



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de
Santé
Circonscription
Médecine



ANNÉE 2022

N°

**LA TÉLÉCONSULTATION LORS DE L'ÉPIDÉMIE DE SARS-COV-2 :
SON USAGE CHEZ SOS MÉDECINS FRANCE**

THÈSE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 10/03/2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Tomy PERRIER

Né le 19 novembre 1989

À Montpellier (34)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourtent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNÉE 2022

N°

**LA TÉLÉCONSULTATION LORS DE L'ÉPIDÉMIE DE SARS-COV-2 :
SON USAGE CHEZ SOS MÉDECINS FRANCE**

THÈSE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 10/03/2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Tomy PERRIER

Né le 19 novembre 1989

À Montpellier (34)

Année Universitaire 2021-2022
au 1^{er} **Septembre 2021**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MÉDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
			(Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021)
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES DISCIPLINES MÉDICALES

M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
----	---------	----------------	----------------

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Épidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIÉS

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur DE ROUGEMONT Alexis

Membres : Madame le Docteur GOIRAND Françoise

Monsieur le Professeur Associé CANNET Didier

Directrice : Madame le Docteur DUCRET Sylvie

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

À Monsieur le Professeur DE ROUGEMONT Alexis,

C'est un honneur de vous avoir comme Président de mon jury. Merci pour votre disponibilité. Je vous présente tout mon respect.

À Madame le Docteur GOIRAND Françoise,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de prendre de votre temps pour évaluer mon travail. Soyez assurée de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur associé CANNET Didier,

Merci d'avoir consenti de siéger dans mon jury et d'accepter de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À ma directrice de thèse, Madame le Docteur DUCRET Sylvie,

Ton approche pédagogique, tes conseils pertinents ainsi que tes directives efficaces et ciblées ont été essentiels pour ce travail de thèse mais également pendant les jours de garde à tes côtés. Merci pour ton soutien depuis le début de ce travail.

À l'équipe SOS Médecins Dijon

L'accueil que vous m'avez fait en tant que remplaçant était grandiose et travailler à vos côtés me permet de m'épanouir tous les jours. Je me réjouis d'avance de rejoindre cette grande famille.

À mon collègue le Docteur BARRA Emmanuel,

Prendre de ton précieux temps comme tu l'as fait m'a énormément touché. Ton important répertoire de contacts a permis une plus grande représentativité à cette étude. Merci pour ta contribution.

À mon collègue le Docteur LAMOTTE Romain,

Pour avoir sorti le thème de cette thèse de ton chapeau et pour ton encadrement indirect. Ton travail récent a été une référence solide et inspirante.

À tous les autres

À ma collègue le Docteur BLIN-BONNEVAL Paule

En me considérant dès le départ comme un confrère, votre confiance m'a permis de m'affirmer et de grandir en tant que médecin. Vous m'avez donné l'amour de la médecine générale.

À mon collègue le Docteur ACHARD Sébastien,

Ton retour d'expérience a été bénéfique. L'appui que tu m'as apporté, sans jugement et avec une pointe d'humour, m'a rassuré de nombreuses fois.

À Monsieur D'ATHIS Philippe,

Votre implication a été très appréciable. Merci pour les conseils si précieux que vous m'avez prodigués.

À Roxane,

Ton analyse m'a donné l'impulsion de départ. Un grand merci.

À ma femme Marianela,

Merci pour ton soutien et ton coaching dans tous les moments quels qu'ils soient. Merci pour tes encouragements et tes attentions qui ont nourri ma motivation.

À mes filles Framboise et Mirasol,

Puissiez-vous grandir dans l'amour et la joie. Recevez-en une dose à la lecture de ces mots. Ce travail terminé, je serai à présent plus disponible à vos côtés.

À mes parents,

Sans qui rien n'aurait été possible. Votre soutien inconditionnel a été essentiel pour achever ce long travail.

À mon frère Yeelen,

Frangin, mille mercis.

À Méline,

Ta relecture a été indispensable. Je te remercie pour le temps passé.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES.....	13
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	14
1 INTRODUCTION.....	15
1.1 Télémédecine et téléconsultation.....	16
1.1.1 Historique.....	16
1.1.2 Définition et cadre juridique.....	16
1.1.3 L'organisation.....	18
1.2 SOS Médecins et l'épidémie de SARS-CoV-2.....	18
1.2.1 Présentation de SOS Médecins France.....	18
1.2.2 L'épidémie de SARS-CoV-2 et son impact sur l'activité médicale.....	19
1.2.3 La téléconsultation chez SOS Médecins France lors de l'épidémie de SARS-CoV-2.....	20
1.3 Sujet de la présente étude.....	21
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	22
2.1 Objectif de l'étude.....	22
2.2 Type d'étude.....	22
2.3 Population étudiée.....	22
2.4 Questionnaire.....	22
2.5 Recueil des données.....	23
2.6 Analyse des données.....	24
3 RÉSULTATS.....	25
3.1 Taux de réponse.....	25
3.2 Caractéristiques des associations.....	25
3.2.1 Taille des associations.....	25
3.2.2 Zone d'activité des associations.....	26
3.3 L'activité de téléconsultation.....	26
3.3.1 Avant et après le 24 janvier 2020.....	26
3.3.2 Date de démarrage de la téléconsultation.....	27
3.3.3 Proportion d'activités en téléconsultations.....	28
3.4 Le développement de la téléconsultation.....	28
3.4.1 Les acteurs de la motivation de l'instauration de la téléconsultation.....	28
3.4.2 Les motifs de développement.....	29
3.5 Les obstacles à la téléconsultation.....	30
3.6 Les motifs de recours à la téléconsultation.....	30
3.6.1 Le premier motif de recours à la téléconsultation.....	30
3.6.2 Le second motif de recours à la téléconsultation.....	31
3.7 Le profil des patients pris en charge.....	32
3.7.1 L'origine des patients.....	32
3.7.2 La tranche d'âge des patients.....	33
3.8 Les caractéristiques de la téléconsultation.....	33
3.8.1 L'accès à la téléconsultation.....	33
3.8.2 Les moyens de réalisation des téléconsultations.....	34
3.8.3 L'organisation de la téléconsultation.....	35

3.9 La pratique de la téléconsultation lors de l'étude	36
3.9.1 <i>La poursuite ou l'arrêt de la téléconsultation</i>	36
3.9.2 <i>Les raisons de l'arrêt</i>	37
3.10 La pratique de la téléconsultation après l'épidémie	37
3.10.1 <i>Les avis généraux</i>	37
3.10.2 <i>Les motifs des avis défavorables</i>	38
3.10.3 <i>Les motifs des avis favorables</i>	39
3.11 La télésurveillance	40
4 DISCUSSION	41
4.1 Échantillon et représentativité	41
4.2 Résultats globaux	41
4.2.1 <i>Une instauration massive</i>	41
4.2.1.1 <i>Seules quatre associations pratiquaient la téléconsultation avant l'épidémie</i>	41
4.2.1.2 <i>Près d'un quart des associations n'a pas exercé la téléconsultation</i>	42
4.2.1.3 <i>Plus des deux tiers des associations ont démarré la téléconsultation au début de l'épidémie</i>	42
4.2.1.4 <i>L'absence de corrélations : la volonté propre des associations</i>	42
4.2.1.5 <i>Les médecins principalement à l'initiative de l'instauration</i>	43
4.2.2 <i>Un essor multifactoriel</i>	44
4.2.2.1 <i>Le premier confinement et la désertion des cabinets médicaux</i>	44
4.2.2.2 <i>Le SARS-CoV-2 : premier motif de recours à la téléconsultation</i>	45
4.2.2.3 <i>La volonté des institutions médicales d'intégrer cette nouvelle pratique</i>	46
4.2.2.3.1 <i>L'allègement des conditions de recours</i>	46
4.2.2.3.2 <i>La prise en charge à 100% de la TCG : une incitation plébiscitée</i>	46
4.2.3 <i>La planification : le besoin d'uniformité</i>	47
4.2.3.1 <i>Une organisation définie mais non coordonnée</i>	47
4.2.3.2 <i>Un accès à la téléconsultation discutable</i>	47
4.2.3.3 <i>Des moyens de réalisation non explorés</i>	48
4.2.4 <i>Les obstacles : possibles ou impossibles à lever</i>	49
4.2.4.1 <i>L'absence d'examen clinique : l'obstacle majeur</i>	49
4.2.4.2 <i>La crainte de l'erreur médicale</i>	50
4.2.4.3 <i>Le manque de formation</i>	51
4.2.4.4 <i>La protection des données de santé : en cours d'évolution</i>	51
4.2.4.5 <i>Vers un encadrement des motifs de recours</i>	52
4.2.4.6 <i>Des inégalités du côté des patients</i>	53
4.2.4.6.1 <i>La surreprésentation d'une patientèle « jeune » et depuis le domicile</i>	53
4.2.4.6.2 <i>Internet et les outils numériques : un frein d'accès</i>	54
4.2.5 <i>L'impact relatif de la téléconsultation</i>	55
4.2.5.1 <i>Des taux faibles de téléconsultation</i>	55
4.2.5.2 <i>Une interruption précoce de la téléconsultation</i>	56
4.2.5.3 <i>Un avenir incertain hors épidémie actuelle</i>	57
4.2.5.3.1 <i>Les avis défavorables : des obstacles persistants</i>	58
4.2.5.3.2 <i>Les avis favorables : une demande des patients bien ancrée</i>	58
4.2.6 <i>La télésurveillance : utile au début de l'épidémie</i>	59
4.3 Forces et limites de l'étude	61
4.3.1 <i>Les forces de l'étude</i>	61
4.3.2 <i>Les limites de l'étude</i>	61
5 CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	69
<i>Annexe n°1 : Localisation des structures SOS Médecins en France</i>	69
<i>Annexe n°2 : Questionnaire en ligne</i>	70

<i>Annexe n°3 : Localisation des structures SOS Médecins ayant exercé la téléconsultation en début d'épidémie et leur zone d'activité</i>	<i>75</i>
<i>Annexe n°4 : Localisation des structures SOS Médecins ayant exercé la téléconsultation en début d'épidémie et leur taille (en effectifs de médecin)</i>	<i>76</i>
<i>Annexe n°5 : Localisation des structures SOS Médecins et leurs taux de téléconsultations depuis le début d'épidémie</i>	<i>77</i>
<i>Annexe n°6 : Localisation des structures SOS Médecins et leur pratique de la téléconsultation lors de l'enquête</i>	<i>78</i>
<i>Annexe n°7 : Localisation des structures SOS Médecins et leur avis sur la pratique de la téléconsultation hors épidémie</i>	<i>79</i>
<i>Annexe n°8 : Capacités des services de réanimation par départements (fin mars 2020) avec localisation des structures SOS Médecins et leur activité de téléconsultation.....</i>	<i>80</i>
<i>Annexe n°9 : La densité de médecins en activité par département en 2017 (nombre de médecins pour 100 000 habitants avec localisation des structures SOS Médecins et leur activité de téléconsultation</i>	<i>81</i>
<i>Annexe n°10 : Questionnaire initial type pour l'aide au diagnostic en téléconsultation face à des patients infectés par le SARS-CoV-2 (HAS, mars 2020)</i>	<i>82</i>
<i>Annexe n°11 : Arbre décisionnel - Suivi des patients COVID-19 en ambulatoire et place de l'oxymètre de pouls (HAS, avril 2021)</i>	<i>86</i>

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Taille des associations en effectif de médecins	25
Figure 2 : Zone d'activité des associations.....	26
Figure 3 : Évolution du recours à la téléconsultation	27
Figure 4 : Date de démarrage de la téléconsultation	27
Figure 5 : Proportion des actes de téléconsultation après le 24 janvier 2020.....	28
Figure 6 : Acteurs de la motivation de l'instauration de la téléconsultation	29
Figure 7 : Motifs de développement de la téléconsultation.....	29
Figure 8 : Les obstacles à la téléconsultation.....	30
Figure 9 : Premier motif de recours à la téléconsultation	30
Figure 10 : Premier motif de recours à la téléconsultation non lié au SARS-CoV-2.....	31
Figure 11 : Second motif de recours à la téléconsultation	32
Figure 12 : Population la plus fréquente en téléconsultation.....	32
Figure 13 : Tranche d'âge la plus fréquente des patients en téléconsultation.....	33
Figure 14 : Les différents accès à la téléconsultation	34
Figure 15 : Les caractéristiques d'accès à la téléconsultation	34
Figure 16 : Les moyens de réalisation des téléconsultations.....	35
Figure 17 : Noms des outils numériques employés	35
Figure 18 : L'organisation de la téléconsultation.....	36
Figure 19 : La pratique de la téléconsultation lors de l'enquête	36
Figure 20 : Les raisons de l'arrêt de la téléconsultation	37
Figure 21 : Les avis sur la pratique de la téléconsultation hors épidémie actuelle	37
Figure 22 : Répartition des avis concernant la pratique de la téléconsultation hors épidémie actuelle	38
Figure 23 : Motifs des associations défavorables à la pratique de la téléconsultation hors épidémie actuelle	39
Figure 24 : Motifs des associations favorables à la pratique de la téléconsultation hors épidémie actuelle	39
Figure 25 : La pratique de la télésurveillance	40
Figure 26 : Évolution de la proportion des actes réalisés par SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	45
Figure 27 : Évolution de la part de la téléconsultation dans l'activité des médecins généralistes entre janvier 2020 et août 2021	55

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée
ANS : Agence du Numérique en Santé
AP-AH : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
COVID-19 : Coronavirus Disease - 2019
CPTS : Communautés de Professionnelles Territoriales de Santé
CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
CSS ou **C2S** : Complémentaire Santé Solidaire
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FMC : Formation Médicale Continue
GRADeS : Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-Santé
HAS : Haute Autorité de Santé
HDS : Hébergement des Données de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé, et Territoires
IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MACSF : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
PGS-SIS : Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information en Santé
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
RT-PCR : Real Time – Polymerase Chain Reaction
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SMF : SOS Médecins France
SurSaUD® : Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès
TLC : Téléconsultation

1 INTRODUCTION

Depuis le premier cas d'infection par le virus SARS-CoV-2, découvert en Chine en décembre 2019, l'épidémie de COVID-19 (Coronavirus Disease – 2019) s'est répandue sur tous les continents, causant ainsi une crise sanitaire mondiale. Le 11 mars 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) annonçait une pandémie mondiale. De nombreux pays ont vu leur système de santé fortement perturbé par le flux croissant de patients présentant des symptômes de l'infection par le coronavirus.

