

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 2 février 2023 à Poitiers
par **HOLTZSCHERER Camille**

**Pratique et formation à la téléconsultation : enquête auprès des internes en
médecine générale de Nouvelle-Aquitaine**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT

Madame la Docteure Elodie POUPIN

Directeur de thèse : Madame la Docteure Clara BLANCHARD

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 2 février 2023 à Poitiers
par **HOLTZSCHERER Camille**

**Pratique et formation à la téléconsultation : enquête auprès des internes en
médecine générale de Nouvelle-Aquitaine**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT

Madame la Docteure Elodie POUPIN

Directeur de thèse : Madame la Docteure Clara BLANCHARD



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.A.S et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations Internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie-virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, santé publique, biostatistiques et épidémiologie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Gylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwine, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT,

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à cela. Soyez assuré de ma gratitude et ma respectueuse considération.

A Madame la Docteure Elodie POUPIN,

Je vous remercie de participer au jury de cette thèse et d'avoir accepté de porter votre regard sur mon travail. Soyez assuré de mes remerciements sincères et de toute ma respectueuse considération.

A ma directrice de thèse Madame la Docteure Clara BLANCHARD,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidé tout au long de ce travail. Je te remercie pour ta bienveillance, ta patience, ta disponibilité, et pour tous tes précieux conseils.

A tous les internes ayant pris le temps de répondre au questionnaire et aux personnes m'ayant permis de le diffuser.

A mes maitres de stage et toutes les personnes ayant croisé mon chemin durant ces longues études, de Toulouse à la Charente Maritime, dans tous mes stages : co-internes, collègues, paramédicaux, vous avez participé parfois sans le savoir à faire de moi la médecin que je suis aujourd'hui.

A ma famille,

Maman et Papa, merci pour tout, merci d'avoir toujours cru en moi de mes premiers jours à la faculté de médecine jusqu'à aujourd'hui. Ma réussite est la votre. Je vous dois absolument tout. Je vous aime.

Solène et Dorine, mes petites sœurs, merci pour votre soutien sans faille. J'ai toujours essayé de montrer l'exemple en tant que sœur aînée mais aujourd'hui c'est vous qui me rendez le plus fière. Je vous aime.

A mes cousines, Ophélie, Maylis, Lilou, Mathilde, Manon et Zoé, vous êtes si importantes dans ma vie. Je ne souhaite qu'une chose : vous voir accomplir vos rêves. A ma petite Flore qui pourra toujours compter sur mon amour et mon soutien.

A mes grands-mères, Mamie Paulette toujours présente pour moi si douce et aimante, Mamé Danièle tellement forte et toujours là pour m'encourager, Mamie Georgette pour ta gentillesse et tes bons paniers garnis.

A mes grands-pères qui me manquent tant, Papi Robert « 20/20 c'est normal » mais je suis sûre que tu verses une petite larme de là haut, et Papi Roger, je suis certaine que tu es fier de moi de là où tu es.

A mes oncles et tantes, Brigitte et Daniel, Stéphanie et Fred B, Marie et Fred H, Josy et Luc, merci d'être là pour moi, je sais que je pourrai toujours compter sur vous.

A mes amis,

A Camille, ma meilleure amie, toujours là pour me supporter, me conseiller et m'encourager depuis la maternelle (ou presque). Je serai toujours là pour toi et ta petite famille.

A Laura, merci d'avoir été mon exemple dans les études mais aussi pour la fête.

A Manon, pour ta joie de vivre, à quand le prochain week-end toutes les trois ?

A mes coloc ; Alix, la toute première merci pour ton soutien, ta motivation et ta bonne humeur ; Mehdi, entraîneur de squash toujours là pour écouter mes potins ; Florent, commis de cuisine et coach de surf ; et Geoffrey pour les soirées cocktails et danse mais aussi soupe et netflix. A Alice, plus présente qu'une coloc depuis le début de l'internat, pour nos escapades dans Saintes, en Guadeloupe et au Pays Basque avec Sarah.

A mes fidèles compagnonnes de voyage, Marion et Morgane pour tous ces moments en Grèce et aux Canaries mais aussi ceux en France, Anaïs pour les souvenirs au Québec.

A mes amis fêtards ; Laure, Mathias, Lise, Adamfa, Morgan, Driss, Bineta, Camilo et Philippe, et mes copains de Saintes ; Adrien, Valentine et Cédric, à tous nos moments ensemble passés et futurs.

A tous mes amis et nouveaux amis du surf, des voyages ou des danses latines : pour nos passions en commun, tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir. Plus particulièrement à Amandine et Sébastien pour nos escapades improvisées, et à Rémy pour ta présence et ton soutien dans les derniers moments de rédaction de ce travail.

Table des matières

Liste des abréviations	9
<u>I – Introduction</u>	10
1 – Définitions	10
2 - Motivations au développement de la téléconsultation	11
Faciliter l'accès aux soins dans les zones isolées	
Diminuer les transports	
Augmenter la qualité de vie des patients	
Améliorer la prise en charge thérapeutique globale et son coût	
3 - Etat actuel de la pratique en France	13
Cadre légal et stratégie de développement	
Évolution récente	
Les freins limitant le déploiement de la téléconsultation	
4 – Problématique de la formation et objectifs de notre travail	16
<u>II – Matériel et Méthode</u>	18
1 – Type d'étude	18
2 – Population cible	18
3 – Recueil des données	18
4 – Analyse des données	19
5 –Aspects règlementaires	20
<u>III. Résultats</u>	20
1 - Caractéristiques de la population étudiée	20
2 - Expérience en téléconsultation	21
3 - Projet professionnel	22
4 - Avis sur l'intégration d'une formation et modalités	24

<u>IV- Discussion</u>	25
1 - Résultats principaux	25
Comparaison des résultats avec la thèse réalisée en Île-de-France	
2 - Forces et limites de notre travail	28
Avantages du choix de la méthodologie	
Limites	
3 - Comparaison des résultats à la littérature	31
Formation à la téléconsultation	
Motivations et freins à pratiquer la téléconsultation	
Projection des internes dans leur exercice futur	
4 – Perspectives	34
<u>V – Conclusion</u>	35
Bibliographie	37
Table des figures et tableaux	40
Annexes :	
- Questionnaire	41
- Réponses	44
Résumé / Abstract	47
Serment	49

Liste des abréviations

CMS : Centre municipal de santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'études spécialisées

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DPO : Délégué à la Protection des Données

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

ECN : Examen classant national

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SFSD : Société Française de Santé Digitale

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

I - Introduction

La médecine est une discipline en constante évolution afin de savoir s'adapter à des connaissances toujours plus précises et à une société en perpétuel mouvement. Dans le contexte récent de forte évolution technologique nous avons vu l'émergence d'une nouvelle pratique : la télémédecine. Celle-ci se déploie en France depuis les années 1980, poussée par les pouvoirs publics, afin d'augmenter la qualité et l'organisation des soins.

1 – Définitions

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la télémédecine dès 1998 comme :

« la fourniture de services de soins de santé, lorsque l'éloignement est un facteur déterminant, par des professionnels des soins de santé faisant appel aux technologies de l'information et des communications, d'une part, pour assurer l'échange d'informations valides à des fins de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies et des blessures et, d'autre part, pour les besoins tant des activités de la formation permanente des prestataires de soins de santé que des travaux de recherche et d'évaluation, toujours dans l'optique de l'amélioration de la santé des individus et des communautés dont ils font partie ».

Elle distingue la télémédecine de la télésanté qui est plutôt liée au management et aux supports (par exemple, la carte vitale, les messageries de santé sécurisées ou le dossier médical), les deux faisant partie d'un ensemble plus vaste appelé télématique de santé (1).

La télémédecine est ensuite définie dans le Code de la santé publique (L. 6316.1) depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, comme la pratique de la médecine à distance grâce à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport plusieurs professionnels de santé entre eux ou avec un patient dont au moins un professionnel médical. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits ou prestations, ou d'effectuer une surveillance (1,2).

Nous entendons par professionnels médicaux : les médecins, chirurgiens dentistes et les sages femmes. Les professionnels de santé regroupent les professionnels médicaux cités précédemment, les professionnels de la pharmacie (pharmaciens et préparateurs en pharmacie), les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, pédicure-podologues, prothésistes et orthésistes, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de

laboratoire médical, opticiens lunetiers et diététiciens), les aides soignants, les auxiliaires de puériculture et les ambulanciers (3).

La Télémédecine regroupe 5 pratiques (4):

- **La télésurveillance médicale** : qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient.
- **La télé-expertise** : qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux.
- **La téléassistance médicale** : qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- **La régulation médicale** : réponse médicale apportée dans le cadre des centres 15.
- **La téléconsultation** : qui permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Un psychologue peut également être présent auprès du patient.

C'est à cette dernière pratique que nous nous sommes intéressés dans notre travail.

2 - Motivations au développement de la téléconsultation

Les premières expériences de télémédecine en France ont eu lieu en 1966, en région Midi-Pyrénées (actuellement Occitanie) avec la transmission de tracés électrocardiographiques via le réseau téléphonique. C'est ensuite en 1989 qu'est créé l'Institut Européen de Télémédecine par le professeur Louis Lareng (5).

Cette pratique n'a pas pour objectif de se substituer aux pratiques médicales en présentiel mais de leur être complémentaire, afin de répondre aux besoins de la population d'un territoire et des professionnels de santé. Son déploiement s'est inscrit dans les mesures phares du «Plan d'accès aux soins» lancé en octobre 2017 par le gouvernement, visant à doter chaque territoire d'un projet de santé adapté pour permettre l'accès de tous les français à des soins de qualité (4).

C'est ainsi que ressortent les principales motivations du gouvernement français à développer cette pratique :

Faciliter l'accès aux soins dans les zones isolées

Il s'agit là du principe de solidarité, dans notre société où le nombre de médecins généralistes est en forte baisse alors que les déserts médicaux, le vieillissement de la population et les besoins en soins sont en hausse permanente. Le nombre de médecins

généralistes en activité régulière passe en effet de 92 478 en 2012 contre 84 133 en 2022. Et ce chiffre devrait encore diminuer d'après les prévisions du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour atteindre 81 912 en 2025 (6).

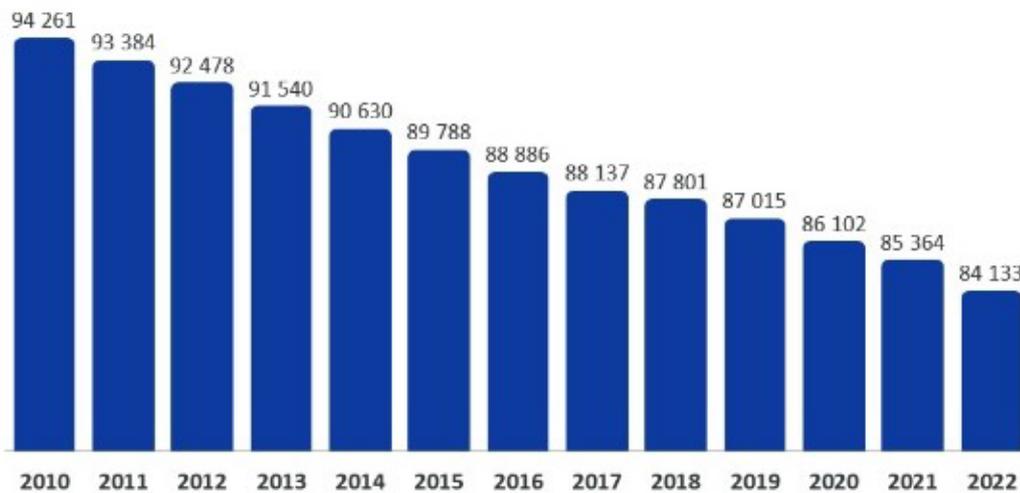


Figure n°1 : Evolution du nombre des médecins généralistes en activité régulière en France d'après une publication du CNOM(6)

Dans ce contexte de baisse de la démographie médicale, les inégalités d'accessibilité aux professionnels de santé (et en particulier aux généralistes libéraux) s'accroissent d'un territoire français à l'autre. Elles risquent de pénaliser plus fortement les patients les plus modestes car, en effet, les inégalités territoriales et sociales semblent se renforcer ces dernières années. De ce fait, dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées (7).

