www-regards-economiques-be.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/index.php?option=com_reco&view=article&cid=211)
- Bontoux, D., Autret, A., Jaury, P., Laurent, B., Levi, Y., & Olié, J. P. (2021). Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine*, 205(8), 857-866. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.07.009>
- Buetow, S., Jutel, A., & Hoare, K. (2009). Shrinking social space in the doctor–modern patient relationship : A review of forces for, and implications of, homologisation. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.053>
- Calheiros, C. (2023). Comment la téléconsultation médicale « en autonomie » infléchit-elle les rapports de pouvoir dans la relation médecin-patient ? *Netcom. Réseaux, communication et territoires.* <https://journals.openedition.org/netcom/6959>
- Calvignac, C. (2020). Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ? *Sciences humaines.* <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02904432>

- Carretier, E., Guessoum, S. B., Radjack, R., Mao, S.-F., Minassian, S., Blanchet, C., Moro, M. R., & Lachal, J. (2021). Adaptation des soins et télémédecine en période de confinement et de pandémie de COVID-19 : Retour d'expérience d'une Maison des Adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(3), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.02.001>
- Couturier, Y., Gagnon, D., & Belzile, L. (2013). La nouvelle gestion publique en santé et services sociaux et l'émergence de la gestion de cas. *Éducation et sociétés*, 32(2), 109-122. <https://doi.org/10.3917/es.032.0109>
- Da Silva, N., & Raully, A. (2016). La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions. *Économie et institutions*, 24, Article 24. <https://doi.org/10.4000/ei.5758>
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C., & Greitemann, B. (2009). Patient–doctor interaction in rehabilitation : The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 328-335. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.031>
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., Campbell, J., & McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting : A qualitative study in primary care. *The British Journal of General Practice*, 69(686), e586-e594. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704141>
- Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : Apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 19(5), 413-425. <https://doi.org/10.3917/spub.075.0413>
- Grégoire, A. (s. d.). *Penser la relation thérapeutique pour mieux panser : L'histoire d'une rencontre en pédopsychiatrie*.
- Habib, J., Yatim, F., & Sebai, J. (2019). Analyse des facteurs influençant l'émergence des pratiques de télémédecine : Le cas des Maisons de Santé en France: *Systèmes d'information & management*, Volume 24(1), 47-85. <https://doi.org/10.3917/sim.191.0047>
- Hallam, L. (1993). Access to general practice and general practitioners by telephone : The patient's view. *The British Journal of General Practice*, 43(373), 331-335.
- Hellín, T. (2002). The physician–patient relationship : Recent developments and changes. *Haemophilia*, 8(3), 450-454. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x>
- Hincapié, M. A., Gallego, J. C., Gempeler, A., Piñeros, J. A., Nasner, D., & Escobar, M. F. (2020). Implementation and Usefulness of Telemedicine During the COVID-19

- Pandemic : A Scoping Review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 2150132720980612. <https://doi.org/10.1177/2150132720980612>
- Hong, Y.-R., Lawrence, J., Williams, D., & Mainous III, A. (2020). Population-Level Interest and Telehealth Capacity of US Hospitals in Response to COVID-19 : Cross-Sectional Analysis of Google Search and National Hospital Survey Data. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18961. <https://doi.org/10.2196/18961>
- Imlach, F., McKinlay, E., Middleton, L., Kennedy, J., Pledger, M., Russell, L., Churchward, M., Cumming, J., & McBride-Henry, K. (2020). Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown : Survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Family Practice*, 21, 269. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01336-1>
- Isebaert, L., & Cabié, M.-C. (2006). 3. La relation thérapeutique. In *Pour une thérapie brève* (p. 69-95). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/pour-une-therapie-breve--9782865865031-p-69.htm>
- Jewson, N. D. (1976). The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870. *Sociology*, 10(2), 225-244. <https://doi.org/10.1177/003803857601000202>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2006.01.005>
- Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017). Telehealth and patient satisfaction : A systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*, 7(8), e016242. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>
- La consultation médicale à distance en 5 questions*. (2018, octobre 23). Le Soir. <https://www.lesoir.be/185946/article/2018-10-23/la-consultation-medicale-distance-en-5-questions>
- Larousse. (2023a). *Définitions : Relation—Dictionnaire de français Larousse*. Larousse Dictionnaire. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>
- Larousse. (2023b). *Définitions : Relations—Dictionnaire de français Larousse*. Larousse Dictionnaire. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Vécu - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 23 septembre 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/v%C3%A9cu/81239>