Le réseau SOS Médecins France (SMF) est un des acteurs de la permanence de soins ambulatoires au niveau national. Comme tous les professionnels de santé du pays, l'épidémie a fortement affecté la pratique des équipes de SMF. L'instauration d'un confinement et la crainte du SARS-CoV-2 ont entraîné une certaine désertion des cabinets médicaux par les patients. Les hôpitaux, quant à eux, ont dû faire face à un afflux massif de malades touchés par le virus (1). Dans ce cadre, le Gouvernement français a assoupli les règles de réalisation des actes de télémedecine, dont la téléconsultation (TLC), principalement pour protéger les patients et les médecins des risques de contamination mais aussi pour éviter des retards de prise en charge. Les associations SOS Médecins ont dû réorganiser leur activité au quotidien et tenir compte de ce nouvel outil technologique dans leur pratique médicale.

Dès lors, quelle a été la pratique de la TLC chez SMF lors de l'épidémie de SARS-CoV-2 ?

Jusqu'à présent, aucun travail de recherche n'avait évalué l'évolution des pratiques de la TLC chez SOS Médecins avant et après le 24 janvier 2020, date des premiers cas d'infection au SARS-CoV-2 sur le territoire français. Cette thèse a pour but d'évaluer l'impact de la pandémie sur l'activité de la TLC au sein de SMF.

1.1 Télémédecine et téléconsultation

1.1.1 Historique

La télémédecine est une forme de pratique médicale permettant de réaliser des actes médicaux à distance. Au XVIIIe siècle par exemple, la consultation par échanges épistolaires était une pratique courante. Le patient écrivait ses symptômes au médecin et attendait que ce dernier lui envoie un *concilium*, écrit faisant une analyse de la maladie, précisant le diagnostic du médecin et les remèdes indiqués. Cependant, la durée d'acheminement du courrier ne permettait pas de traiter des maladies aux évolutions rapides (2).

Le développement d'outils de télécommunication plus élaborés comme le téléphone ou la radio a permis une accélération très importante de la transmission d'informations sur de longues distances. Les premiers services modernes de télémédecine ont pu ainsi être mis en place avec les numéros d'appels d'urgence et les services de téléassistance médicale par radiodiffusion. Internet est la technologie qui a permis le véritable essor de la télémédecine en assurant des échanges d'informations quasi instantanés.

À l'avenir, la télémédecine pourrait être un atout majeur, au niveau médical mais aussi économique, pour pallier certaines difficultés : vieillissement de la population, démographie médicale en baisse avec un accès aux soins plus difficile et des dépenses de santé en constante augmentation (3).

Plusieurs instances telles que la Haute Autorité de Santé (HAS), les Agences Régionales de Santé (ARS), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et l'Assurance Maladie ainsi que des industries du secteur numérique ont travaillé sur le sujet. Elles ont établi des priorités et ont cherché à inscrire les bases déontologiques et économiques de cette nouvelle pratique. De ce fait, la télémédecine est en plein essor actuellement en France avec une multiplication des projets sur le territoire.

1.1.2 Définition et cadre juridique

La télémédecine a été définie pour la première fois en France par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009, comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (4). Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine définit quant à lui les cinq catégories d'actes que regroupe la télémédecine (5) :

- **La téléconsultation** est destinée à des professionnels médicaux pour leur permettre de réaliser une consultation à distance avec un patient. Cet acte peut être utile, par exemple, pour traiter des patients atteints de maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, etc.) ou aiguës (pathologies infectieuses, etc.). Un autre acteur de santé peut être également présent au cours de la TLC pour, le cas échéant, assister le professionnel médical.

- **La téléexpertise** permet à des professionnels médicaux de solliciter à distance l'avis d'un confrère du fait de sa formation ou de ses compétences particulières, pour la prise en charge d'un patient.
- **La télésurveillance** est utilisée par des professionnels de santé afin d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et de prendre si besoin des décisions relatives à sa prise en charge. Les données peuvent avoir été recueillies par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- **La téléassistance** permet à des professionnels médicaux d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- **La régulation** est la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L.6311-2 du Code de la santé publique.

Depuis 2010, un plan national de déploiement de la télémédecine a été lancé par le ministère de la Santé ayant pour but de développer son usage. Ce plan a permis de définir cinq priorités : la téléradiologie, la télémédecine relative aux accidents vasculaires cérébraux, la télémédecine appliquée à la santé des personnes détenues, la prise en charge de maladies chroniques, les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile. Par la suite, de nombreuses expérimentations ont été financées par les ARS. Ces initiatives, qui ont montré que les professionnels de terrain étaient convaincus par l'intérêt de la télémédecine, ont conduit à la construction de plateformes régionales de télémédecine maintenues par des Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS) (6). En 2018, les actes de TLC et de téléexpertise sont désormais reconnus par l'Assurance Maladie et le cadre expérimental est, dès lors, abandonné. En effet, l'article n°54 de la Loi de financement de la Sécurité sociale de 2018 a introduit le remboursement de la TLC par l'Assurance Maladie. Cette évolution a permis l'entrée sur le marché de nombreux acteurs du secteur privé proposant des plateformes et des services de télémédecine. Ces plateformes permettent ainsi de mettre directement en relation le patient avec son médecin. Par ailleurs, le décret du 13 septembre 2018 a assoupli le cadre réglementaire de la TLC et a permis d'ouvrir ce type d'acte médical à tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, leur mode d'exercice (libéral, hospitalier ou salarié), leur secteur conventionnel ou leur place dans le parcours de soins (médecin traitant ou médecin de second recours).

Durant la pandémie de COVID-19, la HAS a encouragé le recours à la TLC afin de limiter les risques de contamination liés à la propagation du virus et d'assurer une continuité des soins (7). Dans ce contexte, des mesures dérogatoires aux conditions habituelles de pratique de la télémédecine ont été mises en place (Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020) (8). On peut citer notamment les mesures suivantes :

- La dérogation à la connaissance préalable des patients et du respect du parcours de soins pour les malades atteints ou suspectés d'infection par le SARS-CoV-2.
- La prise en charge à 100 % des TLC pour les patients atteints ou suspectés d'infection par le virus (9,10).

1.1.3 L'organisation

La mise en place de la TLC nécessite une organisation spécifique à ce type de pratique médicale. La HAS recommande d'utiliser la vidéotransmission comme outil principal pour la réalisation des TLC. Un professionnel médical souhaitant pratiquer des TLC doit disposer préférentiellement (7) :

- D'outils de télécommunication pour la vidéotransmission (ordinateur ou tablette équipés d'une caméra et d'un microphone) ainsi qu'une connexion Internet pouvant supporter le flux vidéo.
- D'outils informatiques sécurisés destinés à l'échange, le partage et le stockage de données médicales (résultats d'examens, données d'imagerie, ordonnances, prescriptions médicales, etc.).

Diverses solutions techniques sont disponibles pour effectuer les TLC : logiciels ou applications, plateformes en ligne, cabines, chariots ou malles médicales de TLC. L'organisation des consultations à distance nécessite également une planification des rendez-vous. Une fois celui-ci validé par le médecin et le patient, ils pourront ensuite se mettre en contact pour réaliser la TLC.

1.2 SOS Médecins et l'épidémie de SARS-CoV-2

1.2.1 Présentation de SOS Médecins France

SOS Médecins a été créé en 1966 à Paris, par le médecin généraliste Marcel Lascar, suite au décès d'un de ses patients n'ayant pas pu joindre un médecin un samedi après-midi. Marcel Lascar décida de regrouper au sein d'une association nommée Groupement Médical des médecins acceptant de se déplacer au domicile des patients en dehors des horaires habituels. L'association prendra par la suite le nom de SOS Médecins. Peu à peu, d'autres structures ont été établies en dehors de la région parisienne. Créée en 1982, SMF a énormément évolué. Il s'agit aujourd'hui d'une Fédération regroupant soixante-trois associations (loi 1901) réparties sur tout le territoire national, en métropole et en Outre-Mer (Annexe n°1). Ces associations constituent un réseau d'urgence et de permanence de soins, dans lequel l'activité de leurs médecins est principalement axée sur les visites au domicile des patients.

SMF travaille en collaboration avec les différentes instances et institutions, notamment via une convention avec le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) – Centre 15 pour assurer en ambulatoire la permanence des soins. Ce dispositif de permanence de soins est destiné à répondre aux demandes de soins non programmés des patients. Elle couvre les périodes en dehors des horaires usuels d'ouverture des cabinets des médecins libéraux (les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés).

SMF constitue ainsi le premier réseau d'urgence et de permanence de soins en France et réalise 70% de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et semi-urbain. La majorité des actes est réalisée la nuit et durant les week-ends et jours fériés (11). La Fédération SMF joue également un rôle de régulation médicale via différents centres d'appels SOS Médecins. SMF a aussi développé une activité de consultation de jour en cabinet médical, pratiquée aux horaires habituels. Elle se compose essentiellement d'actes de soins non programmés permettant de compenser en partie le manque de médecins assurant des soins ambulatoires en France. Enfin, les associations SOS Médecins s'inscrivent au sein du système de surveillance syndromique français nommé SurSaUD® (Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès). Ce système a été créé dans le but de détecter des événements inattendus et recouvre 86% de l'activité des services d'urgence en France, 90% de l'activité de SOS Médecins et 80 % des décès quotidiens (12).

Plus d'un millier de médecins travaillent au sein des diverses structures SOS Médecins. Ils exercent en libéral et sont conventionnés en secteur 1. Chaque année, la Fédération SMF prend en charge six millions d'appels et trois millions d'interventions à domicile ou en consultation en cabinet médical (11,13).

1.2.2 L'épidémie de SARS-CoV-2 et son impact sur l'activité médicale

La propagation du virus SARS-CoV-2 a été à l'origine d'une crise sanitaire au niveau mondial. Dans de nombreux pays, les structures hospitalières ont été rapidement dépassées devant le flux continu de patients présentant des troubles respiratoires liés au virus. Face à cette situation, diverses mesures de protection sanitaire ont été développées pour contrer l'avancée du virus (gestes barrières, mesures de confinement, etc.).

La gestion de la pandémie a également entraîné de profonds remaniements dans les pratiques médicales. Pour de nombreux médecins cela s'est notamment traduit par un essor de la TLC. Une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a montré, par exemple, que les trois quarts des médecins généralistes ont mis en place des TLC depuis l'épidémie (14). Ces résultats sont également en accord avec la littérature internationale : aux États-Unis, la télémédecine a connu une forte croissance peu de temps après le début de l'épidémie (15) ; en Grande-Bretagne, une étude de Joy M. portant sur la prise en charge des personnes âgées par les centres de soins primaires a montré que les consultations en cabinet médical avaient baissé de 64,6% et les visites à domicile de 62% alors que le recours aux TLC avait doublé durant la première vague de l'épidémie (16). Certains analystes prévoient, d'ici 2025, une augmentation importante du nombre de TLC, avec une croissance attendue sur 5 ans de 38,2 % (17).

L'Assurance Maladie et l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont établi une série d'indicateurs destinés à évaluer en temps réel l'évolution de l'accès aux soins, notamment lors d'événements sanitaires majeurs. L'étude de ces indicateurs a mis en avant, dans cette région et au cœur du premier confinement, une chute des actes médicaux de 23% pour les médecins généralistes et de 46% pour les autres spécialités.