Le vieillissement de la population rend par ailleurs la demande de soins de plus en plus importante. La part de personnes âgées de 65 ans ou plus a augmenté de près d'un quart en l'espace de 10 ans, passant de 17 % en 2012 à 21 % en 2022 (7). C'est dans ce contexte que le développement de la téléconsultation pourrait faciliter l'accès aux soins, en permettant une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients, permettant ainsi de réduire l'impact de la désertification médicale.

En facilitant l'accès aux soins libéraux, un des objectifs était également de désengorger les urgences. Celles-ci subissent chaque année, depuis près de vingt ans, une hausse de 3,5 % de la fréquentation de leurs services (8), montant à 12 % entre juillet 2021 et juillet 2022 avec la crise du Covid-19 associée à une diminution du nombre de structures d'urgences (9).

Diminuer les transports

En permettant aux usagers de consulter directement depuis leurs lieux de vie, cette pratique diminue le nombre de transport des patients vers un cabinet ou une structure médicale,

mais également des médecins vers le domicile des patients. Cette diminution présente autant un avantage économique que sur le confort et la qualité de vie des patients fragiles.

Il s'agit par exemple d'une nécessité médico-économique pour les centres pénitenciers où le coût élevé du transport d'un détenu motive l'usage des téléconsultations et de la télé-expertise (10). Il en est de même pour les patients résidents en EHPAD (11).

Augmenter la qualité de vie des patients

En limitant le déplacement des patients fragiles et polypathologiques (11) comme vu précédemment, en diminuant le délai de consultation, ou en leur évitant de patienter en salle d'attente, la téléconsultation permet d'améliorer le confort du patient (et de son entourage). Leur qualité de vie peut également être renforcée en facilitant le maintien à domicile ou en établissement médico-social des personnes en situation de perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques, par le non recours à l'hospitalisation.

Améliorer la prise en charge thérapeutique globale et son coût

Cette pratique permet une prise en charge plus efficace des pathologies chroniques dont la prévalence augmente dans le contexte de vieillissement de la population, limitant les décompensations et hospitalisations. En permettant à des patients pouvant difficilement se déplacer d'avoir un suivi avec un spécialiste hospitalier qui ne peut faire de visites à domicile par exemple (11). Ou encore en permettant un accès plus rapide aux soins, réduisant ainsi les délais en cas de décision d'hospitalisation.

Elle contribue par ailleurs aux prises en charge coordonnées entre les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social.

La prise en charge des pathologies aiguës peut également être améliorée par une évaluation rapide limitant ainsi les passages aux urgences plus coûteux.

3 - Etat actuel de la pratique en France

Cadre légal et stratégie de développement

L'exercice de la télémédecine en France est encadré par l'article 78 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (2) et le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 (12). Il s'agit des premiers textes à définir sa pratique et à poser un cadre juridique afin d'éviter les dérives commerciales. Les conditions de mise en œuvre précisent que la télémédecine, au même titre que l'exercice

médical en présentiel, s'exerce dans le respect des lois et règlements applicables aux conditions d'exercice, des règles de déontologie (consentement du patient, secret médical, continuité des soins, dossier médical, etc.) et des standards de pratique clinique (recommandations, etc.) (4).

La volonté politique de développer cette pratique s'est concrétisée par l'élaboration d'un plan stratégique de déploiement de la télémédecine, lancé fin 2010 par la Ministère des affaires sociales et de la santé et piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Un recensement effectué par la DGOS fin décembre 2016, avait alors mis en évidence un développement prépondérant de la télémédecine à l'hôpital mais un faible déploiement dans les secteurs ambulatoires et médico-sociaux, notamment lié à l'absence de dispositif de rémunération des actes de télémédecine (4).

Pour combler ce retard, le gouvernement, via la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 (article 54), a alors confié le soin à l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), aux complémentaires santé et aux syndicats de médecins libéraux de définir les modalités de réalisation et les tarifs à appliquer à ces nouveaux actes médicaux. Il faudra attendre le 15 septembre 2018, soit pratiquement 8 ans après les premiers textes, pour que le tarif d'une téléconsultation soit fixé, voulu à l'identique des consultations traditionnelles, de même que les règles de sa prise en charge (13). Depuis ce jour, tout médecin peut recourir à la téléconsultation, quelque soit sa spécialité, son secteur ou son lieu d'exercice. Elle doit être inscrite dans le parcours de soins coordonné, afin de garantir une prise en charge de qualité et permettre un remboursement. Sur le plan technique sont exigés le recours à une liaison vidéo et l'utilisation d'une solution sécurisée pour protéger les données médicales. Cette même année, un nouveau décret vient encadrer cette pratique en France : le décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 relatif à la télémédecine et aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel. C'est à ce moment là que la quasi-totalité des obstacles administratifs et financiers qui freinaient le développement de la télémédecine en France sont levés (14).

Les personnes n'ayant pas de connexion internet peuvent avoir comme solution de se rendre dans une pharmacie qui dispose des équipements vidéos pour la pratique de la télémédecine avec un médecin et accéder au remboursement. Les modalités des téléconsultations en officine, négociées entre les syndicats de pharmaciens et l'assurance maladie, sont détaillées dans le Journal Officiel publié le 6 septembre 2019 (15).

Évolution récente

L'intérêt des téléconsultations a pris un écho particulier durant la crise liée à l'épidémie de COVID-19, avec la mise en place d'un confinement de l'ensemble des français à compter du 17 mars jusqu'au mois de mai 2020. Dans un rapport d'avril 2020 (16), la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandait l'utilisation des télésoins dans le cadre de l'état d'urgence

sanitaire face à l'épidémie de COVID-19. Le recours aux prises en charge à distance fut encouragé et pouvait s'opérer de la façon suivante : soit en téléconsultation c'est-à-dire par vidéo-transmission, ou à défaut, à titre dérogatoire, par téléphone jusqu'en juillet 2020 (pour les patients atteints ou suspectés de COVID-19, en affection de longue durée ou âgés de plus de 70 ans, sans moyen vidéo). Plusieurs dispositions ont été mises en place afin de faciliter l'accès à cette pratique, comme le remboursement à 100 % de toutes les téléconsultations. Les règles du parcours de soins devaient être respectées : c'est le médecin traitant du patient qui doit être consulté en première intention car il connaît l'état de santé et les antécédents de ses patients. Toutefois, par dérogation, si une personne était atteinte de COVID-19 ou susceptible de l'être, elle pouvait s'adresser à un autre médecin pour une téléconsultation si son médecin traitant n'était pas disponible ou si elle n'en avait pas. Une des applications qui fut particulièrement importante était le développement de la télépsychiatrie (17).

Quelques mois plus tard en septembre 2020 dans un communiqué de presse (18), l'Assurance Maladie constatait que la téléconsultation était devenue une composante essentielle de l'offre de soins. En effet, le nombre de téléconsultations avait bondi au premier trimestre 2020 passant de 40 000 actes remboursés par mois en février à 4,5 millions en avril avant de redescendre à 1 million d'actes pendant l'été. Elle représentait à ce moment là 3 % des consultations en France avec plus d'un médecin sur deux y ayant recours et jusqu'à 29 % de l'ensemble de consultations des médecins généralistes.

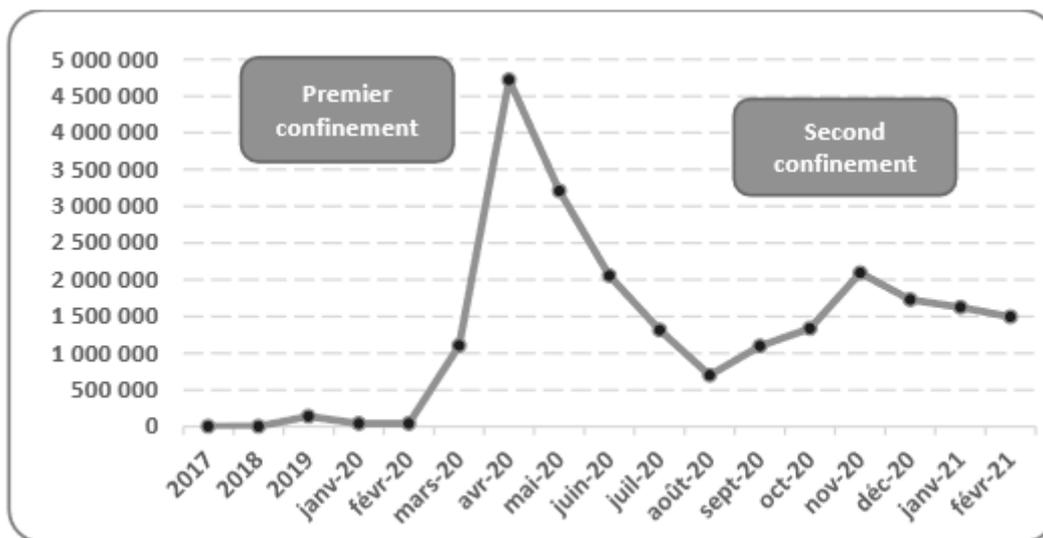


Figure n°2 : Evolution du nombre de téléconsultations [projet de loi de Mme DESEYNE (19)]

Les freins limitant le déploiement de la téléconsultation

Plusieurs travaux de recherche ont interrogé les médecins généralistes sur leur perception de la télémédecine, permettant d'identifier quelques facteurs limitant son développement.

Pour les médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées, questionnés dans une thèse qualitative en 2018 : les téléconsultations leur semblaient compliquées à insérer dans leur planning quotidien du fait du temps qu'elles nécessitent et de leur complexité sur le plan matériel. Ils craignaient des dérives financières, médico-légales et déontologiques de la part du médecin, et que l'amélioration annoncée de l'accessibilité ne se fasse aux dépens de la qualité des soins (la distance générant une difficulté d'appréciation de l'état réel du patient). Les médecins interrogés reconnaissaient manquer de temps autant pour intégrer la télémedecine à leur pratique que pour se former (20).

Une étude qualitative plus récente en 2020, évaluait les opinions et pratiques de la téléconsultation des médecins généralistes d'Île-de-France. Les principaux freins cités par les médecins pratiquants étaient une sensation de dévalorisation de la médecine, les coûts liés à l'installation et à la maintenance, et la faible demande de la part des patients (21).

Une autre étude qualitative réalisée en 2020 auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône (22), explorait leur ressenti lors d'un acte de téléconsultation. Devoir investir dans un matériel informatique fiable et avoir une connexion internet de qualité, étaient des facteurs limitants. Pour certains d'entre eux la communication est altérée et il est nécessaire d'adapter sa pratique pour pallier au manque d'examen clinique. Certains ont exprimé un sentiment de déshumanisation de leur pratique et ont manifesté leur crainte d'une surconsommation de la part des patients. Ils ont également évoqué l'inégalité d'accès à l'informatique et à une couverture internet optimale pour certains patients. Certains avaient manifesté leurs désirs de se former à la téléconsultation.