- LOI - WET. (s. d.). Consulté 20 février 2023, à l'adresse  
[https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2022062603&table\\_name=loi](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2022062603&table_name=loi)
- Loute, A. (2020, octobre 8). *Télémedecine et crise sanitaire : Réflexions éthiques et politiques*. Revue Démocratie. [https://www.revue-democratie.be/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1452:telemedecine-et-crise-sanitaire-reflexions-ethiques-et-politiques&catid=30&Itemid=130](https://www.revue-democratie.be/index.php?option=com_content&view=article&id=1452:telemedecine-et-crise-sanitaire-reflexions-ethiques-et-politiques&catid=30&Itemid=130)
- Loute, A., & Williatte, L. (2021). Télémedecine, clinique numérique et vulnérabilités. Des enjeux éthiques mis en exergue par la crise sanitaire. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 32(4), 11-26.  
<https://doi.org/10.3917/jibes.324.0011>
- Mann, D. M., Chen, J., Chunara, R., Testa, P. A., & Nov, O. (2020). COVID-19 transforms health care through telemedicine : Evidence from the field. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 27(7), 1132-1135.  
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa072>
- Mathieu-Fritz, A., & Esterle, L. (2013). Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches. *Revue française de sociologie*, 54(2), 303-329.  
<https://doi.org/10.3917/rfs.542.0303>
- Mathieu-Fritz, A., & Gaglio, G. (2018). À la recherche des configurations sociotechniques de la télémedecine. Revue de littérature des travaux de sciences sociales. *Réseaux*, 207(1), 27-63. <https://doi.org/10.3917/res.207.0027>
- McCrossan, B., Morgan, G., Grant, B., Sands, A. J., Craig, B. G., Doherty, N. N., Agus, A. M., Crealey, G. E., & Casey, F. A. (2012). A randomised trial of a remote home support programme for infants with major congenital heart disease. *Heart (British Cardiac Society)*, 98(20), 1523-1528. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2012-302350>
- McKinstry, B., Hammersley, V., Burton, C., Pinnock, H., Elton, R., Dowell, J., Sawdon, N., Heaney, D., Elwyn, G., & Sheikh, A. (2010). The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations : A comparative study. *Quality and Safety in Health Care*, 19(4), 298-303. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.027763>
- McKinstry, B., Walker, J., Campbell, C., Heaney, D., & Wyke, S. (2002). Telephone consultations to manage requests for same-day appointments : A randomised controlled trial in two practices. *The British Journal of General Practice*, 52(477), 306-310.

- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness : A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Nemiah, J. C. (1996). Breuer, Josef and Freud, Sigmund (1895/1995), Studies on Hysteria. In James Strachey (Ed.) The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London : Hogarth Press, Vol.2, xxxii, pp. 1–335. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(3), 234-237. <https://doi.org/10.1080/00029157.1996.10403343>
- Nys, J.-F. (2020). La télémédecine, simple évolution ou véritable révolution des usages dans le système de santé français ? *Marché et organisations*, 38(2), 15-36.  
<https://doi.org/10.3917/maorg.038.0015>
- Parsons, T. (1951). *THE SOCIAL SYSTEM*. chapitre " structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne".
- Rey-Bellet, S., Zürcher, M., Martin, S., & Conus, K. M. (2008). Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. *Revue Médicale Suisse*.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What Works for Whom? : A Critical Review of Psychotherapy Research*. Guilford Press.
- Rougerie, C. (s. d.). *L'accueil : Un analyseur des implications professionnelles dans le travail social*.
- Sabesan, S., Simcox, K., & Marr, I. (2012). Medical oncology clinics through videoconferencing : An acceptable telehealth model for rural patients and health workers. *Internal Medicine Journal*, 42(7), 780-785. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2011.02537.x>
- Sandman, L., & Munthe, C. (2010). Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Analysis*, 18(1), 60-84. <https://doi.org/10.1007/s10728-008-0108-6>
- Sebai, J., & Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : Confluence et paradoxe. *Santé Publique*, 30(4), 517-526.  
<https://doi.org/10.3917/spub.185.0517>
- Simon, P., & Williatte Pellitteri, L. (2012). Le décret français de télémédecine : Une garantie pour les médecins. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, 1(2), 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.eurtel.2012.05.003>
- Squier, R. W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science & Medicine*, 30(3), 325-339. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90188-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90188-X)

- Svandra, P. (2016). Repenser l'éthique avec Paul Ricœur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherche en soins infirmiers*, 124(1), 19-27.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.124.0019>
- Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future | Telemedicine and e-Health*. (s. d.). Consulté 21 février 2023, à l'adresse <https://www-liebertpub-com.proxy.bib.uclouvain.be:2443/doi/abs/10.1089/TMJ.2020.29040.rb>
- Temesgen, Z. M., DeSimone, D. C., Mahmood, M., Libertin, C. R., Varatharaj Palraj, B. R., & Berbari, E. F. (2020). Health Care After the COVID-19 Pandemic and the Influence of Telemedicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(9), S66-S68.  
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.052>
- Terrat, É. (2020). L'accueil, un acte d'apparence banal nécessitant une réflexion collective. *L'Aide-Soignante*, 34(218), 8-9. [https://doi.org/10.1016/S1166-3413\(20\)30133-0](https://doi.org/10.1016/S1166-3413(20)30133-0)
- The National Health Service Litigation Authority Report and Accounts 2006 HC 1179*. (2006).
- Thievenaz, J. (2018). Les situations d'apprentissages réciproques (le cas de la consultation médicale). *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, Article 39.  
<https://doi.org/10.4000/dse.2432>
- Voyen, M., Paridans, M., Pétré, B., & Nguyen-Thi, P.-L. (2022). Téléconsultation - COVID-19 : Regards croisés patients, professionnels de santé (PS) en France et en Wallonie. *Santé Publique*, 34(HS1), 2a-2a. <https://doi.org/10.3917/spub.220.0002a>
- Wanderås, M. R., Abildsnes, E., Thygesen, E., & Martinez, S. G. (2023). Video consultation in general practice : A scoping review on use, experiences, and clinical decisions. *BMC Health Services Research*, 23(1), 316. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09309-7>
- Zaouaq, K. (2022). Chapitre 1. La télémédecine et ses implications sur la relation médecin/patient. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 33(2), 15-25. <https://doi.org/10.3917/jibes.332.0015>

## Annexes

Le guide d'entretien est composé comme suit :

- Présentation personnelle ainsi qu'une brève explication du sujet du mémoire
- Informations sur la protection des données et l'anonymat
- Présentation du médecin
- Questions d'ordre général concernant les consultations avant et pendant le confinement
- Questions concernant les différents aspects de la relation thérapeutique et les effets de la distance

### Questions

- En quelques mots, pouvez-vous vous présenter ?
- En temps normal, comment donnez-vous vos consultations ?
- Comment vous sentiez-vous par rapport à la pandémie ?
  