En contrepartie, un essor important de la TLC a été enregistré dans cette région durant le premier confinement puisque 55% des médecins généralistes et 40% des autres spécialités y ont eu recours. En France, les TLC ont représenté près de 30% des actes des médecins généralistes et un tiers des actes des autres spécialités pendant le pic de l'épidémie. Cependant, cette activité a ensuite chuté et elle ne concernait plus que 4% des actes globaux en juillet 2020 (18).

Ces résultats montrent que l'épidémie a certes permis un déploiement rapide de la TLC mettant en avant les atouts de cette pratique, mais révèlent également ses limites pouvant freiner sa pérennisation. Certaines études ont montré que la TLC a permis, entre autres, d'assurer des soins tout en limitant les risques de contamination liés à la propagation du virus (19).

La plupart des médecins ont aussi apprécié le fait que la télémedecine puisse offrir de nouvelles opportunités pour améliorer la qualité des soins dispensés mais ils ont aussi souligné des changements dans leur relation avec les patients à travers cet outil. La TLC pourrait, par exemple, avoir un impact négatif sur la communication médecin-patient, ce qui pourrait affecter la prise en charge (20). L'utilisation de la TLC entraîne également d'autres difficultés pour les médecins : d'après les résultats d'une étude de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) de 2019, plus de la moitié des praticiens estimait que l'examen clinique en présentiel restait souvent ou systématiquement indispensable (21).

1.2.3 La téléconsultation chez SOS Médecins France lors de l'épidémie de SARS-CoV-2

Lors de l'apparition du SARS-CoV-2 en France, nous avons constaté un changement dans l'organisation au sein de SOS Médecins Dijon avec la mise en place de la TLC. En quelques semaines l'association s'est adaptée pour démarrer cette nouvelle pratique. D'autres associations, quant à elles, la pratiquaient déjà.

Concernant l'activité de la TLC chez SMF, l'étude du Dr Lamotte a montré qu'avant l'épidémie, les associations SOS médecins qui effectuaient de la TLC la pratiquaient à un taux compris entre 0% et 25%. Durant la première vague de l'épidémie, 82% des structures ont maintenu ce taux d'activité. Par ailleurs, une part non négligeable des associations n'a pas développé d'activité de TLC (22%). Parmi les structures ayant augmenté leur pratique de la TLC, seules 12,5% d'entre elles affichaient des taux compris entre 25 et 50%. Ces résultats soulignent la faible croissance de cette pratique chez SMF pendant l'épidémie. Toujours selon cette étude, l'organisation des TLC chez SMF a majoritairement été réalisée par la mise en place d'une ligne de garde dédiée aux TLC (36%) ou secondairement par l'intégration des TLC à l'activité de consultation au cabinet médical (32%). Enfin ces travaux ont montré que la télémedecine a représenté l'outil principal de suivi des patients infectés par le virus. Ces patients ont alors bénéficié d'une TLC pour 38% d'entre eux ou d'un suivi par rappel téléphonique pour 35% (22).

L'étude en question, non axée précisément sur la TLC, dévoile cependant certains éléments à mettre en relation avec les données de notre enquête et d'autres ouvrent visiblement la voie à notre analyse.

1.3 Sujet de la présente étude

Notre travail est réalisé afin de donner suite à la thèse d'exercice du D^r Lamotte publiée en 2020 et visant à caractériser l'adaptation des associations SOS Médecins face à la pandémie de SARS-CoV-2. Cette même étude s'intéressait aux comportements adoptés depuis le 24 janvier 2020 (date officielle d'apparition des premiers cas de COVID-19 sur le territoire français) jusqu'au 11 mai 2020 (date du déconfinement). Elle a permis de souligner la réactivité des associations SOS Médecins face à une situation d'urgence sanitaire nouvelle mais a aussi soulevé la nécessité d'une valorisation de cette pratique afin d'optimiser la prise en charge des patients (22). Toutefois, cette enquête n'a globalement abordé que brièvement la pratique de la TLC chez SMF.

Notre étude présente un intérêt professionnel car certaines structures SOS Médecins pratiquaient déjà la TLC et de ce fait, avaient une certaine expérience dans ce domaine. Récolter et analyser leur retour d'expérience pourrait être bénéfique pour les autres associations.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Objectif de l'étude

L'hypothèse de départ est que l'arrivée du SARS-CoV-2 en France a contraint les associations SOS Médecins à réorganiser leur activité afin d'initier, pérenniser ou améliorer la pratique de la TLC au sein de leurs structures.

Notre étude a pour objectif principal de quantifier l'évolution de la pratique de la TLC chez SMF. Les objectifs secondaires de l'étude sont d'identifier les motifs et obstacles du recours à la TLC, de caractériser les moyens mis en œuvre pour l'accès et l'organisation de l'activité de TLC, et enfin, d'évaluer la pérennité de cette pratique au sein des structures SOS Médecins après l'épidémie.

2.2 Type d'étude

Une étude quantitative, descriptive et rétrospective a été réalisée grâce à une enquête de pratique par questionnaire auto-administré (Annexe n°2).

2.3 Population étudiée

Le questionnaire a été envoyé aux Présidents des associations SMF, soit un total de 63 associations en 2021.

Le seul critère d'inclusion était d'être le Président d'une association SOS Médecins appartenant à la Fédération SMF. Ce sont ces représentants qui, étant au cœur des structures, ont été le plus en mesure de répondre aux questions posées. Il n'existait pas de critère d'exclusion.

2.4 Questionnaire

Celui-ci a été coréalisé avec la directrice de thèse. Les données ont été recueillies par un auto-questionnaire en ligne.

Sa création s'est faite sur le site Internet de sondage en ligne Survey Monkey®, accessible depuis n'importe quel navigateur.

Le questionnaire traitait des éléments suivants :

- Caractéristiques des associations SOS Médecins
- Évolution de l'activité de TLC
- Motifs et obstacles du déploiement et de la croissance de l'activité de TLC
- Profil des patients reçus en TLC
- Moyens techniques utilisés pour l'accès et la mise en place des TLC
- Pérennisation de l'activité de TLC
- Activité de télésurveillance

Il était composé de 26 questions : 14 questions fermées à choix multiples, 7 questions fermées simples et 5 questions ouvertes. Les questions à choix multiples intégraient la plupart du temps un choix « Autre » à réponse libre. Un branchement conditionnel, en fonction des réponses des participants, permettait d'éviter les questions qui ne les concernaient pas. Par exemple si la TLC n'avait été pratiquée ni avant ni après le 24 janvier 2021, le participant se voyait proposer directement la dernière question qui finalisait le questionnaire.

Le questionnaire a été testé, avant envoi, par dix médecins dont certains étaient rattachés à SOS Médecins mais sans être Présidents de leur structure.

La Commission scientifique de SMF ayant validé le questionnaire finalisé, la diffusion s'est faite le 2 juillet 2021. L'ensemble des Présidents des 63 associations de la Fédération SMF l'ont reçu par courriel professionnel, avec un court texte explicatif en préambule.

Un délai initial d'un mois a été demandé. Un rappel a été nécessaire le 11 août 2021 avec une prolongation jusqu'au 10 septembre 2021, date de fin de participation.

La durée moyenne du temps de réponse au questionnaire était de 6 minutes.

2.5 Recueil des données

Les réponses au questionnaire ont été collectées sur le site Internet Survey Monkey®. L'exportation sur Excel® a fourni un tableau des données des réponses : les lignes correspondant aux réponses d'une structure et les colonnes aux questions. L'absence de réponse à une question se traduisait par une case vide dans le tableur.

Dans notre analyse, nous nous sommes concentrés uniquement sur le nombre de réponses complétées. De ce fait, nous n'avons pas pris en compte l'absence de réponses (cases vides). En effet, leur nombre étant situé entre N=1 et N=3, à l'exception de la question n°19 relative au type d'interface utilisé (N=8) et le nom de cet outil (N=16), leur non prise en compte influence peu l'analyse des résultats.

2.6 Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée avec Excel® en exprimant les variables qualitatives en pourcentages ou en effectifs.

3 RÉSULTATS

3.1 Taux de réponse

Au total 57 réponses au questionnaire ont été recueillies. Le taux de réponse global est de 95%.

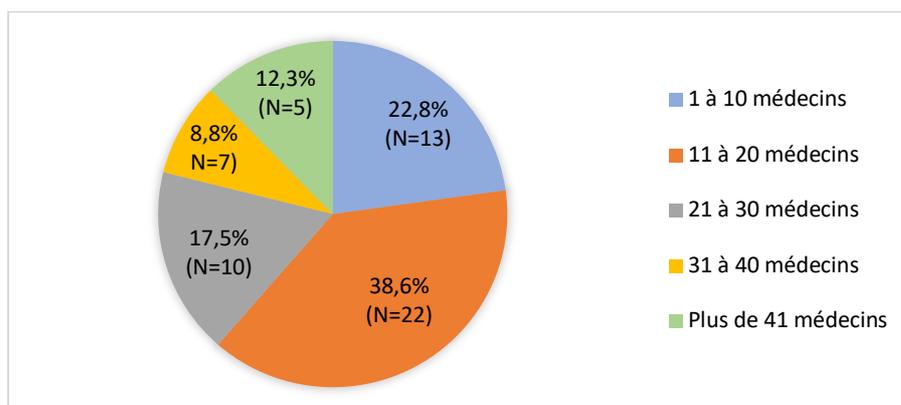
Une réponse unique a été apportée par les 4 associations de Paris (Grand Paris, Hauts-de-Seine, Seine Saint Denis et Val de Marne). D'après le Président qui a rempli le questionnaire, ces structures sont coordonnées et leur organisation est similaire. Pour les analyses statistiques, il a été tenu compte que cette réponse exprimait une moyenne de ces 4 associations, comptabilisée finalement comme une seule réponse.

3.2 Caractéristiques des associations

3.2.1 Taille des associations

Pour la plus grande partie des associations, l'effectif en médecins (titulaires et remplaçants) était compris entre 11 et 20, soit 38,6% (N= 22) des 57 répondants. Ensuite, viennent les associations qui comptaient entre 1 et 10 médecins, soit 22,8% (N=13) des répondants. Puis, celles dont l'effectif se situait entre 21 à 30 médecins, soit 17,5% (N=10) des répondants. Les plus grosses associations, qui avaient un effectif supérieur à 41 médecins, représentaient 12,3% (N=7) des répondants. Enfin, on retrouve celles dont l'effectif en médecins était compris entre 31 et 40 médecins, soit 8,8% (N=5) des répondants.

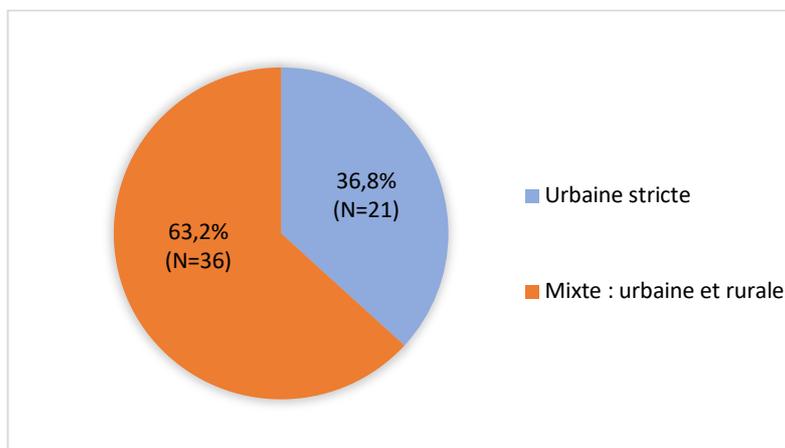
Figure 1 : Taille des associations en effectif de médecins



3.2.2 Zone d'activité des associations

Les associations de SOS Médecins sont majoritairement situées en zone mixte (urbaine et rurale), soit 63,2% (N=36) des 57 répondants. Le reste des structures est situé en zone urbaine stricte, soit 36,8% (N= 21) des répondants.

Figure 2 : Zone d'activité des associations



3.3 L'activité de téléconsultation

3.3.1 Avant et après le 24 janvier 2020

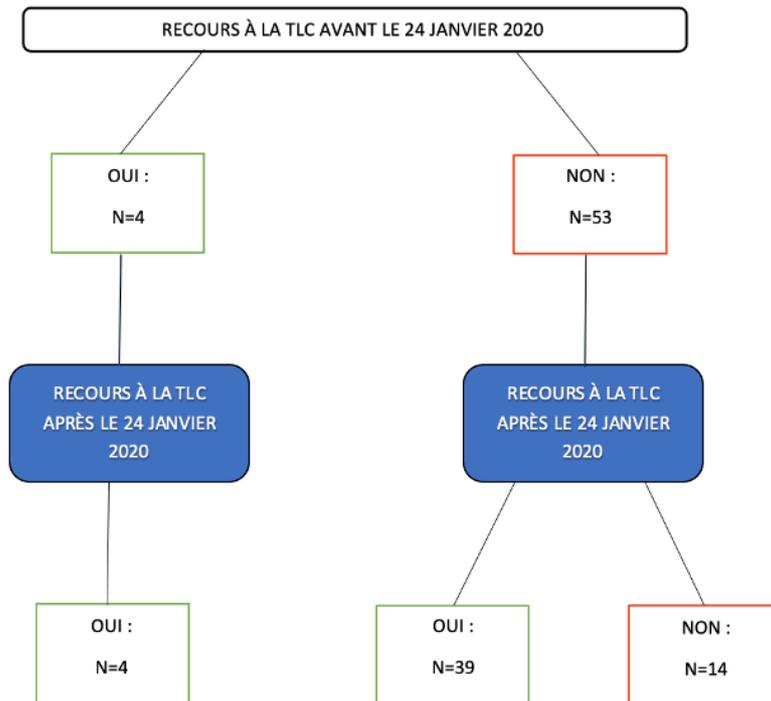
Avant le 24 janvier 2020, la majorité des structures n'effectuait pas de TLC, soit 93% (N=53) des répondants. De ce fait, les associations ayant mis en place la TLC avant le 24 janvier 2020 ont représenté 7% (N=4) des répondants.