4 – Problématique de la formation et objectifs de notre travail

Les institutions françaises font donc du développement de la téléconsultation un enjeu majeur pour répondre aux difficultés organisationnelles de notre système de soins et, comme nous venons de le constater, malgré des débuts laborieux cette pratique s'est installée ces dernières années suite à la crise de la COVID-19. Se pose alors la question de la formation des futurs médecins. S'est-elle adaptée à l'évolution des pratiques actuelles ?

La proposition de former les étudiants dès le cursus universitaire, à une période où ils ont une entière disponibilité pour intégrer cette nouvelle pratique était déjà formulée dans le rapport de Pierre Simon et Dominique Acker en 2008 (23) et celui du député Pierre Lasbordes en 2009 (24). En 2015, deux études réalisées auprès des médecins généralistes de Lorraine montraient le manque d'informations et de connaissances dans ce nouveau mode d'exercice et préconisaient d'introduire un temps d'apprentissage lors du troisième cycle des études médicales, temps difficile à trouver pour les médecins déjà en exercice (25,26). Les médecins généralistes de Gironde questionnés dans une thèse en 2017 étaient également

favorables pour 55 % à recevoir une formation à la télémédecine mais moins de 10 % connaissaient des formations existantes (27). Il en va de même pour la majorité des études réalisées jusqu'à présent chez les médecins généralistes : une formation est nécessaire mais plus difficile à mettre en place une fois l'activité installée. La HAS préconise aussi une formation antérieure à toute pratique de téléconsultation.

La création du premier Diplôme Interuniversitaire (DIU) de Télémédecine français, porté par l'Université de Bordeaux en collaboration avec les Universités de Besançon, Caen, Lille, Montpellier et Nantes a eu lieu en 2017. Il est ouvert à tous et son objectif est d'apporter aux participants la connaissance nécessaire à la mise en place d'un projet de télémédecine. Les cours ont lieu en présentiel et en e-learning (28). La faculté d'Angers a ensuite créé une Attestation Universitaire de formation à la télésanté par la simulation avec des séances spécifiques à chaque filière de soins. La Société Française de Santé Digitale propose aussi des formations présentielles dans le cadre du développement professionnel continu, permettant à tous les professionnels de santé souhaitant pratiquer la téléconsultation, une formation sur l'outil numérique. D'autres formations ont ensuite vu le jour, principalement proposées par les plateformes privées proposant la téléconsultation, questionnant sur la place de leur intérêt commercial, qui ne permet pas de garantir une indépendance d'information.

Comme nous venons d'y faire allusion de nombreuses études ont été réalisées ces dernières années mais recueillaient pour la plupart l'avis de médecins généralistes déjà en exercice. Seules 3 d'entre elles s'intéressaient directement à l'avis des internes en médecine. Les deux premières traitant de la télémédecine au sens large, rapportaient une insuffisance de formation pour une grande majorité des étudiants interrogés (29,30).

La dernière plus récente était une thèse réalisée par le Dr Morel sous la supervision du Dr Moscova en 2020 auprès des internes de la région Île-de-France. Elle visait à recueillir l'avis des internes en médecine générale sur l'intégration d'une formation à la téléconsultation durant le Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale. Cependant les résultats de cette dernière étude concernant une population essentiellement urbaine, la question de la représentativité à l'échelle de tous les internes français se posait. Et malgré un avis positif, elle ne semble pas avoir entraîné de modifications des pratiques, les facultés n'ayant pas intégré une telle formation.

Par conséquent, il nous a semblé pertinent de nous appuyer sur cette dernière étude et de faire à notre tour un travail de recherche à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine 2 ans plus tard.

L'objectif principal de ce travail de recherche a été de recueillir l'avis des internes en médecine générale de Nouvelle-Aquitaine sur l'intégration d'une formation à la téléconsultation durant l'internat et les modalités attendues.

D'autres **objectifs secondaires** ont également été recherchés afin de connaître leurs expériences de la téléconsultation, leurs projets professionnels généraux et leur projet d'intégration de la téléconsultation à leur pratique.

II – Matériel et Méthode

1 – Type d'étude

Afin de pouvoir répondre aux objectifs cités précédemment, nous avons choisi de réaliser une étude descriptive quantitative transversale multicentrique.

Nous avons pour cela réalisé une enquête à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

2 – Population cible

La population concernée par notre étude était la totalité des internes de médecine générale de Nouvelle-Aquitaine, soit inscrits dans les facultés de Bordeaux, Limoges ou Poitiers. Ont donc été inclus les étudiants de toutes promotions, soit les trois années, du DES de médecine générale. Nous avons également inclus les étudiants en années de thèse, c'est-à-dire toujours inscrit à la faculté après la fin de la troisième année du DES car en attente de soutenir leur thèse.

Le nombre précis de ces étudiants n'a pas pu nous être communiqué par les différentes facultés cependant nous l'avons estimé entre 1000 et 1200 étudiants, en analysant le nombre de reçus à la fin des ECN entre les années 2016 et 2021.

Il n'y avait pas de critère de non inclusion.

3 – Recueil des données

Il été effectué à l'aide d'un questionnaire (annexe n°1) comportant 24 questions. 22 étaient des questions fermées à choix unique ou multiples. Seules deux questions complémentaires non obligatoires attendaient une réponse ouverte courte.

Ces questions s'organisaient en quatre parties. La première permettait de recueillir les informations pertinentes sur les caractéristiques socioprofessionnelles des participants. La deuxième portait sur leur expérience en téléconsultation. La troisième les questionnait sur leur projet professionnel et plus précisément d'installation future et d'intégration de la téléconsultation dans leur pratique. Et enfin la dernière partie visait à recueillir leur avis sur

l'intégration d'une formation à la téléconsultation durant le DES de médecine générale et les modalités souhaitées.

Ce questionnaire a été réalisé sur le logiciel Limesurvey. Il a ensuite été diffusé par internet : par mail en utilisant les listes de diffusions des départements de médecine générale et des associations d'internes des différentes facultés, ainsi que via les réseaux sociaux.

Le questionnaire a été diffusé à toute la population cible de notre étude.

Un pré-test avait été réalisé afin de vérifier la compréhension et la durée nécessaire pour répondre. Le questionnaire a été envoyé à 9 internes de Poitiers, en différents semestres. 8 réponses ont été reçues. Il n'a pas été retrouvé de modifications à apporter. Les réponses de ces 8 questionnaires ont donc été incluses.

Le recueil de données a ensuite eu lieu entre le 19 septembre et le 07 novembre 2022, période qui correspondait à la fin du semestre en cours. Plusieurs relances ont été effectuées.

4 – Analyse des données

Un tableur Excel a été réalisé pour regrouper et coder toutes les données recueillies.

Une analyse simple descriptive des résultats a été faite dans un premier temps, avec calcul des proportions, moyennes ou médianes.

Quelques analyses bi variées ont ensuite été réalisées à l'aide de tableaux croisés dynamiques afin de vérifier le lien entre les réponses à deux questions différentes.

Les résultats de certaines questions ont pu être comparés avec les résultats obtenus à la même question dans la thèse du Dr Morel (31) réalisée auprès d'une population différente (internes de médecine générale d'Île-de-France) sur une période différente (mars à mai 2020).

Ces différentes variables ont alors été comparées à l'aide de tests du Chi 2 sur tableau de contingence ou de tests de Kruskal-Wallis pour les valeurs ordinales. Les résultats ont pu être exprimés en termes de signification (valeur de p) pour une marge d'erreur de 5 %. Les différences étaient donc jugées significatives si $p < 0,05$. Ces analyses ont été réalisées à l'aide du site BiostatTGV (32) utilisant le logiciel de statistique R.

Les graphiques ont été créés à l'aide du logiciel Excel.

5 –Aspects règlementaires

Un avis favorable a été émis par le Délégué à la protection des données à caractère personnel (DPO) de l'Université de Poitiers, après vérification du caractère anonyme de l'étude.

III. Résultats

Nous avons reçu un total de 256 questionnaires dont 20 étaient vides ou seulement débutés pour la première partie relative aux données sur la catégorie socioprofessionnelle. Nous avons donc exclu ces 20 questionnaires non analysables.

Les analyses ont donc été réalisées sur 236 questionnaires.

Vous trouverez l'ensemble des réponses au questionnaire en annexe n°2.

1 - Caractéristiques de la population étudiée

Parmi les répondants aux questionnaires, la répartition selon les facultés était la suivante: 143 étaient des internes de la faculté de Poitiers (60,49 %), 52 de Bordeaux (22,03 %), 41 de Limoges (17,37 %).

Ils étaient 82 en phase socle (34,75 %), 44 en première année de phase d'approfondissement (18,64%), 47 en seconde année de phase d'approfondissement (19,92 %) et enfin 63 en année de thèse (26,69 %).

Sur les 236 réponses : 191 (80,93 %) avaient déjà réalisé leur stage ambulatoire de niveau 1 au moment de remplir le questionnaire, 80 (33,9 %) avaient réalisé le stage en autonomie supervisée (SASPAS) et 43 (18,22 %) un autre stage ambulatoire (mère-enfant par exemple).

73 (30,93 %) avait déjà réalisé des remplacements en libéral.

L'ensemble des caractéristiques de la population d'étude sont regroupées dans le tableau n°1.

	effectif (n=236)	pourcentage
A quelle faculté êtes-vous rattaché ?		
Bordeaux	52	22,03%
Limoges	41	17,37%
Poitiers	143	60,59%
En quelle année de votre cursus êtes-vous ?		
Phase socle	82	34,75%
Phase d'approfondissement 1ère année	44	18,64%
Phase d'approfondissement 2ème année	47	19,92%
Année de thèse	63	26,69%
Avez-vous déjà effectué :		
votre stage ambulatoire niveau 1		
OUI	191	80,93%
NON	45	19,07%
votre stage SASPAS		
OUI	80	33,90%
NON	156	66,10%
un autre stage ambulatoire (par exemple mère-enfant)		
OUI	43	18,22%
NON	193	81,78%
Avez-vous déjà effectué des remplacements en libéral ?		
OUI	73	30,93%
NON	163	69,07%

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population d'étude

2 – Expérience en téléconsultation

Lors de leur participation à l'étude, 101 (42,80 %) des internes avaient déjà réalisé une téléconsultation au cours de leur internat.

Parmi eux la médiane du nombre d'actes de téléconsultations déjà réalisés était à 5 avec un minimum qui était de 1, un premier quartile de 3, un troisième quartile de 10, et un maximum de 500 actes.