- Que connaissez-vous de la téléconsultation ?
- Dans quel cas avez-vous consulté en distanciel ?
- Quel mode de consultation avez-vous privilégié ?
- Quel type de soin avez-vous donné ?
- Comment se déroulait une consultation ?
- Comment pouvez-vous savoir si vous avez été aussi efficace que lors d'une consultation traditionnelle ?
- Quels sont pour vous les éléments importants d'une relation avec le patient ?
- Selon vous la distance est-elle propice à établir un lien avec le patient ?
- Pourriez-vous me dire quelles sont les plus grandes différences entre la consultation en F2F et la Téléconsultation ?
- Comment pensez-vous que la téléconsultation affecte la relation entre le thérapeute et le patient ?
- Pensez-vous qu'il y a des avantages ou des inconvénients à utiliser la téléconsultation pour établir ou maintenir une relation thérapeutique ?
- Quelles informations étaient partagées durant la consultation ?

- Si vous étiez amené à communiquer une information importante sur l'état de santé au patient pensez-vous que la consultation en distanciel soit adaptée ? Pourquoi ?
- Comment les problèmes de confidentialité et de sécurité sont-ils gérés lors de la téléconsultation et comment cela peut-il affecter la relation thérapeutique ?
- La consultation en face à face permet au praticien d'observer le comportement du patient et de détecter des besoins non formulés par celui-ci, comment la téléconsultation impacte-t-elle votre capacité à observer, comprendre et interpréter ce que partage la personne ?
- Quelle est votre expérience de la téléconsultation en termes de durée de consultation ?
- Les consultations en lignes ont-elles tendance à être plus courtes ou plus longues que les consultations en personnes ?
- Comment pensez-vous que la durée de consultation affecte la qualité de la rencontre et la relation entre le thérapeute et le patient lors d'une téléconsultation ?
- Pensez-vous que la durée de consultation peut avoir un impact sur le niveau de confiance établi entre le thérapeute et le patient lors de la téléconsultation ?
- La consultation implique de toucher de palper et d'ausculter le patient, ce qui n'est pas possible dans une consultation à distance, comment la téléconsultation impacte-t-elle l'examen médical ?
- Pensez-vous que l'examen médical a un impact sur la relation thérapeutique lors des téléconsultations ?
- Comment gérez-vous la possibilité de manquer des signes physiques importants en raison de la distance physique lors des téléconsultations ?
- Comment établissez-vous un diagnostic lors d'une téléconsultation ? quels sont les outils et les mesures que vous utilisez ?
- Pensez-vous que la téléconsultation affecte la pose d'un diagnostic ?
- Comment gérez-vous les émotions des patients lorsqu'ils reçoivent leur diagnostic lors d'une téléconsultation ?
- La consultation à distance favoriserait l'empowerment du patient, quel est votre avis ?
- Concernant le patient et cette absence de contact direct, selon vous le patient s'est-il senti en sécurité ?
- Certains patients ne savent pas toujours trouver les mots justes pour expliquer leurs symptômes, pensez-vous que la distance facilite la communication ?

- Selon-vous, comment les patients l'ont-ils vécu ? Pourquoi ? Pouvez-vous le donner un exemple ?
- Quels ont été les avantages et les inconvénients des consultations à distance par rapport aux consultations en personne, en termes de relation thérapeutique ?
- Comment prévoyez-vous de continuer à intégrer les consultations à distance dans votre pratique ?

L'entretien touche à sa fin, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé, je reste disponible pour d'éventuelles questions ou remarques que vous pourriez émettre au sujet de cet entretien.

**Arbre de codage téléconsultation par téléphone**

Thèmes	Ss thèmes	Catégories	Ss catégories	Lignes concernées dans l'entretien
Pratiques habituelles de l'activité médicale	Présentiel			R2 L7 / R3 L8 / R9 L7
		Cabinet		R1 L9 / R6 L8
		Visite à domicile		R1 L9 / R6 L10
		Sur RDV		R6 L8 / R9 L7
	Parfois contact téléphonique			R3 L8 / R9 L21
		Résultats ou questions		R1 L11-12 / R2 L22 R3 L36
Ressenti personnel vis-à-vis de la pandémie	Sentiment d'être perdu			R3 L13 / R6 L15
		Aucune information		R3 L13 / R6 L15
	Sentiment de culpabilité	De ne pouvoir aider		R9 L9
	Sentiment d'incompréhension			R3 L16
	Crainte de contamination			R1 L57
		Équipement contraignant		R1 L58
	Privation de travail			R3 L19
		Manque à gagner		R2 L68
		Absence de stress		R6 L19
	Conséquences du confinement	Au niveau professionnel	Gestion des dernières consultations	