Après le 24 janvier 2020, la majorité des associations a déclaré avoir pratiqué la TLC, soit 75,4% (N=43) des répondants. De ce fait, les structures qui n'ont jamais pratiqué la TLC (ni avant ni après le 24 janvier 2020) ont représenté 24,6% (N=14) des répondants.

La majorité des associations a commencé la pratique de la TLC après le 24 janvier 2020, soit 68,4% (N=39) des répondants.

Les associations qui pratiquaient la TLC avant le 24 janvier 2020 ont toutes poursuivi cette activité après cette date, soit 100% (N=4).

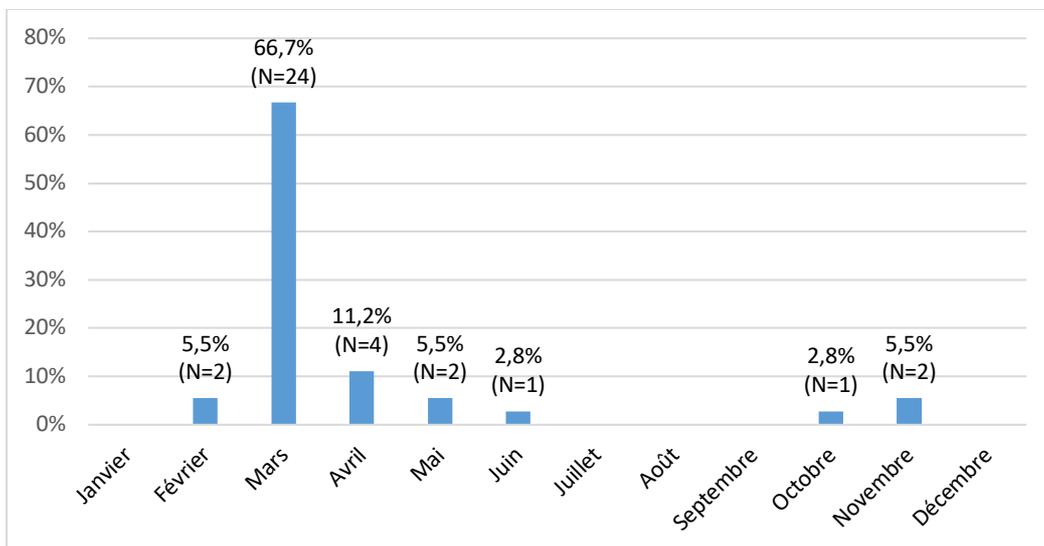
Figure 3 : Évolution du recours à la téléconsultation



3.3.2 Date de démarrage de la téléconsultation

Parmi les associations qui ont commencé la TLC après le 24 janvier 2020, la majorité qui a répondu (36 sur 39) a démarré cette pratique en mars 2020, soit 66,7% (N=24) des répondants. Puis viennent celles qui ont initié cette pratique en avril 2020, soit 11,11% (N=4). L’instauration de la TLC sur les autres mois de l’année 2020 a été minoritaire ; elle est représentée sur la figure 4.

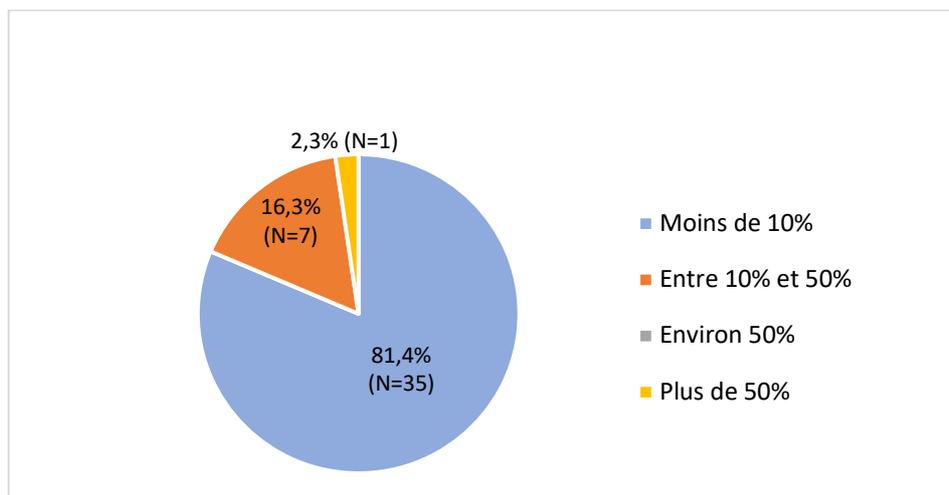
Figure 4 : Date de démarrage de la téléconsultation (année 2020)



3.3.3 Proportion d'activités en téléconsultations

La majorité des 43 structures exerçant la TLC après le 24 janvier 2020 l'ont pratiquée à moins de 10% de tous leurs actes, soit 81,4% (N=35). Puis viennent les associations qui pratiquaient la TLC à hauteur de 10% à 50% de leurs actes totaux, soit 16,3% (N=7). Enfin, les structures dont la proportion de TLC se situait à plus de 50% de leurs consultations, soit 2,3% (N=1).

Figure 5 : Proportion des actes de téléconsultation après le 24 janvier 2020



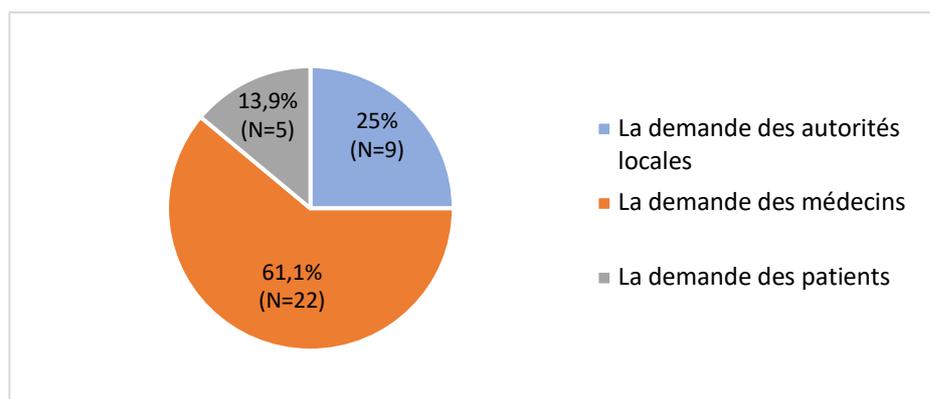
Avant le 24 janvier 2020, toutes les structures qui exerçaient la TLC (N=4) la pratiquaient pour moins de 10% de leurs consultations, soit 100% (N=4). Au début de l'épidémie, cette proportion des TLC est restée, pour ces quatre structures, à moins de 10% de leurs consultations, soit 100% (N=4).

3.4 Le développement de la téléconsultation

3.4.1 Les acteurs de la motivation de l'instauration de la téléconsultation

La majorité des 36 structures qui a répondu (sur 39) a indiqué que l'instauration de la TLC a été principalement motivée par la demande des médecins, soit 61,1% (N=22). Viennent ensuite les associations dont l'instauration de la TLC a été principalement motivée par la demande des autorités locales, soit 25% (N=9). Et, enfin, les structures dont l'instauration de la TLC a été principalement motivée par la demande des patients, soit 13,9% (N=5).

Figure 6 : Acteurs de la motivation de l'instauration de la téléconsultation

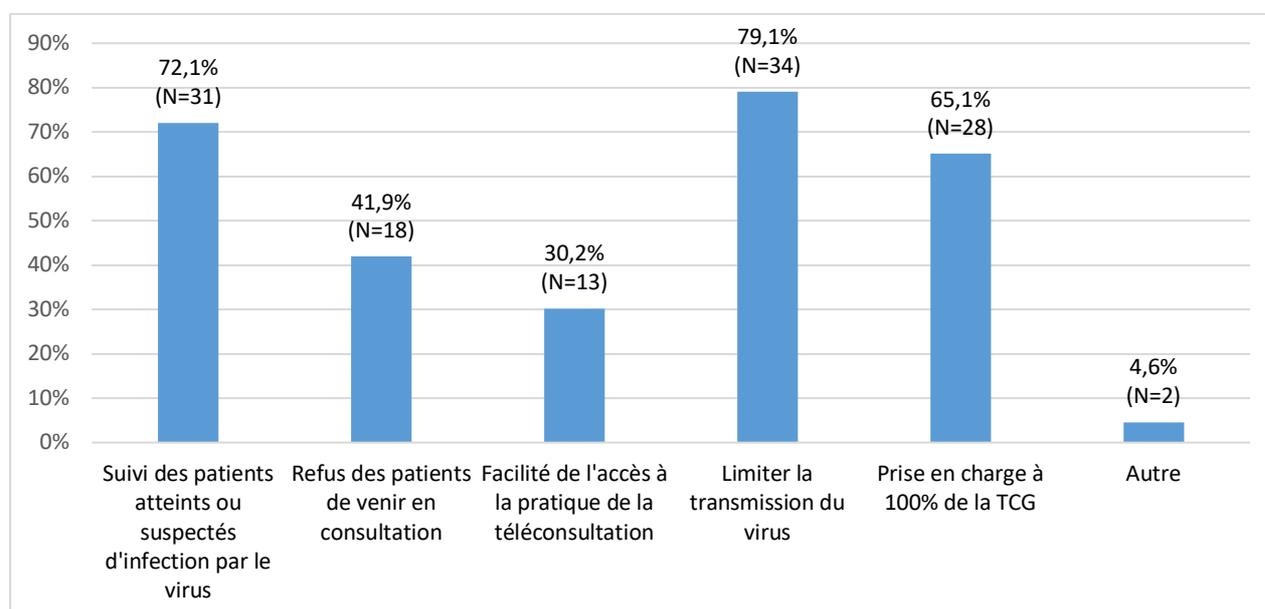


Concernant les quatre structures qui exerçaient la TLC avant le 24 janvier 2020, il leur a été demandé quel acteur a principalement motivé l'augmentation de leur pratique de la TLC : la demande des médecins a été une principale motivation pour 50% (N=2) et la demande des patients pour 50% (N=2).

3.4.2 Les motifs de développement

Depuis le début de l'épidémie, le motif principal de développement de la TLC a été la volonté de limiter la transmission du virus, cité par 79,1% (N=34) des 43 répondants. Vient ensuite le suivi des patients atteints ou suspectés d'infection par le virus, cité par 72,1% (N=31) des répondants. S'ensuit la prise en charge à 100% de la cotation « TCG » par l'Assurance Maladie, citée par 65,1% (N=28) des répondants. Le refus des patients de venir en consultation a été cité quant à lui par 41,9% (N=18) des répondants, suivi par la facilité d'accès à la pratique de la TLC, citée par 30,2% (N=13) des répondants. Enfin, la réponse « Autre » a été indiquée par 4,6% (N=2) des répondants qui ont évoqué la « forte demande des patients ».