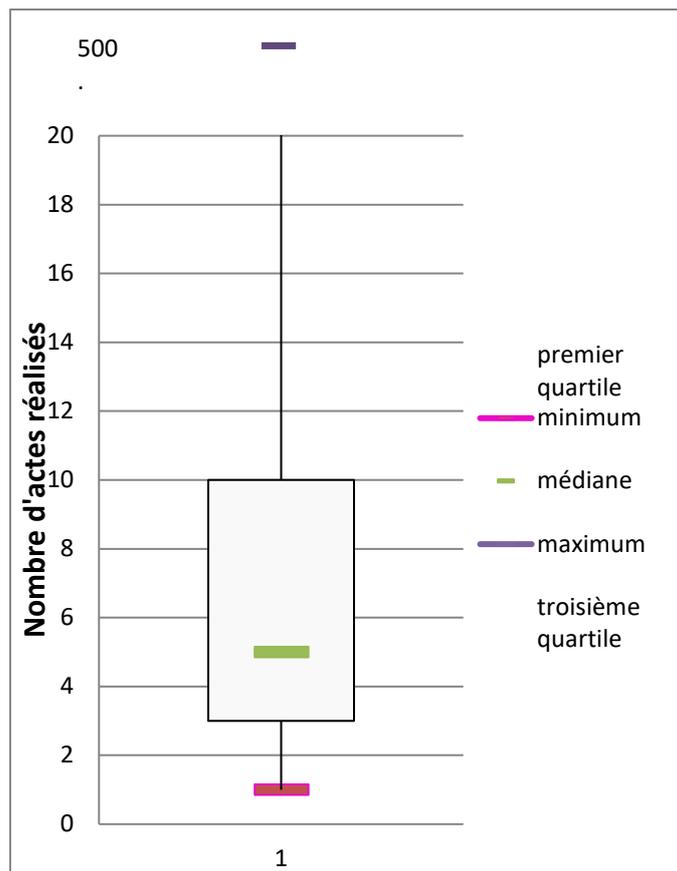


Figure n°3 : nombre d'actes de téléconsultation réalisés

On retrouvait une différence significative ($p = 0,0035$) du pourcentage d'étudiants ayant déjà expérimenté la téléconsultation en fonction de la faculté de rattachement, notamment à la faculté de Limoges où ils étaient seulement 19,51 %. On ne remarque cependant pas de différence significative en fonction de leur année d'étude en cours ($p = 2,15$).

Parmi ceux ayant déjà réalisé des téléconsultations, 57 (56,43 %) l'avaient fait en niveau 1, 36 (35,64 %) en remplacement, 28 (27,7 %) en SASPAS, 11 (10,89 %) lors d'un autre stage ambulatoire et 1 seul (0,99 %) en stage hospitalier.

Dans l'ensemble, les internes ayant réalisé des téléconsultations, se sentaient à part égal plutôt à l'aise pour 50 d'entre eux (49,5 %) et plutôt mal à l'aise pour 47 (46,53 %) avec cette pratique.

On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre ce ressenti et leur année d'étude ($p = 0,39$).

3 – Projet professionnel

Au moment de l'étude, les internes interrogés pensaient plutôt s'installer en milieu semi rural pour 89 (37,71 %) ou semi urbain pour 84 (35,59 %) d'entre eux.

De plus, ils se projetaient plutôt dans une maison de santé pluridisciplinaire pour 123 internes (52,12 %) ou un cabinet de groupe pour 83 d'entre eux (35,17 %). Ces résultats seront visibles sur les figures n°6 et 7 dans la partie discussion.

Dans l'ensemble les internes ont répondu « plutôt oui » pour 93 d'entre eux (39,41 %), et « plutôt non » pour 86 personnes (36,44 %) pour intégrer la téléconsultation à leur pratique future.

On ne retrouvait pas de lien significatif entre leur projet d'intégration de la téléconsultation et l'année d'étude dans laquelle ils se trouvaient ($p = 0,9$), ni leur mode d'exercice futur envisagé ($p = 0,46$).

Par contre nous retrouvions une différence statistiquement significative entre le lieu dans lequel ils projetaient de s'installer et le souhait d'intégrer la téléconsultation à leur pratique future ($p = 0,02$). Cependant en regroupant les réponses positives (« oui » et « plutôt oui ») et les réponses négatives (« non » et « plutôt non ») nous ne retrouvions plus de différence statistiquement significative ($p = 0,27$).

Les principales motivations à intégrer la téléconsultation à leur pratique étaient : de diminuer les déplacements des patients et les visites à domicile pour 127 internes (53,81 %) et de diminuer les délais de consultation pour 108 répondants (45,76 %).

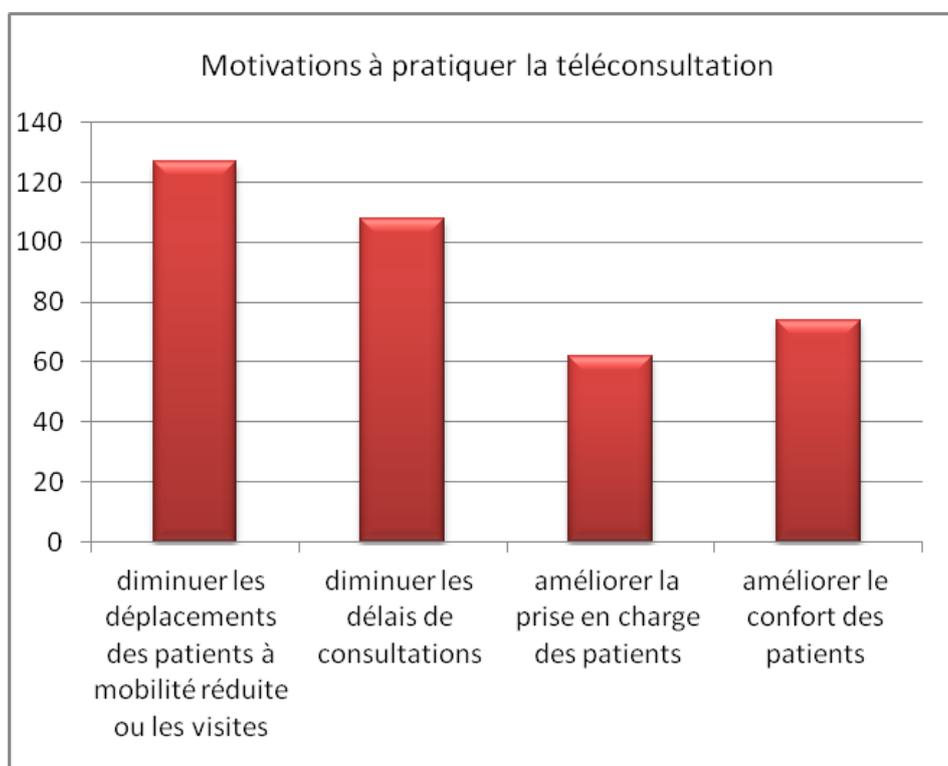


Figure n°4 : Motivations à pratiquer la téléconsultation

Le principal frein rapporté par les internes à cette pratique était le manque d'examen clinique avec 226 réponses (95,78 %). L'aspect relationnel était également un frein pour 138 internes (58,47 %).

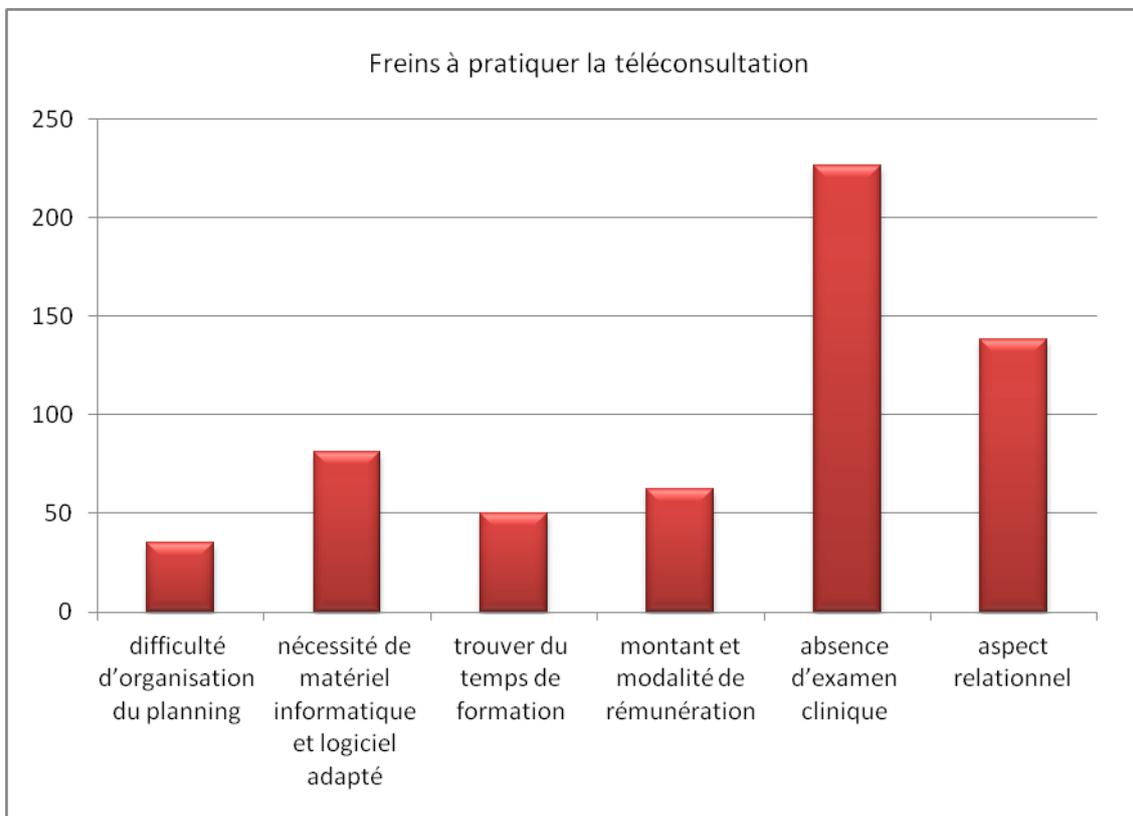


Figure n°5 : Freins à pratiquer la téléconsultation

A noter que 6 internes (2,54 %) n'avaient pas répondu aux questions de cette catégorie et 9 (3,81 %) à celles de la catégorie suivante.

4 - Avis sur l'intégration d'une formation et modalités

147 (62,29 %) des internes pensaient qu'une formation préalable est nécessaire à la pratique de la téléconsultation.

Mais aucun des internes interrogés ne connaissaient de formation existante.

159 (67,37 %) d'entre eux pensaient qu'intégrer une formation à la téléconsultation directement à la fac durant le DES serait nécessaire.

Ils étaient alors plutôt en faveur d'un séminaire optionnel pour 200 d'entre eux (84,75 %) plutôt que obligatoire, et en visioconférence pour 138 (58,47 %) plutôt qu'en présentiel.

Sur le meilleur moment durant le DES pour proposer cette formation, 178 (75,42 %) souhaiteraient qu'elle ait lieu plutôt en 3^{ème} année.

Ils auraient souhaité que soit abordé dans cette formation : le cadre législatif pour 200 internes (84,75 %), le choix des logiciels et du matériel adapté pour 161 d'entre eux (68,22%), une formation pratique avec des cas cliniques ou jeux de rôle pour 130 (55,08 %) et les particularités de communication pour 124 (52,54 %).

IV- Discussion

1 - Résultats principaux

Les internes en médecine générale de Nouvelle-Aquitaine sont donc favorables à l'intégration d'une formation à la téléconsultation par la faculté durant la troisième année du DES, sous forme d'un séminaire optionnel en visioconférence.

Notre étude a permis de confirmer que les internes en médecine générale pensaient qu'une formation à la téléconsultation est nécessaire avant de la pratiquer. Cependant ils ne connaissaient aucune formation existante. Aucun n'a cité le DIU de télémedecine pourtant proposé par la faculté de Bordeaux où notre questionnaire a été diffusé, ni aucune autre formation en ligne. Ils sont donc pour plus des 2/3 favorables à la création d'une telle formation directement par leur faculté.