		Réorganisation du travail		R2 L35-36 L60 / R6 L18 L24 L78 R9 L14
			Plus de temps disponible	R2 L 95
			Moins de pression	R2 L95
			Absence de réunion	R2 L96
		Suivi des recommandations		R6 L17
		Mise en place dans l'urgence		R3 L22
		Fourniture matériel	Achat ordinateur	R3 L27-28 / R6 L266 L277
		Du jour au lendemain tout a été fermé		R1 L18
		Facilité accès du médecin aux patients		R1 L47
			Communication numéro de téléphone du médecin	R1 L47
		Improvisation		R2 L33
		Post covid	Rattrapage	R9 L62
	Au niveau familial	Gestion des enfants		R3 L33
		Aménagement espace de travail		R1 L31
			Réorganisation	R9 L13
	Au niveau des patients	Renoncement de soins		R1 L23 / R3 L292
			Inquiétude	R9 L42
		Perdu de vue		R9 L58-59
		Beaucoup plus de cancers		R6 L120

		Inquiétude, peur, angoisse		R6 L54 / R9 L103 L104
Connaissances en Téléconsultation	Aucunes			R1L 25 / R3 L35 / R6 L28 /
	Domaine connu			R2 L39 / R9 L19
Conditions préalables pour la téléconsultation	Connaissance des patients			R1 L66 / R2 L 73 / R3 L42 / R6 L45 L46 L305 L370 / R9 L96 L191 L252
		Dossier patient		R2 L 73 / R6 L46 L370
		Critères de contrôle		R2 L134
	Tri	Nécessité d'examiner en présence		R1 L50 / R3 L44
			Isolement	R1 L32
			Contraintes liées à l'équipement	R1 L33
Téléconsultation	Type de prestations	Consultation		R1 L 40 / R3 L55
		Prescriptions	Médicaments	R1 L30 / R3 L55 / R6 L49 L179 L202
			Kiné	R3 L57
		Administratifs		R1 L39 L349 / R6 L179
			Certificats	R1 L39 / R6 L202
	Déroulement	Patient contacte	Patient explique symptômes, médecin écoute, puis pose des Q	R1 L 39 / R3 L65 /R6 L59
		Médecin contacte	S'assurer de l'état de santé des patients	R1 L43 / R2 L56 L137 / R3 L70 / R9 L47 L56
			Pour prévenir du report des consultations	R2 L61

	Caractéristiques	Basé essentiellement sur anamnèse		R2 L335 / R3 L261 / R6 L366 / R9 L47
			Description du patient	R9 L48 L203
		Pas d'examen clinique		R3 L84 L116
		Traiter une ou 2 questions		R2 L74 L283 / R6 L244
Critères importants de la relation avec le patient	L'échange en face à face			R3 L93 / R9 L77
		Sentiment de lien plus fort		R1 L170
		Aisance/ intimité		R3 L98
		Le non-verbal		R3 L94
	L'examen clinique			R3 L97 / R6 L 344 L345
	Aider les patients			R2 L104
		Soutien		R2 L116
	Relation claire			R1 L77
	L'écoute			R2 L101 / R3 L101
		Souhaits du patient		R1 L78 / R3 L101
	Instaurer un cadre			R1 L79 / R9 L78
	Etre disponible			R1 L80
	Permettre un suivi adéquat			R1 L82
	Connaitre son patient			R1 L82
		Suivi de qualité		R1 L85
	Confiance réciproque			R1 L104 / R2 L100 / R6 L126 L132 / R9 L101
		Doit se mériter		R2 L100
	Inclure le patient dans le projet de soin			R1 L253 / R2 L105 / R9 L83 L89

		Education thérapeutique		R9 L93
		S'assurer de la bonne compréhension		R9 L87
		Leur donner les outils pour être autonome et acteur dans leur santé		R2 L105 / R9 L85
	Offrir environnement optimal			
	S'adapter aux patients			R2 L111
		Explication claire		R2 L107 / R6 L125
	L'honnêteté			R6 L125
	Être complet			R6 L129
	Bonne communication			R6 L131 L455
		Patient doit répondre lui-même		R9 L77
Objectifs de la téléconsultation	Identifier problèmes aigus	Exclure les urgences		R1 L63 L277 / R3 L122 L241/ R6 L66 L152 / R9 L67 L98 L120 L134 L289
	Résoudre certains problèmes qui ne nécessite pas d'examen clinique			R2 L297
	Garantir la continuité des soins			R2 L61 L305 / R6 L465 / R9 L66 L72 L124-L125
		Niveau d'urgence Covid		R1 L 30 / R3 L151 / R6 L201
			Suivi évolution Covid	R3 L152
		Plaintes des patients, symptômes		R3 L149, L150 / R6 L368 / R9 L140 L141
	Maintenir un lien/ relation	Patients connus		R1 L111 L150 / R2 L65 L172 / R3 L133 / R6 L177 L464 / R9 L96 L100 L128 / R9 L309

		Permet de rassurer les patients		R1 L234 L287 / R6 L404 / R9 L142 L143
	Établir un lien			R2 L124
		Écouter le patient		R9 L212
	Établir le dialogue	Fiabilité		R2 L130
	Clarifier certains points			R2 L78 / R3 L134 / R6 L184 L193 / R9 L132 L277
		Traitements	Ordonnances	R1 L152 / R2 L80 / R3 L138 / R9 L67 L70 L122 L142
		Résultats		R2 L 78 / R3 L138 / R9 L69
	Compléments aux visites F2F			R2 L 77 L170 / R3 L218 / R6 L177 L197 / R9 L280-L281
Conséquences de la téléconsultation	Communication	Résultats, diagnostics	Complicé	R2 L394 / R3 L303 / R6 L87 L224 / R9 L153
		Non adaptée aux annonces complexes		R1 L167-169 / R3 L158 L305 / R9 L161 L176
		Sentiment d'être mal à l'aise		R3 L165
		Partie de l'information perdue		R3 L170
		Cadrage		R2 L127 / R6 L311
	Confidentialité			R6 L209- L216
		Craintes		R6 L158-162 L247
		Absence de craintes	Patient s'en soucie peu	R1 L181 / R2 L224 L238 / R3 L180 / R9 L179
		Accord préalable du patient		R3 L185
	Durée de consultation	Aussi longue qu'une consultation classique		R2 L195 / R3 L205 / R6 L262