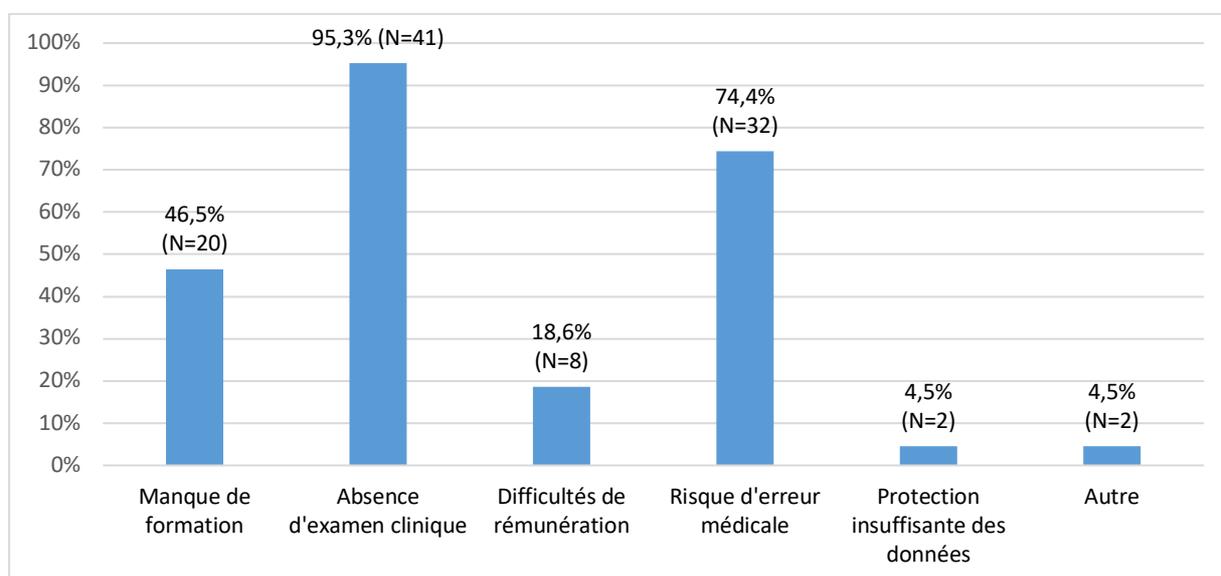
Figure 7 : Motifs de développement de la téléconsultation (sur Nrépondants=43)



3.5 Les obstacles à la téléconsultation

L'obstacle principal à la TLC est l'absence d'examen clinique, cité par 95,3% (N=41) des 43 répondants. Ensuite, vient le risque d'erreur médicale, citée par 74,4% (N=32) des répondants. Puis arrive le manque de formation en TLC, cité par 46,5% (N=20) des répondants. Nous retrouvons ensuite les difficultés de rémunérations de la pratique, citées par 18,6% (N=8) des répondants. S'ensuit la protection des données insuffisantes, citée par 4,5% (N=2) des répondants. Enfin, la réponse « Autre » a été indiquée par 4,5% (N=2) des répondants qui ont rapporté des obstacles à la TLC liés à des « difficultés techniques » et des « bugs fréquents de certains logiciels ».

Figure 8 : Les obstacles à la téléconsultation (sur Nrépondants=43)

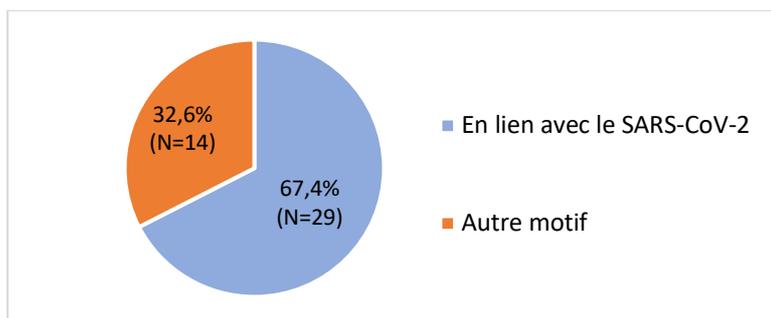


3.6 Les motifs de recours à la téléconsultation

3.6.1 Le premier motif de recours à la téléconsultation

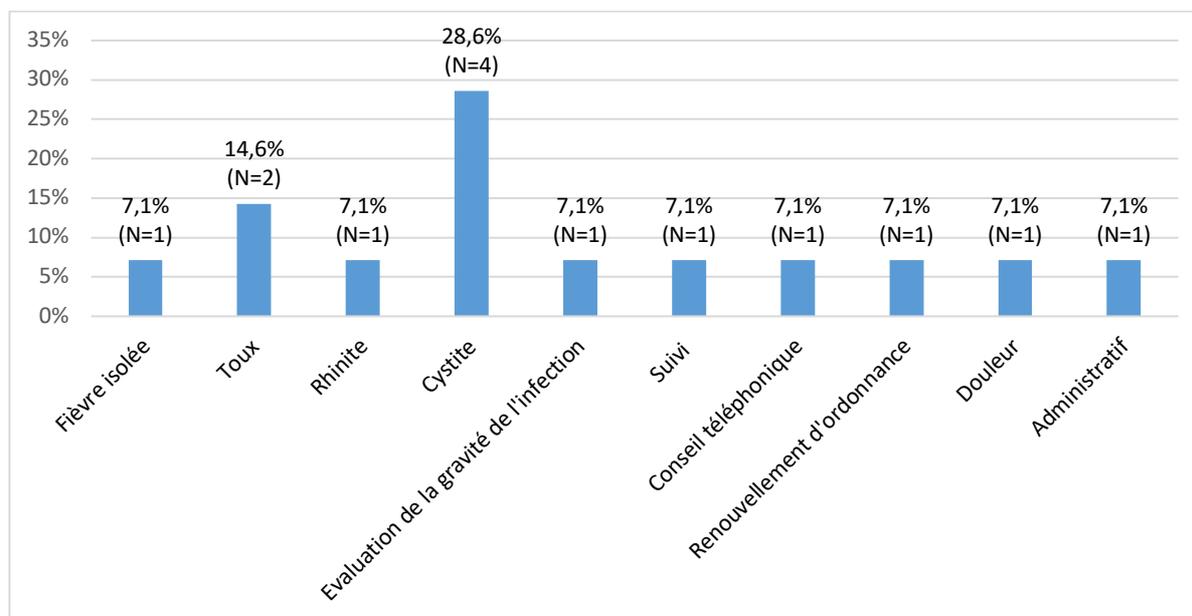
La majorité des 43 associations interrogées ont déclaré que depuis le début de l'épidémie, le premier motif de recours à la TLC était en lien avec le SARS-CoV-2, soit 67,4% (N=29) des répondants.

Figure 9 : Premier motif de recours à la téléconsultation



Au contraire, 32,6% (N=14) des associations ont estimé que le premier motif de recours à la TLC était autre. Pour ces structures, le principal motif était la cystite à 28,6% (N=4), puis la toux à 14,6% (N=2). Les autres motifs correspondaient chacun à 7,1% (N=1) des réponses : « fièvre isolée » ; « rhinite » ; « évaluation de la gravité de l'infection » ; « suivi » (sans précision) ; « conseil téléphonique » ; « renouvellement d'ordonnance » ; « douleur » (sans précision) ; « motif administratif ».

Figure 10 : Premier motif de recours à la téléconsultation non lié au SARS-CoV-2

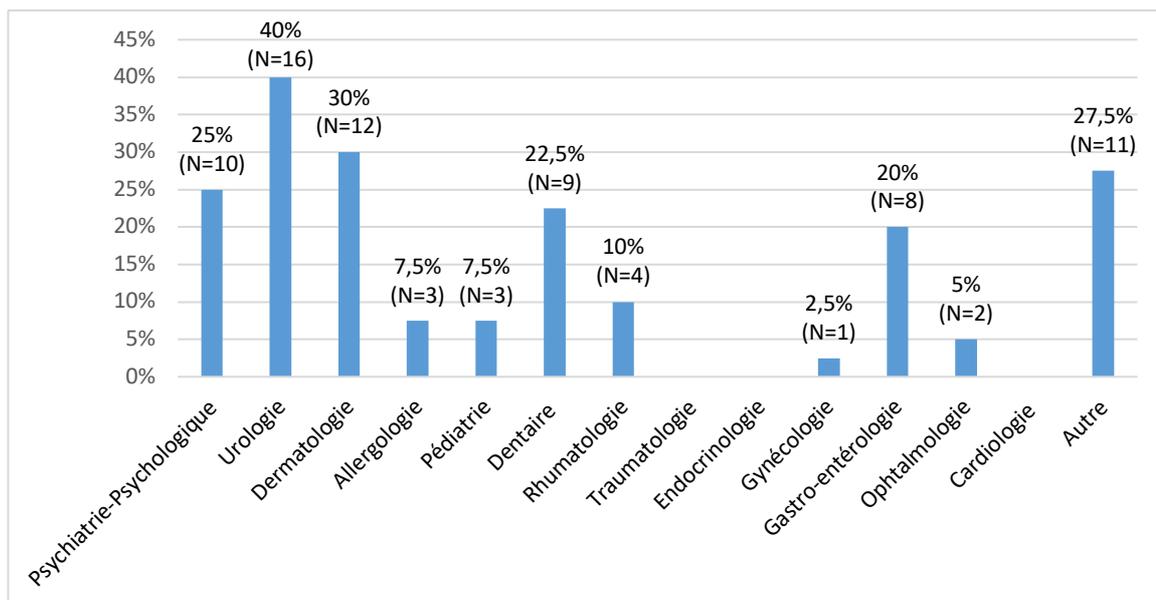


3.6.2 Le second motif de recours à la téléconsultation

Les répondants pouvaient sélectionner plusieurs seconds motifs de recours à la TLC depuis le début de l'épidémie.

Le second motif de TLC le plus fréquent était le motif urologique, cité par 40% (N=16) des 40 répondants (sur 43). Les autres seconds motifs les plus fréquents étaient le motif dermatologique pour 30% (N=12) des répondants, le motif psychiatrique-psychologique pour 25% (N=10) des répondants, le motif dentaire pour 22,5% (N=9) des répondants et le motif gastroentérologique pour 20% (N=8) des répondants. Les motifs allergologiques, pédiatriques, rhumatologiques, gynécologiques et ophtalmologiques étaient minoritaires et leurs pourcentages sont représentés dans la figure 11. Les motifs non exprimés par les associations étaient les suivants : traumatologiques, endocrinologiques et ophtalmologiques. Les motifs « Autre » correspondent à 27,5% (N=11) des répondants et ont été cités en texte libre : « pas de motif secondaire car utilisation de la TLC seulement si lien avec le SARS-CoV-2 » (N=5) ; « motifs oto-rhino-laryngologique » (N=3) ; « motif pulmonaire » (N=1) ; « motif gériatrique » (N=1) ; « demande de conseils » (N=1).

Figure 11 : Second motif de recours à la téléconsultation (sur Nrépondants=40)

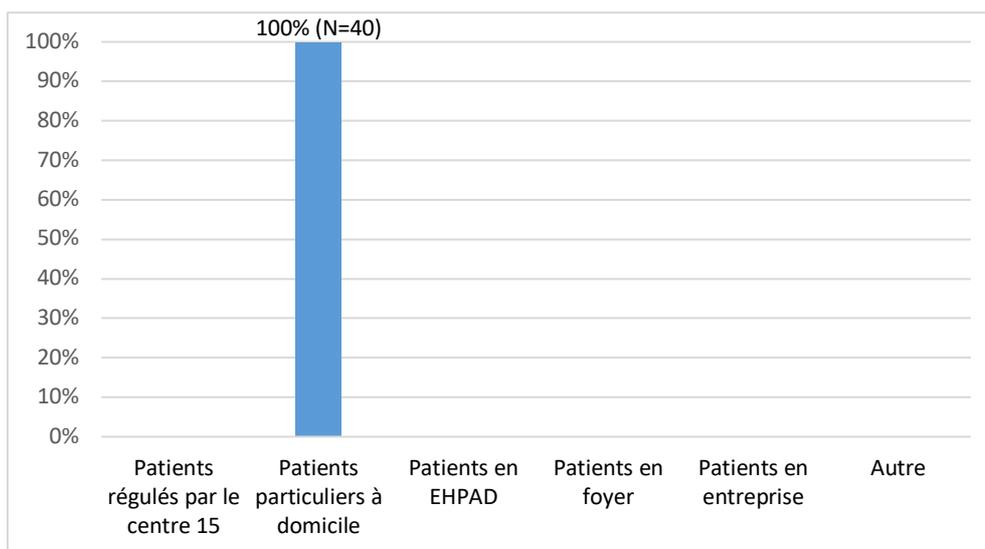


3.7 Le profil des patients pris en charge

3.7.1 L'origine des patients

Toutes les associations qui ont répondu à la question (40 sur 43) ont indiqué que depuis le début de l'épidémie les patients les plus fréquents en TLC ont été les patients particuliers à leur domicile, soit 100% des répondants.

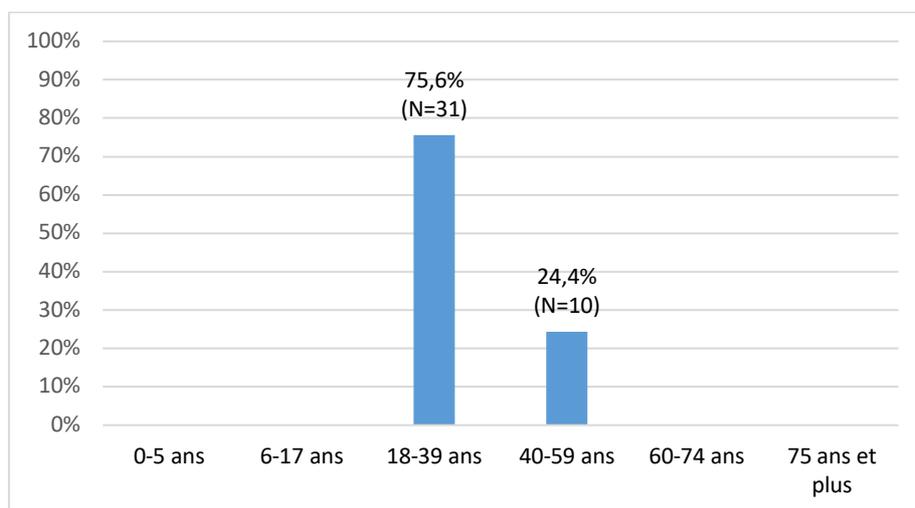
Figure 12 : Population la plus fréquente en téléconsultation



3.7.2 La tranche d'âge des patients

La majorité des associations qui ont répondu (41 sur 43) a indiqué que depuis le début de l'épidémie, la tranche d'âge la plus fréquente en TLC était celle des 18-39 ans, soit 75,6% (N=31) des répondants. On trouve ensuite la tranche d'âge des 40-49 ans, pour 24,4% (N=10) des répondants.