Pour les modalités de cette formation, la très grande majorité souhaitait que ce soit sous la forme d'un séminaire optionnel et non obligatoire et, qu'il soit proposé en visioconférence plutôt qu'en présentiel. Ils préféreraient par ailleurs qu'il soit proposé en fin de cursus lors de la 3^{ème} année du DES. Le contenu souhaité est assez complet en abordant autant le cadre législatif, le matériel nécessaire que les aspects relatifs à la communication et une application pratique.

Pour ce qui est de l'expérience des internes en médecine générale, un peu moins de la moitié avait expérimenté la téléconsultation au moment de répondre à notre étude, avec une médiane très faible de 5 actes par personne. L'essentiel de ces expériences a lieu en stage ambulatoire (niveau 1 ou SASPAS), et lors de remplacements (donc hors cursus) pour un tiers des internes. On remarque que leur ressenti lors de ces expériences était mitigé car

très peu se sont sentis complètement à l'aise dans cette pratique et un seul en réelle difficulté.

Ils se voyaient s'installer après leurs études dans une maison de santé pluridisciplinaire pour plus de la moitié d'entre eux, dans un milieu semi rural ou semi urbain. La plupart des internes ont répondu une réponse positive quant à leur souhait d'intégrer la téléconsultation dans leur pratique future. Leur motivation était de diminuer les déplacements et délais de consultation. Et le principal frein retrouvé à cette pratique était l'absence d'examen clinique.

Comparaison des résultats avec la thèse réalisée en Île-de-France (31)

Dans notre étude 42,80 % des internes avaient déjà réalisé une téléconsultation au cours de leur internat. On peut remarquer que cette proportion est équivalente à celle des répondants à la thèse du Dr Morel en Île-de-France, deux années auparavant, dont également 42,95 % avaient déjà eu une expérience en téléconsultation.

Concernant leur projet professionnel, on peut remarquer une nette différence sur le lieu envisagé pour l'exercice futur avec une grande majorité des internes d'Île-de-France qui envisageaient une activité urbaine ou semi urbaine à une moindre mesure. Alors que les internes de Nouvelle-Aquitaine se projetaient plus dans une activité semi rurale ou semi urbaine.

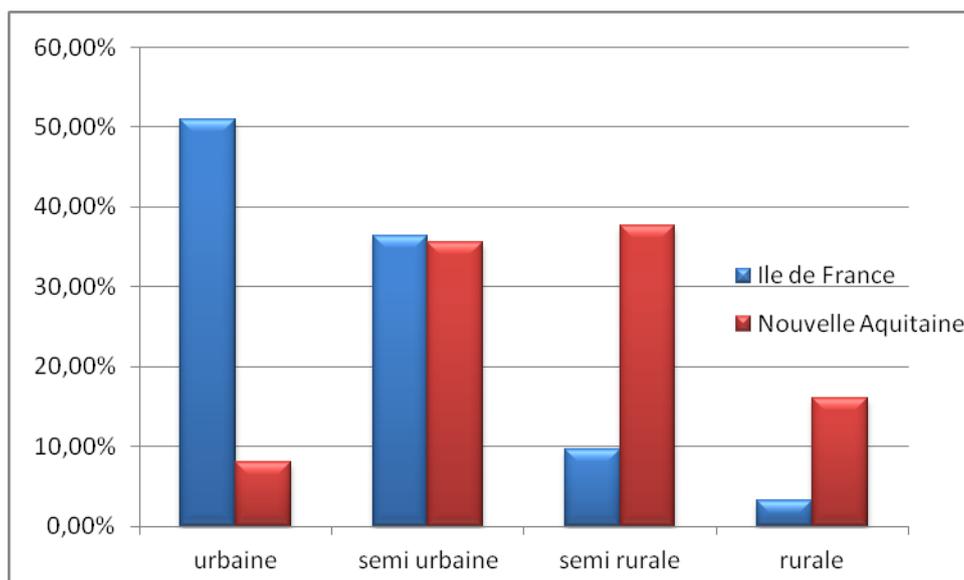


Figure n°6 : projet de lieu l'exercice des internes de médecine générale

Pour le mode d'exercice envisagé, les différences sont moins évidentes, la maison de santé pluridisciplinaire et le cabinet de groupe étant les structures où les répondants des deux études se verraient exercer.

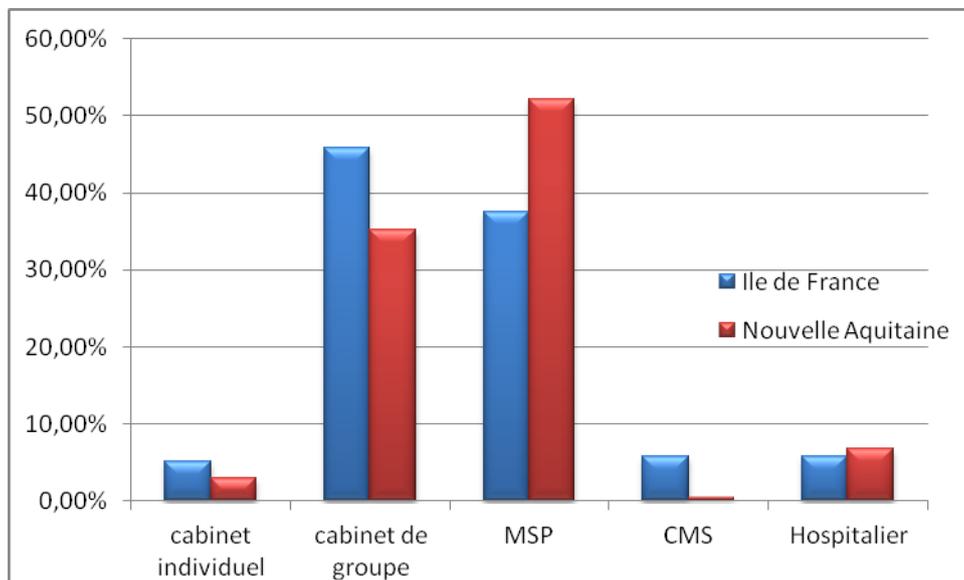


Figure n°7 : Lieu d'exercice envisagé par les internes de médecine générale

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

CMS : centre municipal de santé

Les internes d'Île-de-France ont répondu « oui » pour plus des 3/4 d'entre eux lorsqu'il leur était demandé s'ils pensaient intégrer la téléconsultation dans leur pratique future. Nous avons fait le choix de ne pas poser la question de la même façon dans notre étude en proposant quatre choix de réponses et non seulement « oui » ou « non », les résultats ne sont donc pas comparables. Nous pouvons tout de même remarquer qu'en associant les réponses « oui » et « plutôt oui » nous arrivons seulement à 55,51 % de réponses positives.

Les questions sur les motivations et les freins à intégrer cette pratique ont également été volontairement modifiées, les propositions proposées dans notre questionnaire nous semblant plus pertinentes. Nous ne pouvons donc pas comparer les résultats.

Dans notre étude, 62,29 % des internes pensaient qu'une formation préalable est nécessaire à la pratique de la téléconsultation contre 73,89 % des internes dans la thèse du Dr Morel. Et 67,37 % d'entre eux pensaient qu'intégrer une formation à la téléconsultation directement à la fac durant le DES serait nécessaire dans notre étude, contre 84,08 % en Île-de-France. On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre les résultats à ces questions (p respectifs = 3,94 et 1,26) dans les deux thèses.

Le séminaire optionnel était également la proposition retenue majoritairement dans la thèse du Dr Morel.

2 - Forces et limites de notre travail

Avantages du choix de la méthodologie

Nous avons pris le parti de réaliser une **étude quantitative** car elle permet un recueil d'informations et une analyse précise auprès d'un grand nombre de sujets. Son intérêt est de pouvoir extrapoler les résultats à l'ensemble de la population concernée, dans notre cas la totalité des internes en médecine générale inscrits dans les trois facultés de Nouvelle-Aquitaine. Cela ajoute une notion de représentativité.

Le **choix de cette population** était original. En effet très peu d'études abordaient le sujet de la téléconsultation auprès des internes. La seule étude l'ayant fait est celle du Dr Morel abordée précédemment, mais celle-ci était réalisée auprès des internes d'Île-de-France ayant donc essentiellement une activité urbaine. Une étude avait été réalisée à l'échelle nationale auprès de la totalité des étudiants en médecine dès la seconde année et non seulement des internes, et abordant le sujet plus vaste de la télémédecine. Il s'agit donc de la première étude questionnant les internes à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine.

Notre idée en choisissant cette population était, en cas de résultats superposables avec la thèse réalisée en Île-de-France, de pouvoir imaginer une représentativité à l'échelle nationale. Et cela a en effet été le cas pour notre objectif principal. Nous pouvons alors supposer, que si les internes d'une zone urbaine comme l'Île-de-France et ceux d'une région plus étendue comme la Nouvelle-Aquitaine, avec autant de zones rurales que de grandes villes (plus représentative de l'ensemble du territoire métropolitain), ont le même avis sur ce sujet, il pourrait en être le cas de tous les internes de France métropolitaine.

Le **questionnaire** était assez court ce qui a probablement permis un taux de réponse satisfaisant. Un questionnaire plus détaillé et plus long aurait été beaucoup plus chronophage et aurait pu décourager certains répondants. Nous avons choisi des questions simples pour favoriser le taux de participation et limiter les biais d'interprétation. Le choix des questions fermées permet une collecte plus facile et plus rapide des réponses. Son avantage est de pouvoir comparer plus facilement avec d'autres études identiques lorsqu'elles existent.

Après discussion avec le DPO de Poitiers nous avons décidé de retirer les deux questions concernant le genre et l'âge du participant de manière à rendre le questionnaire totalement anonyme sans changer les résultats. Le sexe de l'interne n'était pas pertinent d'après nous pour l'analyse des résultats, de même que la tranche d'âge celle-ci étant généralement la même pour la totalité des internes. Le fait que le questionnaire soit anonyme permettait de réduire un possible biais de déclaration.

Le choix de la **méthode de diffusion** nous a également semblé le plus adapté, les internes en médecine étant une population informatisée. Les emails et les réseaux sociaux étant les voies de communications utilisées par les facultés et associations d'internes durant tout l'internat, la totalité de notre population pouvait ainsi recevoir notre questionnaire.

Limites

Le **taux de réponse** n'est pas précisément quantifiable, en effet nous n'avons pas pu obtenir de chiffre exact du nombre d'étudiants inscrits au moment de notre diffusion notamment celui des internes en année de thèse, de la part des trois facultés. Nous avons tout de même estimé ce taux entre 20 et 25 %, ce qui reste faible mais acceptable en comparaison aux autres études sur le sujet [8 % dans la thèse du Dr Morel (31), 4,4 % dans l'étude nationale(30)].

Le taux de participation a pu être limité par plusieurs facteurs ; le choix du moment de diffusion dans un premier temps. Nous l'avons voulu en fin de semestre et fin d'année scolaire aux mois de septembre et octobre, car cela permettait des réponses plus justes au niveau de l'expérience notamment. Cependant cela nous a imposé une courte durée sur 1 mois et demi, ce qui a pu limiter le nombre de réponses. Il s'agit également d'une période durant laquelle les étudiants sont plus sollicités (choix de stage, préparation d'un déménagement, etc.).