			Gestion angoisse patient	R6 L263
			Nouveau problème de santé	R3 L220
		Plus courte		R1 L203 / R2 L249 / R9 L200
			Patient jeune	R1 L212
			Plus ciblées	R1 L208 L217 / R2 L251 L273 / R9 L200 L211
			Pour administratif	R3 L216
			Sentiment de plus agressif	R1 L215
		Sentiment de moindre qualité si TC plus courte		R1 L211 / R3 L223
		Sentiment de perte de confiance si TC plus courte		R3 L227
			Sentiment d'expédier	R1 L132 L142 L176 L208 L273 / R3 L228-230
	Examen clinique	Il n'y en a pas		R3 L236 L237/ R6 L326 L385 / R9 L73 L203 L241
			Risque de complications	R3 L90
			Ne permet pas d'exclure les urgences	R3 L242
			Ne permet pas d'en apprendre plus sur le patient	R3 L243
			Jugement difficile	R2 L308

			Absence du non-verbal	R1 L261 / R2 L142 / R3 L115 / R6 L138 L139 L253 / R9 L189
		Pas de notion du détails		R1 L245
	Pose du diagnostic			R3 L271 / R9 L267
		Risque d'erreurs		R1 L268 / R3 L277 / R6 L381
			Traitement	R1 L292
	Gestion émotionnelle	Compliqué	Sentiment d'abandon	R3 L176 L282 / R9 L300
		Incertitude		R9 L302
		Consultation plus longue		R1 L298
			Possibilité de rappel	R1 L298
			Possibilité de rencontre	R1L300
		Absence de toucher au sens réconfort		R1L169 / R2 L147 L370
		Sentiment de culpabilité		R1L286 L 289/ R2 L315 L321 L411 / R3 L90 / R6 L321
			Si on « zappe » quelque chose	R1 L122 / R9 L268 L272
		Épuisant		R1 L133
		Sentiment d'avoir fait de son mieux		R2 L87 / R6 L93 L104 L357 L362 L401 / R9 L149 L257 L273
		Sentiment d'efficacité	Absence de complications	R6 L110 / R9 L149 L314
		Sentiment de ne pas être efficace	Absence d'examen physique	R3 L77 / R6 L144
	Relation	Positif	Personnes dans le besoin	R9 L121
Avantages de la téléconsultation	Permettre la réalisation de consultation			R1 L344 / R9 L131

		Appréciation adéquate		R9 L193
	Le suivi			R1 L366 / R6 L47 / R9 L 72
	Mettre en place des gardes			R6 L75
	Évite déplacements	Personnes à mobilité réduite		R3 L136
		Inutiles		R1 L152 / R2 L173 L274
			Moins couteux pour les patients	R2 L174
			Pollue moins	R2 L174
	Souplesse / adaptabilité			R9 L235-L237
	Rapide			R3 L216 / R6 L185
		Plus de contact		R2 L269 / R9 L204
	Permet à certains patients d'aborder certains sujets qu'ils n'oseraient pas en présentiel			R3 L307
	Gain de temps			R2 L174 / R3 L318 / R6 L85
	Organisation Facile			R3 L320
	Patient	Autonomie	Peut aider	R1 L303 / R2 L381 R3 L236
		Content	Médecin joignable	R1 L235 L327 L343 R2 L165 L399 / R9 L306
		Reconnaissant		R1 L238 / R6 L92 L307 L443 / R9 L101 L102 L247 L299
		Rassuré/ réconforté		R1 L240-241 L317 L342 L337/ R2 L400 / R9 L286
		Apprécie		R1 L331
		Patient demandeur		R2 L176
		Sentiment de sécurité		R6 L435 / R9 L285
	Permet d'éviter contamination			R1 L109 / R2 L407 /R6 L36 L83 L465

	Permet de faire des recommandations, des conseils			R1 L161 / R2 L81 / R6 L51 / R9 L134
		Adaptation règle covid		R1 L157
Inconvénients de la TC	Difficile de gérer des Situations complexes			R3 L140 L144 L322 / R6 L171 L207 L396
		Pas adéquat à toutes les situations		R6 L173
		Annonces de diagnostics		R2 L 76 L207
			Demande du temps	R2 L209 L361
			Nécessité d'accuser le coup	R2 L215 L364
			Parler des alternatives	R9 L157
			Barrière au soutien	R9 L172
	Obligation de faire confiance			R9 L111 L113 L192 L193
		Perception d'un tiers		R9 L112 L114
	Patient pas en face			R1 L127 L218 / R2 L335 / R6 L252
		Pas de visuel		R1 L194 L325 / R6 L137 L156 / R9 L107 L188
			Lien différent	R9 L107
			Entourage du patient	R6 L 157 L254
		Absence de contact physique		R1 L252
		Risque de confusion de patients		R2 L131 L216
		Risque de manipulation		R6 L258 L327 L337
	Informations perdues			R3 L144