Figure 13 : *Tranche d'âge la plus fréquente des patients en téléconsultation*



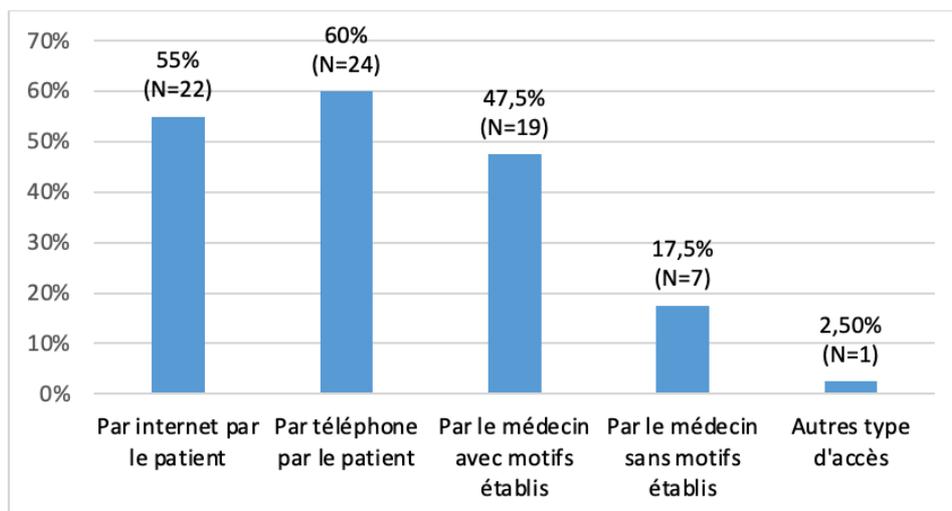
3.8 Les caractéristiques de la téléconsultation

3.8.1 L'accès à la téléconsultation

Plusieurs manières d'accéder à la TLC étaient parfois possibles, selon les structures.

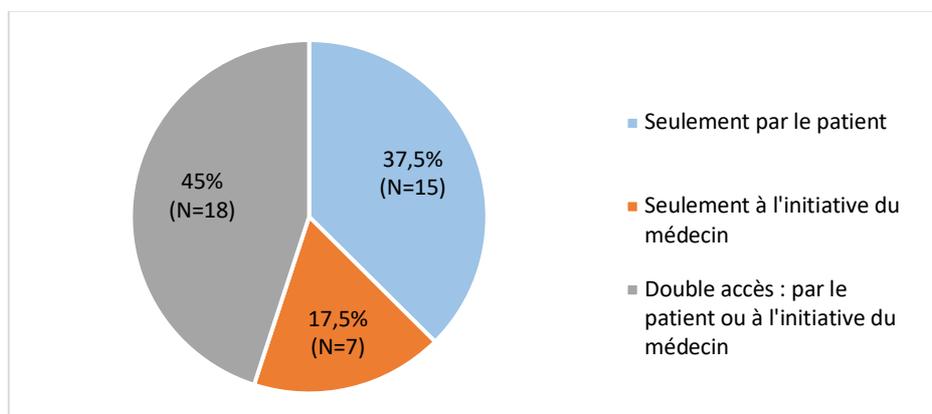
Parmi les moyens d'accès à la TLC depuis le début de l'épidémie, les associations qui ont répondu (40 sur 43) ont principalement proposé un accès possible par téléphone par le patient, soit 60% (N=24) des répondants. Puis, viennent les structures dont l'accès à cette pratique était possible par Internet par le patient, soit 55% (N=22) des répondants. S'ensuit les associations dont l'accès pouvait se faire à l'initiative du médecin avec motifs préétablis, soit 47,5% (N=19) des répondants. Une minorité des structures avait un accès possible à la TLC par le médecin sans motifs préétablis, soit 17,5% (N=7) des répondants. Enfin, une association a répondu « Autre type d'accès » et a mentionné un « accès libre pour les patients sans motifs médicaux établis », soit 2,5% (N=1) des répondants.

Figure 14 : Les différents accès à la téléconsultation (sur Nrépondants=40)



Parmi les caractéristiques d'accès à la TLC, les associations qui ont répondu (40 sur 43) ont principalement proposé un double accès (par le patient ou à l'initiative du médecin), soit 45% (N=18) des répondants. Puis, viennent les associations qui ont laissé un accès à la TLC uniquement par le patient, soit 37,5% (N=15) des répondants. Et enfin, les structures dont l'accès à la TLC était strictement à l'initiative du médecin, soit 17,5% (N=7) des répondants.

Figure 15 : Les caractéristiques d'accès à la téléconsultation

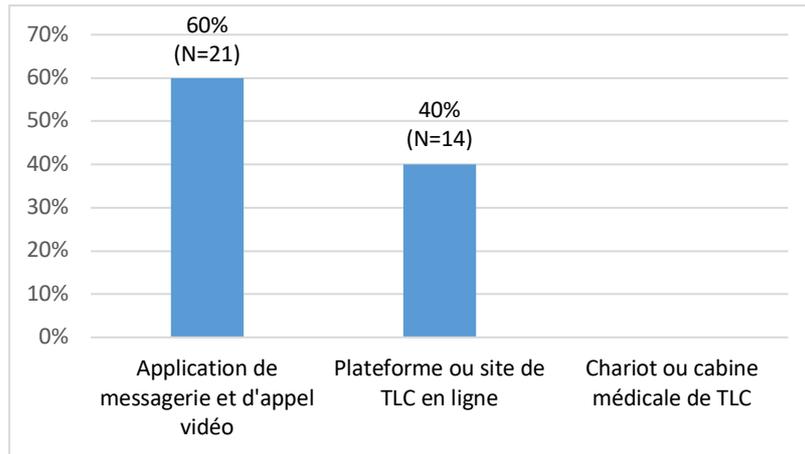


Les associations qui ont principalement établi au préalable des motifs de TLC, que ce soit pour la prise de rendez-vous par le patient (par téléphone ou par Internet) ou pour un accès à l'initiative du médecin, ont représenté 92,5% (N=37) des répondants.

3.8.2 Les moyens de réalisation des téléconsultations

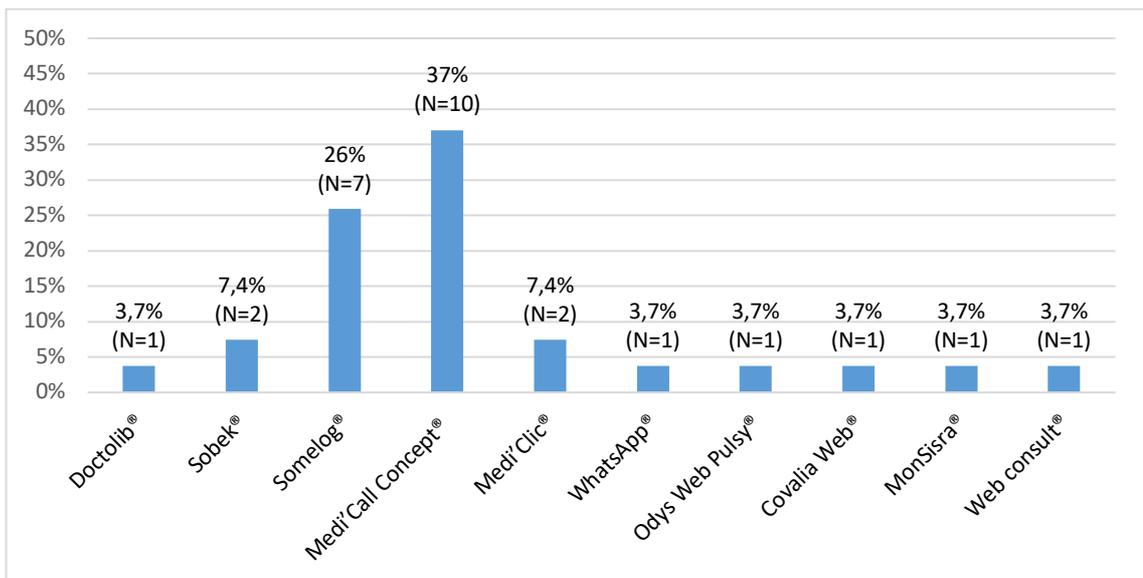
Sur les 35 associations (sur 43) ayant répondu à la question, la majorité a utilisé comme moyen de réalisation des TLC une application de messagerie et d'appel vidéo, soit 60% (N=21). Le restant des structures utilisait une plateforme ou un site de télémédecine en ligne, soit 40% (N=14) des répondants. Aucune structure n'a utilisé de chariot ou de cabine médicale de TLC. Quelques associations ont déclaré utiliser aussi bien une application qu'une plateforme Internet, soit 5,7% (N=2) des 35 répondants.

Figure 16 : Les moyens de réalisation des téléconsultations



La principale interface utilisée pour la TLC était Medi'Call Concept®, citée par 37% (N=10) des 27 répondants (sur 43). La deuxième était Somelog®, citée par 26% (N=7) des répondants. Les autres interfaces numériques citées sont répertoriées dans la figure 17 et on ne retrouve qu'un ou deux répondants pour chacune.

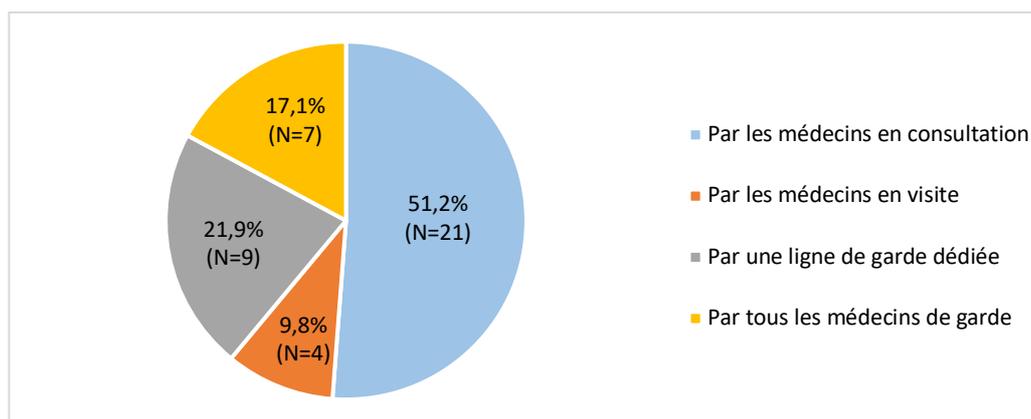
Figure 17 : Noms des outils numériques employés (sur Nrépondants=27)



3.8.3 L'organisation de la téléconsultation

Au début de l'épidémie, les associations ont majoritairement fait pratiquer de la TLC à la ligne de garde des médecins en consultation au cabinet médical, soit 51,2% (N=21) des 41 répondants (sur 43). Des structures ont, quant à elles, aménagé une ligne de garde dédiée à la TLC, soit 21,9% (N=9) des répondants. D'autres associations ont fait pratiquer les TLC par tous les médecins en garde, soit 17,1% (N=7) des répondants. Enfin, 9,8% (N=4) des répondants ont fait réaliser les TLC par les médecins en visite.

Figure 18 : L'organisation de la téléconsultation



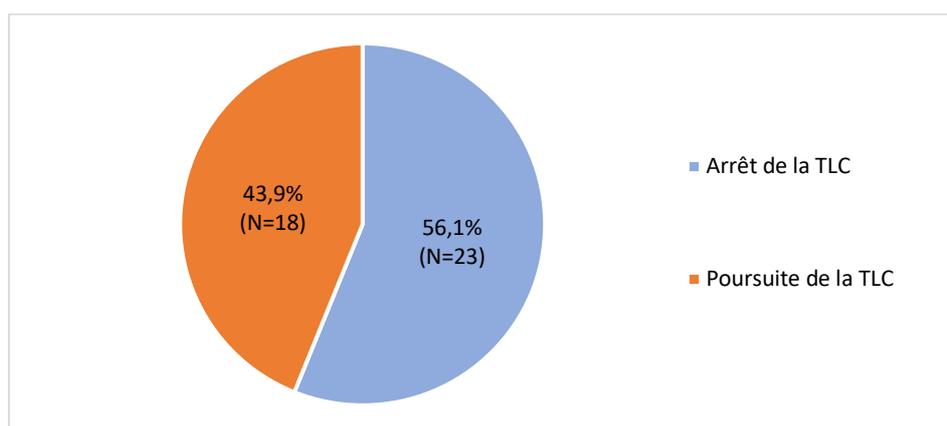
3.9 La pratique de la téléconsultation lors de l'étude

3.9.1 La poursuite ou l'arrêt de la téléconsultation

Les associations ont été questionnées sur leur pratique de la TLC au moment de l'enquête (entre le 2 juillet et le 10 septembre 2021).