Par ailleurs, nous avons rencontré des difficultés pour diffuser notre questionnaire auprès des internes inscrits à la faculté de Bordeaux. Malgré un accord préalable lors de la phase d'évaluation de la faisabilité de notre étude, la scolarité ainsi que l'association des internes ont finalement refusé de diffuser notre questionnaire suite à une modification de leur règlement interne (diffusion des seuls questionnaires de leurs étudiants). Limitant la diffusion aux réseaux sociaux, cela a fortement diminué notre taux de participation des étudiants rattachés à cette faculté qui sont pourtant les plus nombreux. Cela a de plus entraîné un biais de recrutement qui a pu limiter la représentativité de notre étude. À noter également que la réactivité des facultés et associations ayant été plus ou moins rapide, le moment de diffusion et des relances a été différent sur les trois facultés pouvant participer à ce même **biais de sélection**.

Les réponses au questionnaire étant basées sur le volontariat des internes, on peut se poser la question de savoir si les réponses obtenues ne le sont pas principalement par des internes intéressés par le sujet, entraînant un biais de non réponse plus importante de ceux se désintéressant de cette pratique. Cependant on peut également imaginer qu'au vu du titre de notre enquête, les étudiants opposés à la création d'une formation supplémentaire sur ce sujet aient été réactifs.

Il faut noter par ailleurs que la part des internes ayant répondu n'est pas équilibrée pour chaque année du cursus, bien que cela ne semble pas être lié à la méthodologie choisie. Les étudiants en phase socle étant plus représentés que ceux en 1^{ère} et 2^{ème} année de phase d'approfondissement. On pourrait imaginer que cela ait pu représenter un biais, les internes en phase socle ayant une expérience plus faible que ceux plus avancés dans leur cursus. Cependant nous n'avons pas pu établir de lien statistique significatif dans notre étude entre l'expérience en téléconsultation et l'année d'étude en cours. De plus dans la thèse du Dr Morel cela est plutôt inversé avec un taux de réponse plus faible pour les étudiants en phase socle par rapport à ceux des années supérieures. Ceci explique également les différences sur les stages effectués puisqu'ils étaient 80,93 % dans notre étude à avoir réalisé leur stage ambulatoire niveau 1 contre 95,54 % en Île-de-France. Et seulement 33,90 % des internes de l'étude en Nouvelle-Aquitaine avaient réalisé leur SASPAS contre 51,59 % en Île-de-France. On imagine que ces différences de niveau d'étude et d'expérience auraient pu avoir une incidence sur nos comparaisons entre les résultats de ces deux thèses.

Concernant **le questionnaire** : comme détaillé juste avant, le choix de questions simples fermées et en nombre limité était pour nous un avantage, mais il faut tout de même remarquer qu'un des inconvénients est une perte possible de précision et de nuance. Il est apparu lors de la lecture des réponses que la question relative aux stages effectués aurait pu être plus précise (« avez-vous déjà ou êtes-vous en train de réaliser »). En effet nous avons remarqué un nombre important de réponses négatives à la question « avez-vous déjà effectué votre stage ambulatoire niveau 1 » alors qu'au moment de notre étude c'est-à-dire en fin d'année, même les internes en fin de phase socle auraient du avoir réalisé ce stage obligatoire.

Pour pouvoir comparer les résultats avec la thèse réalisée en Île-de-France, nous avons dû moduler notre questionnaire en fonction. Parfois nous avons préféré modifier les questions ou les propositions de réponses afin de les optimiser, rendant donc les données non comparables. Sur d'autres questions nous avons choisi de les laisser à l'identique. La question s'est posée pour la question relative au lieu d'exercice futur envisagé : la différenciation entre zone semi urbaine et semi rural est assez floue et non retrouvée dans la littérature. Cependant dans un souci de comparabilité des résultats nous avons décidé de laisser ces propositions à l'identique.

Il ne nous a pas semblé pertinent de retirer les questionnaires où il existait des données partiellement manquantes car cela aurait entraîné une perte importante de renseignements pour les questions auxquelles les internes avaient répondu, seuls les questionnaires vides ou avec des réponses qu'aux questions de la catégorie socioprofessionnelle ont été retirés.

3 - Comparaison des résultats à la littérature

Formation à la téléconsultation

Le souhait d'être formé à la pratique de la téléconsultation a été retrouvé dans de nombreuses études interrogeant des médecins généralistes en exercice (22,25–27). Ceux-ci reconnaissent également manquer de temps pour pouvoir réaliser cette formation (20,25,26).

C'est pour cela que la proposition d'intégrer un apprentissage à cette pratique dès les années d'études médicales a rapidement été abordée.

Les quelques études concernant les étudiants en médecine étaient déjà un accord avec cette idée. Dans une première thèse qualitative réalisée en 2018 recueillant le ressenti des internes sur la télémédecine et les objets connectés, la majorité des internes interrogés souhaitaient être sensibilisés à ces questions pendant leur internat et plus précisément pendant leurs stages ambulatoires. Elle ne portait cependant pas précisément sur la téléconsultation (29). Une autre étude recueillaient l'avis de tous les étudiants en médecine de France en 2018 et 2019 (et non seulement les internes). Elle portait sur la télémédecine au sens large et mettait en évidence une insuffisance de formation pour près de 98 % des participants(30).

Cela ne concerne pas que la médecine générale. Une étude réalisée auprès des psychiatres de Nice entre mai et août 2020 montrait également que plus de la moitié des répondants seraient d'accord pour l'intégration d'une formation pédagogique à cette pratique durant les études médicales (17).

Motivations et freins à pratiquer la téléconsultation

Lorsque l'on s'intéresse aux motivations pour lesquelles les internes de notre étude souhaitent intégrer la téléconsultation à leur pratique on remarque que l'argument principal est de diminuer les déplacements, que ce soit celui des patients notamment ceux dont la mobilité est diminuée, ou leurs propres déplacements. Cette motivation s'intègre dans plusieurs objectifs de notre société actuelle : un objectif de confort des patients et du médecin, celui d'optimisation du temps de travail du médecin généraliste en limitant les visites chronophages, celui de la limitation des coûts de santé auprès de l'assurance maladie comme auprès de chaque individu dans le contexte d'inflation actuel, sans oublier l'impact écologique. Les études précédentes avaient également évoqué cet avantage (26).

La seconde motivation est de diminuer les délais de consultation. Celle-ci est retrouvée dans la thèse du Dr Morel (31) ou encore chez les médecins installés (26) en facilitant ainsi l'accès au second recours. Peut alors se poser la question de l'organisation du planning. Si une téléconsultation est aussi longue qu'une consultation classique il n'y aura pas d'incidence sur le délai de consultation. Par contre en remplaçant une visite à domicile qui demande plus de temps on comprend bien le gain de temps potentiel permettant de réaliser plus de consultations et ainsi de diminuer les délais. Il pourrait être intéressant d'explorer cela en interrogeant les médecins pratiquants la téléconsultation sur leur planning.

L'absence d'examen clinique est l'élément décrit par la grande majorité des internes comme étant un frein à cette pratique. Elle entraîne en effet un risque de perte d'information causant ou majorant une incertitude diagnostique, qui peut être d'autant plus difficile à gérer chez des médecins en formation. Les internes interrogés dans la thèse relative aux objets connectés trouvaient que l'expertise clinique en téléconsultation était plus difficile(29). Mais ce frein est également retrouvé dans un grand nombre d'enquêtes ultérieures comme chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône (22) qui parlaient de la nécessité d'adapter sa pratique pour pallier au manque d'examen clinique.

Il serait alors important de rappeler aux internes au cours de leurs études que, comme le dit la HAS dans son rapport de 2018 relative à la qualité et sécurité des actes de téléconsultation, toutes les situations ne sont pas adaptées à une prise en charge à distance, notamment celles où un examen clinique ou un geste technique sont nécessaires. Le médecin est seul juge de la pertinence d'une téléconsultation et peut à tout moment demander au patient de programmer une consultation en présentiel si la situation l'exige.

Au-delà de l'incertitude diagnostique que la distance impose, l'importance de l'examen clinique fait également écho à la relation particulière entre un médecin et un patient, le contact physique y participant. Une thèse de médecine générale a étudié l'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale, par une étude qualitative auprès de patients. Plusieurs notions importantes en ressortaient. L'examen clinique fait exister en tant que personne : au travers de l'inspection, de la palpation, et de l'auscultation, les patients se sentent regardés, touchés, écoutés. Il est pour beaucoup de patients à la fois une marque de conscience professionnelle mais aussi d'attention particulière. L'examen est aussi un moment possible pour se confier. Pour la majorité des patients, l'absence d'examen clinique au cours d'une consultation est considérée comme étonnante, décevante voire choquante. Cette attente des patients est probablement en lien avec une habitude socioculturelle : c'est ce que montre l'importance aux yeux des patients de la prise de la tension artérielle même si celle-ci n'est pas toujours justifiée du point de vue médical, au point que certains patients ne se sentent pas correctement examinés si celle-ci n'est pas prise. L'examen clinique est parfois vécu avec anxiété et difficultés par le

patient car il y expose sa nudité et est alors renvoyé au rapport qu'il entretient avec son propre corps (33).

L'aspect relationnel est le second frein qui ressort de notre étude. Nous venons d'y faire référence avec l'importance de l'examen physique mais nous pouvons voir cet aspect d'une façon plus vaste. La rencontre entre un médecin généraliste et son patient est devenu un rituel qui est totalement modifié lors d'une téléconsultation. Ce sentiment de déshumanisation est souvent retrouvé dans la bibliographie(22,25,26,29), de même que la crainte de dévalorisation de la médecine (21,26).

La nécessité d'avoir un matériel et un logiciel adapté n'était citée que par 1/3 des répondants à notre thèse alors qu'il semble s'agir d'un frein plus important chez les médecins déjà en exercice (22,27). Les internes ne se projettent peut-être pas encore tous sur ces questions techniques contrairement à des médecins installés pour lesquels ces questions sont plus concrètes.

Du côté des patients, deux études qualitatives, l'une dans le cadre d'une thèse de médecine générale en 2020 (34) et la seconde dans le cadre d'un mémoire de recherche de Santé Publique réalisé en 2021 (35), se sont intéressées au ressenti des patients ayant une expérience en téléconsultation. Elles montraient également une crainte sur la relation médecin-patient en exprimant un sentiment de nostalgie vis-à-vis du « médecin de famille ». Ils préféreraient consulter un médecin connu. Les patients usagers envisageaient la téléconsultation comme une solution de dépannage (qui ne se substitue pas à la consultation au cabinet) pour des motifs urgents en exprimant la crainte d'erreurs médicales devant le manque d'examen clinique. Quelques patients rapportaient une crainte liée à la non sécurisation des données et une volonté d'indépendance vis-à-vis du « tout numérique ».

Projection des internes dans leur exercice futur

On remarque qu'en fonction de la région dans laquelle ils étudient, les internes n'envisagent pas le même lieu d'exercice. Il pourrait être intéressant d'étudier ce phénomène afin de comprendre quels sont les facteurs qui influencent leurs projections (leurs maîtres de stage, projet d'installation liées aux rencontres faites durant l'internat, vie personnelle déjà installée, etc.) et si cette projection se concrétise au moment de leur installation.

Les internes se projettent en grande majorité dans un cabinet de groupe. Dans un rapport récemment publié la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), que le nombre de médecins généralistes exerçant en groupe, est passé de 54 % fin 2010 à 69 % début 2022. Parmi eux 60 % le font dans un groupe

pluriprofessionnel. La fréquence de l'exercice en groupe est plus élevée chez les médecins âgés de moins de 50 ans (36).