	Trop dangereux			R1 L75 L174 L268 L273
	Impossibilité d'approfondir les explications	Support à la consultation manquant	Pas de schéma, de dessin, de photos	R1L72 / R2 L145 L216 / R3 L144, L145 / R6 L450
	Implique plus d'examens complémentaires			R2 L 91 / R3 L266 L274 / R6 L379
		Coût		R3 L275
		Consomme du temps		R3 L275
		Inconfort pour le patient		R2 L275
	Perte de qualité			R2 L97 / R3 L324
	Patients prennent de mauvaises habitudes	Préfèrent le distanciel		R1 L113 L306 /
		Patients plus demandeur	Plus de contact	R2 L383 / R6 L352 L435 L467 L474
	Sentiment d'être moins professionnel			R1 L172
		Pas sérieux		R1 L173
	Manque de cadre			R1 L270 / R6 L474
	Plus agressif et plus large dans les traitements			R1 L284
		Plus d'antibiotiques		R1 L285
	Épuisement du médecin			R1 L347 / R6 L67 L265
		Problème de santé		R6 L271 L281
	Manque de relationnel			R2 L152 L158
	Perd de vue certains patients			R6 L87
Limites de la téléconsultation	Médecine superficielle			R2 L243 / R3 L126 / R6 L300 L
		Incomplet		R2 L277 / R6 L151 L387
		Moins de sujet abordé		R1 L231 / R2 L79 L247

		Pas de Suivi, pas de prévention, pas de dépistage, pas de vaccins		R1 L295 / R3 L123 / R6 L114 L116 / R9 L60
	Risque de perception erronée			R2 L349 / R6 L141 / R9 L116 L197
	Que pour des choses simples			R2 L 75
	Manque d'intimité			R3 L114 L128
		Ne permet pas de se confier		R1 L130 / R3 L114 / R6 L146
		Moindre relation de confiance		R1 L255 / R3 L242-248
	Pas adaptée à tous les patients	Les nouveaux patients		R1 L89 L98 L146 L341 / R2 L72 L276 / R3 L107 / R9 L129
		Niveau éducation faible		R1 L68 / R6 L448
		Inadaptée pour les personnes ne parlant pas parfaitement le français		R1 L67 / R6 L448
		Manque de connaissances / anatomie		R1 L324
		Vocabulaire restreint		R1 L323 / R6 L446
		Nécessité d'adaptation de traitement		R1 L154
		Patient plus âgés		R1 L218
			Besoin de plus d'attention	R1 L222
	Risque de mauvaise compréhension			R1 L70-71 L196 / R2 L143 L349 / R6 L226 L 231 / R9 L293
	Risque de passer à côté de certaines choses			R1 L122 L249 / R2 L279 / R3 L108 / R6 L254

	Ne permet pas d'établir un lien			R1 L112 L145/ R3 L133
	Pas de vision globale du patient			R1L 128 L148-150 L220 L231/ R3 L195-L197 L254 L271
		Aspects psychologique		R3 L100
		Pas de vision sur mobilité globale		R1 L261 / R3 L95
	Sur le long terme on ne connaît plus son patient			R1 L138 L258
	Risque de distraction	Occupé à faire autre chose en même temps		R1 L172 L199 L229 L248 L288 L355
	Peu propice à la réflexion			R1 L271
	Moins de contrôle			R6 L238
	Cybersécurité			R1 L183 / R3 L58-61
	Pas adaptée à toutes les disciplines			R2 L48-49
	Si consultations fort rapprochées, plus de créneaux pour autre chose			R2 L187
	Problèmes techniques	Problèmes de transmission	Risque d'erreur	R1L 118 L289 L355 / R3 L197-200 / R9 L316
		Numéro de téléphone non connu		R9 L316
	Ne permet pas de fournir le matériel nécessaire au patient			R2 L154
	Ne permet pas la transmission de certaines données	Profils glycémiques		R2 L198

**Arbre de codage téléconsultation par vidéo**

Thèmes	Ss thèmes	Catégories	Ss catégories	Lignes concernées dans l'entretien
Pratiques habituelles de l'activité médicale	Présentiel			R4 L11 / R5 L6 / R7 L6 / R8 L10 / R10 L10
		Cabinet		R8 L10
		Visite à domicile		R8 L11 / R10 L12
		Sur RDV		R8 L13
	Parfois contact téléphonique			R5 L9
		Résultats ou questions		R4 L33
Ressenti personnel vis-à-vis de la pandémie	Sentiment d'être perdu			R5 L15 / R7 L8 / R10 L14
		Aucune information		R8 L17
	Sentiment d'être surchargé	Plus de travail		R4 L18 L21
	Sentiment d'inquiétude	Comment continuer à soigner les patients		R5 L16
	Privation de travail			R8 L20
	Anxiété			R8 L15 L25
	Stress	De la contamination		R7 L10 L11 / R8 L38
	Conséquences du confinement	Au niveau professionnel	Réorganisation du travail	