La majorité des associations a arrêté de réaliser des actes de TLC au moment de l'enquête, soit 56,1% (N=23) des 41 répondants (sur 43). Et donc, 43,9% (N=18) des répondants ont continué la TLC au moment de l'enquête.

Figure 19 : La pratique de la téléconsultation lors de l'enquête



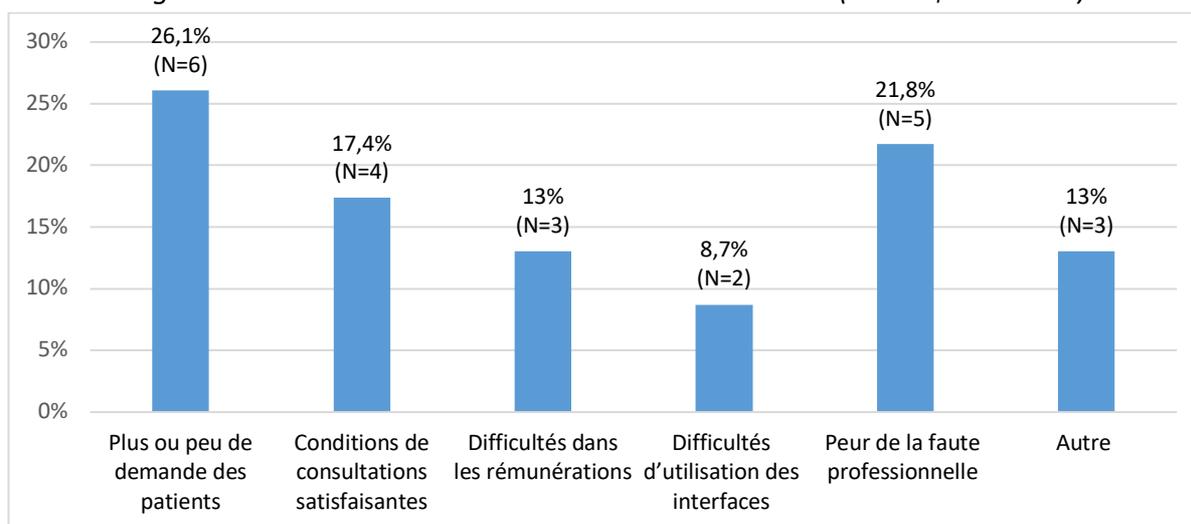
Les associations ayant commencé la TLC après le 24 janvier 2020 avaient majoritairement arrêté cette activité au moment de l'enquête, soit 62,3% (N=23).

Les quatre structures qui réalisaient déjà des actes de TLC avant le 24 janvier 2020 ont toutes continué cette pratique.

3.9.2 Les raisons de l'arrêt

Le principal motif d'arrêt de la TLC était la baisse ou l'arrêt de la demande des patients, cité par 26,1% (N=6) des 23 répondants. La peur de la faute professionnelle a été citée par 21,8% (N=5) des répondants. Le retour à des conditions de consultation satisfaisantes a été mentionné par 17,4% (N=4) des répondants. Les difficultés de rémunération ont été citées par 13% (N=3) des répondants. Les difficultés d'utilisation des interfaces ont été exprimées par 8,7% (N=2) des répondants. La réponse « Autre » a été mentionnée par 13% (N=3) des répondants avec en texte libre les raisons suivantes : « faute de temps » ; « trop grand nombre de consultations au cabinet » ; « conditions de visites satisfaisantes ».

Figure 20 : Les raisons de l'arrêt de la téléconsultation (sur Nrépondants=23)

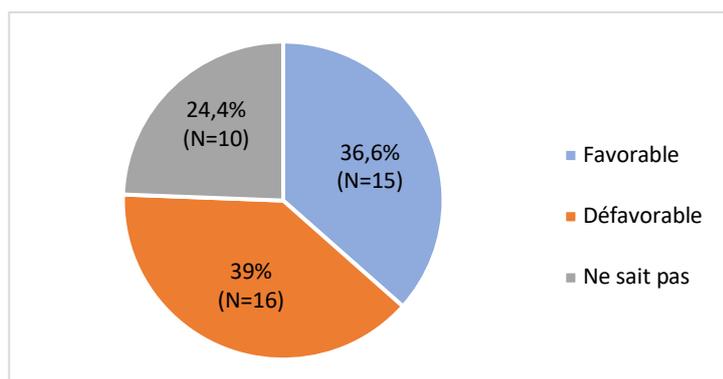


3.10 La pratique de la téléconsultation après l'épidémie

3.10.1 Les avis généraux

Concernant l'activité de la TLC une fois l'épidémie terminée, 39% (N=16) des 41 répondants (sur 43) y étaient défavorables et 36,6% (N=15) y étaient favorables. Les structures qui ont indiqué ne pas savoir correspondaient à 24,4% (N=10) des répondants.

Figure 21 : Les avis sur la pratique de la téléconsultation hors épidémie actuelle

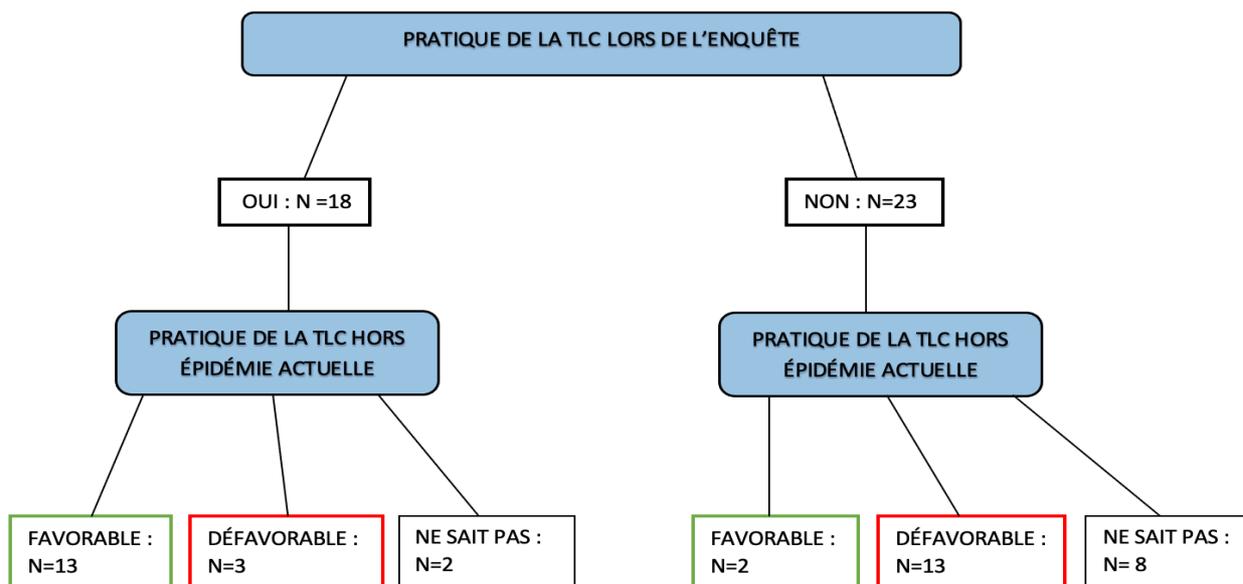


Les 23 structures qui n'exerçaient plus la TLC lors de l'enquête, étaient majoritairement défavorables à la pratique de la TLC une fois l'épidémie terminée, soit 56,5% (N=13).

Les 18 structures qui ont maintenu la TLC lors de l'enquête étaient majoritairement favorables à la TLC une fois l'épidémie terminée, soit 72,2% (N=13).

Les 10 structures qui ont répondu « Ne sait pas » avaient majoritairement arrêté la TLC au moment de l'enquête, soit 80% (N=8)

Figure 22 : Répartition des avis concernant la pratique de la téléconsultation hors épidémie actuelle

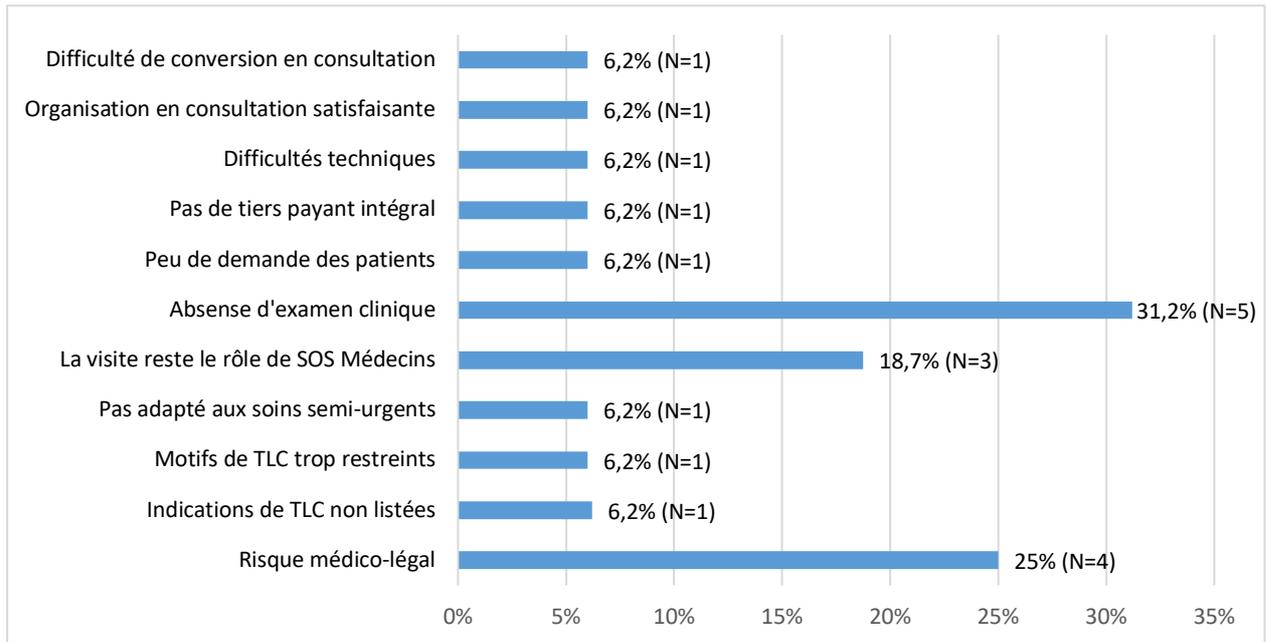


3.10.2 Les motifs des avis défavorables

Pour les 16 associations ayant un avis défavorable à la poursuite de la TLC après la fin de l'épidémie, une question ouverte permettait de recenser leurs motifs.

Le motif principal était l'absence d'examen clinique, cité par 31,2% (N=5) des répondants. Le risque médico-légal était évoqué par 25% (N=4). Puis, le motif que « la visite est le rôle de SOS Médecins » a été exprimé par 18,7% (N=3) des répondants. D'autres réponses ont été évoquées par les répondants et sont représentées dans la figure 23. Elles étaient toutes à 6,2% (N=1).

Figure 23 : Motifs des associations défavorables à la pratique de la téléconsultation hors épidémie actuelle (sur Nrépondants=16)

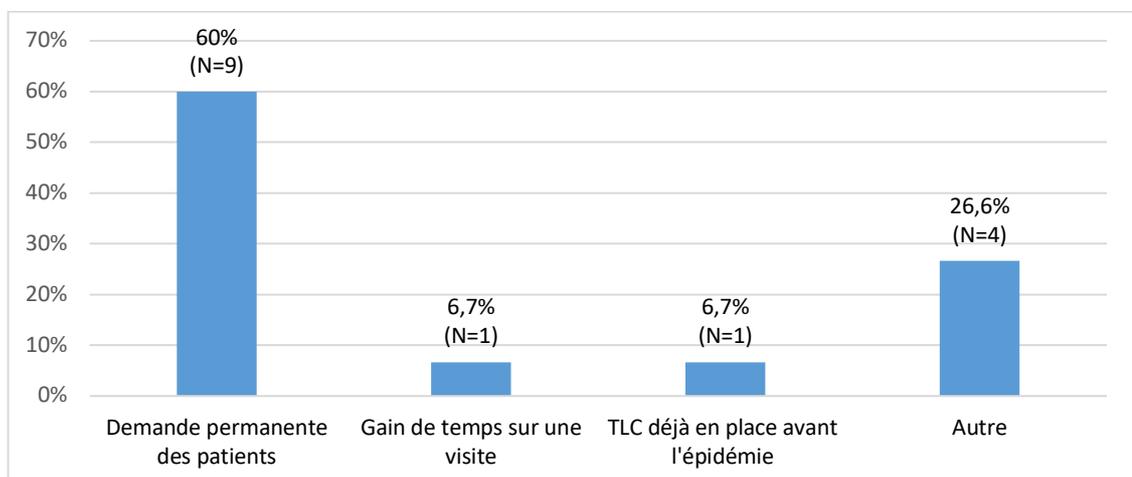


3.10.3 Les motifs des avis favorables

Parmi les 15 associations ayant un avis favorable, le motif majeur de la pratique de la TLC après la fin de l'épidémie était la demande permanente des patients, soit 60% (N=9). Le gain de temps sur une visite à domicile a été évoqué par 6,7% (N=1) des répondants. Le motif de continuation de la TLC avec pour raison qu'elle était déjà en place avant l'épidémie a été mentionné par une seule structure, soit 6,7% (N=1) des répondants.