Dans un autre rapport la DREES publie que les médecins qui exercent seuls sont moins nombreux à déclarer début 2022 avoir déjà donné des consultations à distance (59 %, contre 85 % de ceux qui exercent en groupe). D'autre part, les médecins exerçant dans les grandes aires urbaines, hors territoires ruraux, sont plus nombreux à avoir déjà effectué des téléconsultations (80 %, contre 72 % dans le reste du territoire)(37).

Dans notre travail, malgré le manque de puissance, nous avons réussi à établir un lien statistique entre le souhait des internes d'intégrer la téléconsultation à la pratique et le lieu d'exercice envisagé, mais pas avec le mode d'exercice envisagé.

Toujours d'après la DRESS, les consultations à distance sont plus nombreuses dans l'aire urbaine de Paris, hors territoires ruraux. En effet, 27,0 % d'entre elles sont réalisées en 2021 pour des patients de ces territoires (qui rassemblent 17,7 % de la population). Plus généralement, cette pratique est concentrée dans les grands pôles urbains : 69,4 % des téléconsultations sont réalisées pour des patients vivant dans les villes-centres ou les banlieues des grands pôles (où réside 56,9 % de la population) (37). Cela peut être corrélé avec le pourcentage plus important d'internes d'Île-de-France souhaitant réaliser des téléconsultations, et souhaitant par ailleurs pour la grande majorité exercer en milieu urbain, par rapport à ceux de Nouvelle-Aquitaine.

4 - Perspectives

Au vu de ces données nouvelles et de leurs corrélations avec la littérature, on peut dire que les internes projettent d'intégrer cette pratique à leur exercice futur et sont en demande d'informations afin de pouvoir le faire dans les meilleures conditions. Il serait intéressant pour les facultés de Nouvelle-Aquitaine mais également au niveau national de réfléchir à intégrer une telle formation lors du DES de médecine générale. Un séminaire optionnel en deux parties pourrait être proposé aux internes de deuxième année de phase d'apprentissage :

- Une première partie en visioconférence ou e-learning proposant une approche plus théorique qui pourrait aborder le cadre juridique, éthique ou le matériel.
- Une seconde partie pourrait alors être proposée dans un second temps, en présentiel afin d'échanger sur les difficultés relationnelles rencontrées lors d'une téléconsultation à la manière d'un groupe d'échange de pratique (GEP), ou en proposant des cas cliniques ou jeux de rôle pour permettre une formation plus pratique.

Proposer une formation optionnelle permettrait à chaque interne de s'intéresser à cette pratique s'il le souhaite. Il pourra décider par la suite de se l'approprier ou non dans son exercice, avec ses propres motivations ou au contraire ses propres réticences, guidé par des connaissances indépendantes des discours des politiques et des lobbies des groupes privés voulant vendre leurs logiciels.

Si une ou plusieurs facultés mettent en place une telle formation il pourrait être intéressant de réaliser un travail de recherche sous forme d'un avant/après permettant d'évaluer l'apport réel de celle-ci.

Nous avons pu voir que les internes interrogés ne se sentent pas complètement à l'aise avec cette pratique. Cependant la méthodologie que nous avons choisi n'est pas adaptée pour pouvoir poser de conclusion sur leur ressenti. Il pourrait être intéressant de réaliser un travail qualitatif, en interrogeant les internes lors d'entretiens semi dirigés sur ce ressenti, afin de savoir s'il est plutôt lié à un manque d'expérience inhérent à leur début de carrière, au manque d'examen clinique et de relationnel comme cela semble ressortir dans les différentes études ou à d'autres éléments jusqu'alors non cités.

On remarquait par ailleurs que les internes avaient peu d'expérience en téléconsultation. Un autre travail complémentaire serait d'interroger les maitres de stages sur leur vision de la téléconsultation afin de savoir s'ils la proposent aux internes en stage dans leur cabinet, et dans le cas contraire d'en connaître les raisons.

V – Conclusion

La téléconsultation est une pratique innovante qui semble être bien installée en médecine générale. C'est une des réponses médicales à la mutation de notre système de santé devant l'augmentation des maladies chroniques liée au vieillissement de la population, la baisse de la démographie médicale et les inégalités territoriales. Elle permet de répondre autant aux besoins de la population d'un territoire, qu'aux besoins des professionnels de santé en facilitant l'accès aux soins et améliorant leur qualité et leur organisation. Elle se traduit par une nouvelle façon de consulter qui peut cependant entraîner quelques craintes notamment par l'absence d'examen clinique dans certaines situations et quant à son impact sur la relation médecin-patient.

Malgré cela les internes semblent prêts à l'intégrer dans leur pratique future. Leur expérience dans ce domaine restant limitée, ils sont en demande d'informations et d'accompagnement. Les départements de médecine générale (DMG) des universités

pourraient ainsi se saisir de leur demande en proposant leur propre formation à la téléconsultation directement intégrée au DES.

Un travail complémentaire sous forme d'une enquête qualitative permettrait de préciser les besoins et attentes des internes afin d'aider les DMG à adapter le contenu pédagogique.

Bibliographie

1. HAS. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. 2011.
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
3. HAS. Annexe Professionnels de santé [Internet]. 2012 [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf
4. HAS. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. 2018;
5. Gaglio G, Mathieu-Fritz A. Les pratiques médicales et soignantes à distance. La télémédecine en actes. Réseaux. 2018;207(1):9 à 24.
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2022. 2022.
7. Bagein G, Costemalle V. L'état de santé de la population en France. Les dossiers de la DREES [Internet]. sept 2022 [cité 14 déc 2022];(102). Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/286468.pdf>
8. Maignan I. La téléconsultation a-t-elle un avenir en France ? [Internet]. Maddyness - Le média pour comprendre l'économie de demain. 2019 [cité 15 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.maddyness.com/2019/11/25/teleconsultation-avenir-france/>
9. Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU. Actualités de l'Urgence - APM [Internet]. 2022 [cité 15 déc 2022]. Disponible sur: https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-nombre-de-passages-aux-urgences-a-augmente-de-12-entre-juillet-2021-et-juillet-2022-samu-urgences-de-france-/new_id/68506
10. Simon P. Télémédecine - Enjeux et pratiques. Le Coudrier; 2015.
11. Salles N. Télémédecine en EHPAD - Les clés pour se lancer. Le Coudrier. (Des livres de terrain pour les acteurs de santé).
12. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.
13. Assurance Maladie. 15 septembre 2018 : généralisation de la téléconsultation en France [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2018-09-12-dp-generalisation-teleconsultation-15-sept-2018>
14. Assurance Maladie. Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation : un mode de consultation qui se développe progressivement. dossier de presse. 12 sept 2019;

15. Nghiem PDC, Astruc A. Efficacité des téléconsultations effectuées par des médecins généralistes avec objets connectés en présence d'un pharmacien d'officine télérequérant [Thèse d'exercice]. Université Paris Est Creteil; 2021.
16. HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 -Téléconsultation et télésoin [Internet]. 2020 [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin
17. Pendaries G. Étude de satisfaction de la télépsychiatrie durant la pandémie liée au Covid-19 : une expérience niçoise [Thèse d'exercice]. Université Côte d'Azur; 2020.
18. Assurance Maladie. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>
19. DESEYNE C. Projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique. 331. janv 10, 2022.
20. Nadolny J, Rahuel C. La télémédecine : approches et propositions des médecins généralistes libéraux français. Etude qualitative menée auprès de médecins généralistes libéraux de l'ancienne région Midi-Pyrénées du mois de mai au mois d'août 2018 [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019.
21. Amar épouse Sfez N, Hamoudi kamel. Connaissances, avis et pratiques actuelles de la Téléconsultation (TC) depuis sa mise en place, par les médecins généralistes d'Ile de France. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Est Creteil; 2021.
22. Khanchouche H. Téléconsultation en médecine générale : le ressenti des médecins [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Aix Marseille; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03148465/document>
23. Pierre S, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. 2008 nov.
24. Labordes P. La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être - Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports.
25. Didier M. Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain. Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2015.
26. Maxime Durupt, Olivier Bouchy. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique. 2016;28(2016/4):487 à 497.
27. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.

28. ROBERT M. DIU Télémédecine [Internet]. UFR Médecine. Maud ROBERT; [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://medecine.univ-nantes.fr/formation-continue/diu-telemedecine>
29. Courtin M, Haddad R. Les objets connectés en médecine générale : leurs enjeux, avantages et inconvénients, selon les internes de la spécialité. Université Paris Est Creteil; 2018.
30. Yaghobian S, Ohannessian R, Iampetro T, Riom I, Salles N, de Bustos EM, et al. Knowledge, attitudes and practices of telemedicine education and training of French medical students and residents. J Telemed Telecare. 2019;28(4):248 à 257.
31. Morel F, Moscovia L. Intégration d'une formation à la téléconsultation dans le cadre du DES de Médecine Générale : enquête auprès des internes d'Île-de-France [Thèse d'exercice]. Université Paris Est Creteil; 2020.
32. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/>
33. Bancon-Gaschignard S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale: analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard; 2008.
34. Verrue M. Téléconsultation en médecine générale : attentes et représentations des patients [Thèse d'exercice]. Université de Versailles; 2020.
35. Martin T. La téléconsultation du médecin généraliste en zone rurale fragile : vers une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins ? [Mémoire Santé publique et épidémiologie]. [Université Caen Normandie]; 2021.
36. Bergeat M, Vergier N. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 | DREES [Internet]. 2022 oct [cité 11 janv 2023]. Report No.: 1244. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
37. Kamionka J, Bergeat M. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021 | DREES [Internet]. 2022 déc [cité 11 janv 2023]. Report No.: 1249. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1249EMB.pdf>

Table des figures et tableaux

Figure n°1 : Evolution du nombre des médecins généralistes en activité régulière en France d'après une publication du CNOM(6)

Figure n°2 : Evolution du nombre de téléconsultations [projet de loi de Mme DESEYNE (19)]

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population d'étude

Figure n°3 : nombre d'actes de téléconsultation réalisés

Figure n°4 : Motivations à pratiquer la téléconsultation

Figure n°5 : Freins à pratiquer la téléconsultation

Figure n°6 : projet de lieu l'exercice des internes de médecine générale

Figure n°7 : Lieu d'exercice envisagé par les internes de médecine générale

Annexe 1 : Questionnaire de thèse :

A – Catégorie socioprofessionnelle

1 - A quelle faculté êtes vous rattaché ?

- Bordeaux
- Limoges
- Poitiers

2 - En quelle année de votre cursus êtes-vous ?

- Phase socle
- Phase d'approfondissement 1^{ère} année
- Phase d'approfondissement 2^{ème} année
- Année de thèse

3 – Avez-vous déjà effectué votre stage ambulatoire niveau 1 ?

- Oui
- Non

SASPAS ?

- Oui
- Non

Un autre stage ambulatoire ? (par exemple mère-enfant)

- Oui
- Non

4 – Avez-vous déjà effectué des remplacements en libéral ?

- Oui
- Non

B – Expérience en téléconsultation

5 – Avez-vous déjà expérimenté la téléconsultation (avec liaison vidéo) ?

- Oui
- Non

Si oui combien de fois ?

6 – Si oui dans quel(s) cadre(s) : (plusieurs réponses possibles)

- Stage ambulatoire niveau 1
- Stage hospitalier
- SASPAS
- Remplacement
- autre stage ambulatoire (par exemple mère-enfant)

7 – Comment vous êtes vous senti lors de cette pratique :

- Tout a fait à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- En difficulté

C – Projet professionnel

8 - À l'heure actuelle, quel lieu d'exercice envisagez-vous pour votre projet futur ?