		Suivi des recommandations		R7 L9 / R8 L18
		Fourniture matériel/ équipement	Sentiment de sécurité	R8 L27
		Improvisation		R10 L15
		Inquiétude, peur, angoisse		R5 L299 L301
Connaissances en Téléconsultation	Aucunes			R7 L13 / R8 L30 / R10 L20
	Domaine connu	Mais très peu		R4 L 26 / R5 L9 L22
Conditions préalables pour la téléconsultation	Connaissance des patients			R4 L160 / R5 L79 / R10 L177
		Patients chroniques		R5 L73 L74 L77
		Fiable		R5 L83
Téléconsultation	Type de prestations	Consultation		R5 L35 / R7 L15 / R8 L56 / R10 L22 L29
		Prescriptions / adaptations	Médicaments	R5 L55 / R8 L60 / R10 L30
			Kiné	R8 L61
			Imagerie	R8 L61
	Déroulement	Patient contacte	Patient explique symptômes, médecin écoute, puis pose des Q	R8 L 64 / R10 L41
		Secrétariat contacte		R4 L73 / R5 L65
		Médecin contacte		R5 L58 / R7 L25
			Suivi 2-3 jours après	R10 L86
			Règle de protection des données	R5 L62
	Caractéristiques	Basé essentiellement sur anamnèse		R7 L21 / R8 L285 / R10 L233

		Plaintes des patients, symptômes		R8 L286
Critères importants de la relation avec le patient	L'échange en face à face			R7 L38 / R8 L32
		Sentiment de lien plus fort		R5 L96
		Le non-verbal		R4 L89
	L'examen clinique			R5 L228 / R8 L32 L260 / R10 L55 L230
	Prendre le temps			R7 L104 / R10 L123
	Le long terme			R8 L89
	L'écoute			R8 L32 R10 L 121
	Instaurer un cadre			R4 L93
	Connaitre son patient	Sa vie		R8 L90 L92/ R10 L122
		Dossier / Traitements		R8 L91
		Son entourage		R8 L92
		Contexte social		R8 L92
	Confiance réciproque			R4 L87 L93 / R5 L96 L106
	Inclure le patient dans le projet de soin			R4 L87 / R5 L99
		Leur donner les outils pour être autonome et acteur dans leur santé		R5 L113
	Offrir environnement optimal			R4 L90 L94 / R5 L111
		Explication claire		R4 L92 / R5 L 112 / R7 L38 L106
	Le respect			R10 L72
	L'honnêteté			R10 L72

	Être complet			R10 L72
	Bonne communication	Veiller à la bonne compréhension		R4 L88 L90 / R7 L105
Objectifs de la téléconsultation	Identifier problèmes aigus			R5 L39 L242 L243 / R8 L40 / R10 L228
	Résoudre certains problèmes qui ne nécessitent pas d'examen clinique			R5 L261 / R8 L355
	Garantir la continuité des soins			R5 L19 L148 / R10 L 91
		Contact plus fréquent		R8 L341
	Garantir accès aux soins	Éloignement		R5 L24 L316 / R7 L64 L152 L154
		Problèmes de mobilité		R5 L144 / R7 L154
	Maintenir un lien/ relation	Patients connus		R5 L80 L151 / R8 L103 L138 / R10 L81 L85
		Permet de rassurer les patients		R5 L266 L267
	Clarifier certains points			R10 L87
		Traitements	Ordonnances	R10 L64
		Résultats		R4 L47 L53
	Compléments aux visites F2F			R4 L53 / R5 L11-13 L144
Conséquences de la téléconsultation	Communication	Résultats, diagnostics	Complicé	R5 L167
		Non adaptée aux annonces complexes		R7 L75 L170 / R8 L153 L156 L159
		Sentiment d'être mal à l'aise		R5 L289 L290
		Cadrage		R10 L112
	Confidentialité	Crainces		R8 L146 L163

		Absence de craintes	Patient s'en soucie peu	R7 L71 L78 / R5 L174 / R10 L206
	Durée de consultation	Aussi longue qu'une consultation classique		R4 L105 / R7 L87
		Plus courte		R5 L188 / R7 L87 / R8 L189 / R10 L 84
			Moins d'explications	R8 L193
			Sentiment d'illégitimité du patient	R8 L208 L213
			Patient distrait	R7 L90
			Plus ciblées	R5 L196 L198 / R7 L91 / R8 L225 /R10 L112
			Sentiment de plus agressif / Sentiment d'expédier	R10 L111
		Sentiment de moindre qualité si TC plus courte		R7 L99 / R8 L232
		Sentiment de perte de confiance si TC plus courte		R7 L102 / R8 L241
	Examen clinique	Pas d'examen clinique		R5 L 214 / R7 L83 L113 L246 / R10 L50 L104 L137
			Problème chez les enfants	R4 L146
			Risque de complications	R8 L85
			Patients mécontents	R5 L227 / R7 L118
			Ne permet pas de détecter les éventuels problèmes	R7 L112 / R10 L107
	Pose du diagnostic	Erreurs		R8 L81 L303 L347

	Pas de diagnostics	Patients chroniques		R5 L247
		Lié à examen clinique	Risques d'erreurs	R5 L258
	Gestion émotionnelle	Absence de toucher au sens réconfort		R8 L308 L312
		Sentiment de culpabilité		R5 L237 L256
			Si on « zappe » quelque chose	R4 L169 / R7 L66 / R8 L21 L76 L 264/ R10 L236
		Sentiment d'avoir fait son possible		R5 L235 / R8 L174 L265 L269 / R10 L189
		Sentiment d'efficacité		R5 L81 L208 L285
		Sentiment d'être utile		R10 L60
		Sentiment de ne pas être efficace	Absence d'examen physique	R5 L251 / R7 L29 / R8 L74 L86
Avantages de la téléconsultation par visio	Permettre la réalisation de consultation			R5 L142 L308
		Pour des situations faciles		R7 L166-167 / R8 L153
	Contact visuel	Plus-value		R7 L138 / R8 L51 L182/ R10 L37
		Voir les réactions		R4 L36
		Rassurant pour les personnes âgées		R7 L147
		Rassurant pour les patients psy		R10 L 44
		Capte le non-verbal		R10 L181
	Le suivi			R4 L48 L178 / R5 L10 / R8 L132 L143
		Patient jeune sans antécédant		R7 L164
		Pathologies chroniques		R4 L158 / R5 L133 L309
	Évite déplacements	Personnes à mobilité réduite		R5 L117 / R7 L65

		Inutiles		R4 L76 L99 / R5 L10 L158 L313 / R10 L63
		Moins couteux pour les patients		R10 L76
	Rapide			R10 L84 L162
		Permet d'en réaliser plus		R8 L131 L343/ R10 L83
		Plus grande disponibilité		R8 L342
		Délais réduit		R8 L344
	Permet à certains patients d'aborder certains sujets qu'ils n'oseraient pas en présentiel			R4 L172 / R5 L291
	Gain de temps			R8 L131 L351 L354/ R10 L83 L170
	Organisation Facile			R8 L131 L354 / R10 L10
	Patient	Content	Médecin joignable	R5 L148 / R8 L135 L320 / R10 L91 L242
		Reconnaissant		R5 L240 / R8 L138 L319 L333 L334
		Rassuré/ réconforté		R7 L137 / R8 L320 / R10 L46
		Patient demandeur		R4 L112
		Sentiment de sécurité		R4 L117 / R5 L284 / R7 L136 / R10 L240
		Enfants		R10 L47
	Permet d'éviter contamination			R4 L52 / R10 L241
	Permet de faire des recommandations, des conseils			R5 L10 L154 L248 / R10 L64

	Support	Image – montrer		R10 L246
Inconvénients de la TC	Difficile de gérer des Situations complexes	Pas adéquat à toutes les situations		R5 L276
			Problèmes médico-légaux	R10 L140
			Induit prise de risque	R10 L173
		Annonces de diagnostics		R10 L149
	Patient trop loin	Dépersonnalisant		R5 L 124 / R7 L61
		Absence de contact physique		R5 L128 L270 / R8 L79 L102 L114 L185 L248 L260 L346 / R10 L104
			Perte de confiance	R8 L118 L126
			Incertitude du diagnostic	R8 L120 L126 L346
		Perte de finesse		R5 L123 L181 L306 /
		Se comporte différemment derrière un écran		R5 L184
	Informations perdues			R5 L183 L218 L238 L294
	Impossibilité d’approfondir les explications	Support à la consultation manquant	Pas de schéma, de dessin, de photos	R5 L292
	Perte de qualité	Dû au support		R5 L204 / R8 L359
		Absence d’examen clinique		R5 L307
		Au niveau relationnel		R7 L156
	Patients prennent de mauvaises habitudes	Préfèrent le distanciel		R8 L348 / R10 L157
	Sentiment d’être moins professionnel			R10 L59
	Manque de relationnel			R7 L41 L53 / R10 L57
	Temps limité			R10 L162

Limites de la téléconsultation	Médecine superficielle	Patient pas connu		R5 L221
		Incomplet		R4 L 144 L151 / R8 L110 L221
		Moins de sujet abordé		R7 L54 L93 / R10 L111 L163
		Pas de Suivi, pas de prévention, pas de dépistage, pas de vaccins		R8 L57 L75
	Risque de perception erronée	Difficulté de s'assurer de la bonne compréhension		R7 L30 L83 / R10 L180
	Manque de relationnel			R7 L41 L53 / R10 L57
		Moins d'émotion		R8 L110
	Manque de temps			R5 L46
	Manque d'intimité	Moindre relation de confiance		R10 L224
	Pas adaptée à tous les patients	Les nouveaux patients		R5 L86 L135 / R8 L101 / R10 L75
		Manque de connaissances / anatomie		R8 L250
		Patient plus âgés		R5 L43 L49 / R8 L45
		Pas les capacités techniques		R5 L46 / R8 L164 / R10 L183
		Patients jeunes		R4 L133 L142
			Timidité	R4 L173
	Absence de support technique			R5 L44 L156
	Équipement	Couteux		R10 L182
		Absence		R10 L 25
		Nécessité d'application compatible		R10 L37

	Risque de mauvaise compréhension			R7 L54
	Risque de passer à côté de certaines choses			R7 L143 / R8 L58 / R10 L191 L236
	Ne permet pas d'établir un lien			R4 L128 / R5 L138 L150 / R8 L105 L346
	Pas de vision globale du patient	Limite l'observation	Que sa tête	R4 L134 L136 L139 / R5 L182 / R7 L31 / R8 L 77 L110 L180 / R10 L105 L212
		Pas de vision sur mobilité globale		R4 L136 / R8 L180 L181 / R10 L107
	Sur le long terme on ne connaît plus son patient	Risques pour la santé du patient		R10 L197
	Risque de distraction	Occupé à faire autre chose en même temps		R7 L41-46 L55 L 144 L158
	Cybersécurité			R10 L36
	Pas adaptée à toutes les disciplines			R5 L175
	Problèmes techniques	Problèmes de transmission		R5 L182 / R7 L94 / R10 L24 L213 L214
		Image pas claire		R8 L248
		Communication hachurée		R5 L182 / R7 L95