- Urbain
- Semi urbain
- Rural
- Semi rural

9 – Quel serait votre projet de mode d'exercice ?

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Hospitalier
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Centre municipal de santé

10 – Pensez vous pratiquer la téléconsultation dans votre exercice futur ?

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

11 - Quelles seraient vos principales motivations à intégrer la téléconsultation à votre pratique ?
(plusieurs réponses possibles)

- diminuer les déplacements des patients a mobilité réduite ou les visites
- diminuer les délais de consultations
- améliorer la prise en charge des patients
- améliorer le confort des patients

12 – Quels seraient les principaux freins à cette pratique ? (plusieurs réponses possibles)

- difficulté d'organisation du planning de consultation

- nécessité de matériel informatique et d'un logiciel adapté
- trouver du temps de formation
- montant et modalité de rémunération
- absence d'examen clinique
- aspect relationnel

D - Avis sur l'intégration d'une formation et modalités

13 – Pensez vous qu'une formation à la téléconsultation est nécessaire pour la pratiquer ?

- oui
- non

14 - Connaissez-vous des formations à la téléconsultation ?

- oui
- non

Si oui lesquelles :

15 – Pensez vous qu'une formation à la téléconsultation pendant le DES de médecine générale serait nécessaire ?

- oui
- non

16 – Sous quelles modalités ?

- a-
- Séminaire obligatoire
 - Séminaire optionnel

- b-
- En présentiel
 - En visioconférence

17 – A quel moment du cursus serait elle plus adaptée ?

- 1ere année
- 2eme année
- 3eme année

18 - Quel contenu attendriez-vous de cette formation ? (plusieurs réponses possibles)

- Communication/relationnel
- Logiciel/matériel
- Cadre législatif
- Formation pratique (cas cliniques, jeux de rôle...)

Annexe 2 : Résultats

Réponse	Effectif (n=236)	%	% sous total
<u>A quelle faculté êtes-vous rattaché ?</u>			
Bordeaux	52	22,03%	
Limoges	41	17,37%	
Poitiers	143	60,59%	
<u>En quelle année de votre cursus êtes-vous ?</u>			
Phase socle	82	34,75%	
Phase d'approfondissement 1ère année	44	18,64%	
Phase d'approfondissement 2ème année	47	19,92%	
Année de thèse	63	26,69%	
<u>Avez-vous déjà effectué :</u>			
- votre stage ambulatoire niveau 1			
OUI	191	80,93%	
NON	45	19,07%	
- votre stage SASPAS			
OUI	80	33,90%	
NON	156	66,10%	
- un autre stage ambulatoire			
OUI	43	18,22%	
NON	193	81,78%	
<u>Avez-vous déjà effectué des remplacements en libéral ?</u>			
OUI	73	30,93%	
NON	163	69,07%	
<u>Avez-vous déjà expérimenté la téléconsultation ?</u>			
OUI	101	42,80%	
NON	135	57,20%	
<u>Si oui combien de fois ?</u>			
Réponse	95	40,25%	
Sans réponse	6	2,54%	
NC	135	57,20%	
<u>Dans quel(s) cadre(s) ? (plusieurs réponses possibles)</u>			
Stage ambulatoire niveau 1	57	24,15%	56,43%
Stage hospitalier	1	0,42%	0,99%
SASPAS	28	11,86%	27,70%

Remplacement	36	15,25%	35,64%
Autre stage ambulatoire	11	4,66%	10,89%
NC	135	57,20%	

Comment vous êtes-vous senti lors de cette pratique ?

Complètement à l'aise	3	1,27%	2,97%
Plutôt à l'aise	50	21,19%	49,50%
Plutôt mal à l'aise	47	19,92%	46,53%
En difficulté	1	0,42%	0,99%
NC	135	57,20%	

À l'heure actuelle, quel lieu d'exercice envisagez-vous pour votre projet futur ?

Urbain	19	8,05%	
Semi urbain	84	35,59%	
Rural	38	16,10%	
Semi rural	89	37,71%	
NC	6	2,54%	

Quel serait votre projet de mode d'exercice ?

Cabinet individuel	7	2,97%	
Cabinet de groupe	83	35,17%	
Hospitalier	16	6,78%	
Maison de santé pluridisciplinaire	123	52,12%	
Centre municipal de santé	1	0,42%	
NC	6	2,54%	

Pensez-vous pratiquer la téléconsultation dans votre exercice futur ?

Oui	38	16,10%	
Plutôt oui	93	39,41%	
Plutôt non	86	36,44%	
Non	13	5,51%	
NC	6	2,54%	

Quelles seraient vos principales motivations à intégrer la téléconsultation à votre pratique ?

diminuer les déplacements des patients à mobilité réduite/les visites	127	53,81%	
diminuer les délais de consultations	108	45,76%	
améliorer la prise en charge des patients	62	26,27%	
améliorer le confort des patients	74	31,36%	
NC	6	2,54%	

Quels seraient les principaux freins à cette pratique ?

difficulté d'organisation du planning de consultation	35	14,83%	
nécessité de matériel informatique et d'un logiciel adapté	81	34,32%	
trouver du temps de formation	50	21,19%	
montant et modalité de rémunération	62	26,27%	

absence d'examen clinique	226	95,76%
aspect relationnel	138	58,47%
NC	6	2,54%

Pensez-vous qu'une formation à la téléconsultation est nécessaire pour la pratiquer ?

OUI	147	62,29%
NON	80	33,90%
NC	9	3,81%

Connaissez-vous des formations à la téléconsultation ?

OUI	0	0,00%
NON	227	96,19%
NC	9	3,81%

Si oui lesquelles ?

NC	236	100,00%
----	-----	---------

Pensez-vous qu'une formation à la téléconsultation PENDANT le DES de médecine générale serait nécessaire ?

OUI	159	67,37%
NON	68	28,81%
NC	9	3,81%

Sous quelles modalités ?

Séminaire obligatoire	27	11,44%
Séminaire optionnel	200	84,75%
NC	9	3,81%

En présentiel	89	37,71%
En visioconférence	138	58,47%
NC	9	3,81%

A quel moment du cursus serait elle plus adaptée ?

1ere année	12	5,08%
2eme année	37	15,68%
3eme année	178	75,42%
NC	9	3,81%

Quel contenu attendriez-vous de cette formation ?

Communication/relationnel	124	52,54%
Logiciel/matériel	161	68,22%
Cadre législatif	200	84,75%
Formation pratique (cas cliniques, jeux de rôle...)	130	55,08%
NC	9	3,81%

Résumé

Introduction : La téléconsultation est une pratique médicale en pleine expansion en France ces dernières années afin de répondre à des enjeux actuels de santé publique notamment d'accès aux soins et d'efficacité. L'objectif de cette étude était de recueillir l'avis des internes en médecine générale de Nouvelle-Aquitaine sur l'intégration d'une formation à la téléconsultation durant l'internat, les modalités attendues, mais également de connaître leur expérience dans cette pratique et leur projets professionnels.

Méthodes : Etude quantitative descriptive et transversale réalisée auprès des internes de médecine générale de Nouvelle-Aquitaine par l'intermédiaire d'un questionnaire diffusé entre septembre et novembre 2022.

Résultats : Les deux tiers des 236 internes en médecine générale de Nouvelle-Aquitaine ayant répondu à notre enquête seraient favorables à l'intégration d'une formation à la téléconsultation par la faculté. Ils la préféreraient durant la troisième année de l'internat, sous forme d'un séminaire optionnel en visioconférence, abordant autant le cadre législatif que les aspects plus pratiques. Moins de la moitié avait déjà expérimenté la téléconsultation, en stage ambulatoire ou lors de remplacements. Ils se projetaient pour leur exercice futur dans un cabinet de groupe, en zone semi rurale ou semi urbaine, avec la possibilité d'intégrer la téléconsultation à leur pratique.

Discussion : La téléconsultation semble s'être installée dans la vision qu'ont les futurs médecins généralistes de leur pratique. Cela pourrait permettre de lancer une réflexion nationale des facultés de médecine quant à l'intégration d'une telle formation. Une étude qualitative complémentaire permettrait de préciser les questionnements et attentes des étudiants dans ce domaine.

Mots clés :

- Télémédecine
- Consultation à distance
- Médecin généraliste
- Internat de médecine
- Enseignement

Abstract

Introduction : In the last few years, teleconsultation has been a growing medical practice in France in order to face presents challenges in public healthcare, especially to provide access to care and efficiency. The purpose of this study was to collect the opinion of the residents in general medicine in Nouvelle-Aquitaine about the integration of a teleconsultation training during the internship, the expected terms and conditions, but also to understand their experience in this area and their professional projects.

Method : Descriptive and cross-cutting quantitative study was carried out for general medicine's residents in Nouvelle Aquitaine through a questionnaire distributed between September and November in 2022.

Results : Two thirds of the 236 residents in general medicine in Nouvelle-Aquitaine who answered the survey were in favor of integrating teleconsultation training by the faculty. They would rather have it during the third year of internship, as an optional videoconference seminar, addressing the legal framework as much as more practical aspects. Less than half of the residents surveyed had already had an experience with teleconsultation during ambulatory training or replacements. Their future projects were in a group clinic, in rural or semi-urban areas, with the possibility of including teleconsultation in their practice.

Discussion : Telemedicine seems to be part of the vision the future general practitioners have of their work. This could encourage a national attention from medical schools about the integration of such a training. An additional qualitative study could clarify the expectations and questions of the students in this field.

Keywords :

- telemedecine
- remote consultation
- general practitioner
- medical internship
- teaching



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !



Résumé

Introduction : La téléconsultation est une pratique médicale en pleine expansion en France ces dernières années afin de répondre à des enjeux actuels de santé publique notamment d'accès aux soins et d'efficacité. L'objectif de cette étude était de recueillir l'avis des internes en médecine générale de Nouvelle-Aquitaine sur l'intégration d'une formation à la téléconsultation durant l'internat, les modalités attendues, mais également de connaître leur expérience dans cette pratique et leur projets professionnels.

Méthodes : Etude quantitative descriptive et transversale réalisée auprès des internes de médecine générale de Nouvelle-Aquitaine par l'intermédiaire d'un questionnaire diffusé entre septembre et novembre 2022.

Résultats : Les deux tiers des 236 internes en médecine générale de Nouvelle-Aquitaine ayant répondu à notre enquête seraient favorables à l'intégration d'une formation à la téléconsultation par la faculté. Ils la préféreraient durant la troisième année de l'internat, sous forme d'un séminaire optionnel en visioconférence, abordant autant le cadre législatif que les aspects plus pratiques. Moins de la moitié avait déjà expérimenté la téléconsultation, en stage ambulatoire ou lors de remplacements. Ils se projetaient pour leur exercice futur dans un cabinet de groupe, en zone semi rurale ou semi urbaine, avec la possibilité d'intégrer la téléconsultation à leur pratique.

Discussion : La téléconsultation semble s'être installée dans la vision qu'ont les futurs médecins généralistes de leur pratique. Cela pourrait permettre de lancer une réflexion nationale des facultés de médecine quant à l'intégration d'une telle formation. Une étude qualitative complémentaire permettrait de préciser les questionnements et attentes des étudiants dans ce domaine.

Mots clés :

- Télémédecine
- Consultation à distance
- Médecin généraliste
- Internat de médecine
- Enseignement