Les réponses « Autre » ont été données par 26,6% (N=4) des répondants. Elles étaient mentionnées en texte libre (avec pour toutes N=1) : « projet EHPAD en cours » ; « extension de la zone de garde » ; « offre globale aux patients » ; « motifs adaptés et TLC de suivi ».

Figure 24 : Motifs des associations favorables à la pratique de la téléconsultation hors épidémie actuelle (sur Nrépondants=15)

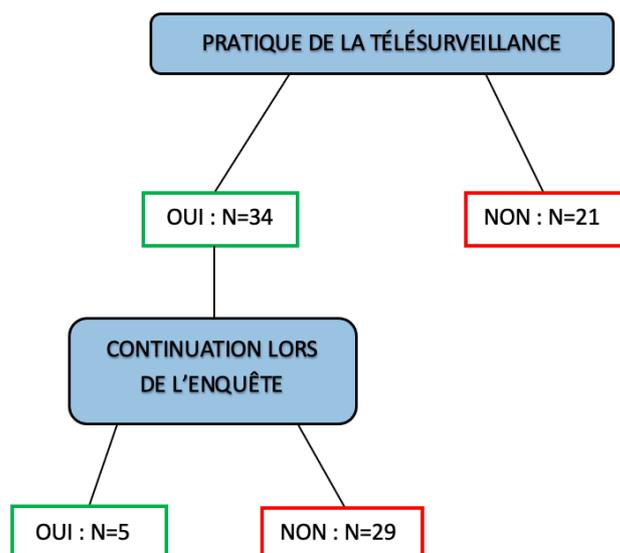


3.11 La télésurveillance

La télésurveillance a été pratiquée par 61,8% (N=34) des 55 structures ayant répondu (sur 57). De ce fait, 38,2% (N=21) des répondants ne l'ont donc jamais pratiquée.

La majorité des 34 structures ayant réalisé de la télésurveillance ont indiqué avoir arrêté cette pratique lors de l'enquête, soit 85,3% (N=29) et les autres ont poursuivi cette pratique, soit 14,7% (N=5).

Figure 25 : La pratique de la télésurveillance



Parmi les 14 associations n'ayant pas pratiqué la TLC, ni avant ni après le 24 janvier 2020, la majorité n'avait pas non plus pratiqué la télésurveillance, soit 71,4% (N=10). Les quatre autres structures l'avaient pratiquée mais avaient indiqué l'avoir arrêtée lors de l'enquête, soit 28,6% (N=4).

4 DISCUSSION

4.1 Échantillon et représentativité

Le taux de participation pour cette étude est de 95%. Seules trois associations n'ont pas répondu au questionnaire. Cette participation élevée confère aux données de notre étude un caractère représentatif de l'activité des associations SMF.

4.2 Résultats globaux

4.2.1 Une instauration massive

L'objectif principal de cette étude était de quantifier l'évolution de l'activité de TLC dans les associations de la Fédération SMF avant et après le 24 janvier 2020.

À partir du 24 janvier 2020, l'instauration de la TLC a connu un essor considérable au sein des équipes de SOS Médecins. Avant cette date, cette activité était très peu développée et concernait seulement 7% des structures. Selon l'enquête de l'ANS de 2019, 13% de médecins avaient déjà pratiqué la TLC avant l'épidémie (21). Après la date du 24 janvier 2020, notre étude a révélé que 75,4% des associations ont réalisé des actes de TLC, démontrant ainsi le caractère massif de l'instauration de cette nouvelle pratique chez SMF. La pandémie de SARS-CoV-2 a constitué un facteur de diffusion de la consultation à distance dans les structures SOS Médecins où celle-ci était inexistante. L'intégration de la TLC s'est faite, pour la plupart des associations, au début de l'épidémie. Ce constat est étayé par les données de la littérature qui mettent en avant le basculement majeur et vélocité des médecins vers la TLC à l'arrivée du SARS-CoV-2 (15). Nous pouvons aussi donner d'autres résultats de la même enquête de l'ANS : plus de 75% des médecins généralistes ont instauré la TLC dans le contexte épidémique, alors que 86% d'entre eux n'avaient jamais eu recours à la télé-médecine lors de cette étude de 2019 (21).

4.2.1.1 Seules quatre associations pratiquaient la téléconsultation avant l'épidémie

Sur les quatre associations qui avaient déjà mis en place une activité de TLC avant le 24 janvier 2020, nous avons recueilli des informations relatives aux raisons de cette pratique précoce seulement pour l'une d'entre elles. Cette dernière a mis en place la TLC dans le but de résoudre des problématiques liées à la désertification médicale dans son agglomération dont la moitié des médecins allait partir sous peu à la retraite (23). Cependant, le CNOM indique que la TLC ne doit pas être une mesure de compensation du déficit de médecins mais que cette pratique peut faciliter l'accès aux soins dans certaines situations (24).

Concernant les trois autres associations, nous observons qu'elles ne se trouvent pas dans des départements à densité médicale faible (Annexe n°9). Seulement, par manque de données supplémentaires, nous ne pouvons pas étayer notre analyse sur les raisons qui ont poussé ces structures à pratiquer la TLC avant la pandémie.

4.2.1.2 Près d'un quart des associations n'a pas exercé la téléconsultation

Quatorze structures (24,6%) n'ont pas exercé la TLC ni avant, ni après le 24 janvier 2020. Malgré le contexte épidémique et les confinements successifs, ces associations n'ont pas adopté cette pratique. Selon l'enquête de l'ANS, 35% des médecins interrogés en 2019 estimaient qu'ils n'auraient jamais recours à la télémedecine (21).

Nous avons tenté de trouver des éléments permettant de comprendre la raison de cette absence de développement au sein de ces quatorze structures : six d'entre elles (42,9%) étaient pourtant situées dans des zones fortement touchées par le SARS-CoV-2 au début de la pandémie (Annexe n°8) ; leurs zones d'exercice étaient autant mixte (urbaine et rurale) que strictement urbaine ; seules trois de ces associations (21,4%) étaient implantées dans des départements à densité médicale faible (Annexe n°9) ; leur effectif en médecins comptait aussi bien des petites structures (1 à 10 médecins) que des grandes (plus de 41 médecins). L'absence de relations entre ces éléments dans la non-pratique de la TLC nous amène à faire l'hypothèse d'un choix délibéré, propre à ces structures et réalisé de manière autonome et indépendante. Cette hypothèse sera étayée plus tard, en miroir des raisons qui ont poussé les associations à instaurer la TLC, puis à pérenniser ou non cette pratique.

4.2.1.3 Plus des deux tiers des associations ont démarré la téléconsultation au début de l'épidémie

Plus des deux tiers des associations (68,4%) ont commencé la TLC après le 24 janvier 2020. Cet essor, comme nous le développerons ultérieurement, nous semble directement lié à la présence importante du SARS-CoV-2, aux réponses politiques apportées dès le début du premier confinement et à l'arrivée précipitée de multiples outils de vidéoconférence.

4.2.1.4 L'absence de corrélations : la volonté propre des associations

Les données recueillies nous ont poussés à tenter d'établir des corrélations. Voici la liste des liens statistiques recherchés :

- Corrélation entre la taille des structures et le recours à la TLC
- Corrélation entre la typologie du territoire d'action des structures (urbain strict ou mixte urbain-rural) et le recours à la TLC
- Corrélation entre les structures se trouvant dans des départements fortement touchés par le virus lors de la première vague et le recours à la TLC

- Corrélation entre les structures se trouvant dans des départements à faible densité de médecins en activité et le recours à la TLC
- Corrélation entre la taille des structures et le taux de TLC
- Corrélation entre la typologie du territoire d'action des structures et le taux de TLC
- Corrélation entre les structures se trouvant dans des départements fortement touchés par le virus lors de la première vague et le taux de TLC
- Corrélation entre les structures se trouvant dans des départements à faible densité de médecins en activité et le taux de TLC
- Corrélation entre la taille des structures et la date d'établissement de la TLC
- Corrélation entre la typologie du territoire d'action des structures et la date d'établissement de la TLC
- Corrélation entre les structures se trouvant dans des départements fortement touchés lors de la première vague et la date d'établissement de la TLC
- Corrélation entre les structures se trouvant dans des départements à faible densité de médecins en activité et la date d'établissement de la TLC

Malheureusement, ces tentatives de recherche se sont avérées infructueuses et aucun lien statistique n'a pu être établi. Quelques exemples d'absences de corrélations ont ainsi été mis en forme et sont représentés dans les annexes n°3 à n°9. Ceci étaye notre hypothèse déjà signalée précédemment et que nous développerons par la suite : la mise en place de la TLC serait principalement due à l'initiative des associations, indépendante de facteurs extérieurs autres que le premier confinement et les limitations de déplacement pour la population française.

4.2.1.5 Les médecins principalement à l'initiative de l'instauration

Les résultats de notre étude ont montré que l'instauration de l'activité de TLC a été principalement motivée par la demande des médecins (61,1%). Ce constat souligne le rôle décisif des médecins au sein de leurs associations dans le changement de pratique professionnelle.

Seul un quart des structures a déclaré que les autorités locales (ARS, SAMU - Centre 15, etc.) étaient principalement à l'initiative de l'instauration de la TLC. Outre le fait de souligner à nouveau l'indépendance des structures SOS Médecins dans l'instauration de nouvelles pratiques médicales, ce constat nous amène à soulever le besoin de développer des partenariats avec celles-ci, comme l'ont montré les travaux du D^r Lamotte. Il y est révélé que malgré le fait que l'épidémie ait développé ou renforcé les liens des associations SOS Médecins avec le SAMU - Centre 15 pour 42,9% et avec les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) pour 21,4%, d'autres partenariats mériteraient d'être consolidés ou instaurés, comme ceux avec les Communautés de Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (22). Ces dernières sont constituées d'un ensemble de professionnels de santé d'un même territoire souhaitant s'organiser, à leur initiative, autour de projets de santé pour répondre à des problématiques identifiées.

La télémedecine fait partie de certains de ces projets et la CPTS des Monts du Lyonnais, entre autres, a déjà développé la TLC et a coordonné la mise en place de cette pratique dans plusieurs EHPAD de son large territoire (25).

À propos des liens avec les EHPAD, le développement de consultations à distance via des cabines ou chariots pourrait être déployé pour soulager les urgences en évitant des transferts évitables de patients. Nous aborderons ce sujet par la suite.

Concernant les liens avec le SAMU - Centre 15, la mise en place d'un basculement de certains appels après régulation et pour des situations compatibles, vers une TLC avec un praticien de SOS Médecins, pourrait être un élément de réponse permettant de désengorger leur plateforme d'appels.

4.2.2 Un essor multifactoriel

4.2.2.1 Le premier confinement et la désertion des cabinets médicaux

Sur un plan chronologique, l'instauration de l'activité de TLC coïncide avec la mise en place, du premier confinement, le 17 mars 2020. En effet, les deux tiers des associations (66,7%) ont démarré cette activité durant ce mois de mars 2020. Par la suite, les déploiements de cette pratique ont ralenti. Ces données démontrent la réactivité des structures SOS Médecins à revoir leurs modes d'exercices en développant une nouvelle pratique médicale tout en réorganisant leur activité. Cette dynamique a aussi été observée sur le plan national montrant l'afflux massif des médecins vers la TLC : environ cinq millions d'actes ont été enregistrés durant les mois de mars et avril 2020 contre moins de 40 000 en février 2020, selon l'Assurance Maladie (26).

La demande a été forte pour les patients, avec près d'un Français sur dix en 2020 ayant eu recours à la TLC depuis le début de l'épidémie (27). Ces chiffres peuvent trouver une explication dans le refus des patients de venir en consultation. En effet, selon un sondage de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) de mars 2020, 85% des Français étaient inquiets pour leur santé ou celle de leur famille, mettant en avant la crainte de contracter le virus ou de le transmettre à leurs proches (28). Combiné aux restrictions de déplacement (malgré l'attestation pour motif de santé), il a été constaté, selon la DREES, une chute de 28% des consultations en soins primaires au début du premier confinement avec comme conséquence une certaine désertion des cabinets médicaux (29). En outre, dans notre étude, le refus des patients de venir en consultation a été cité comme motif de développement de la TLC pour 41,9% des associations.

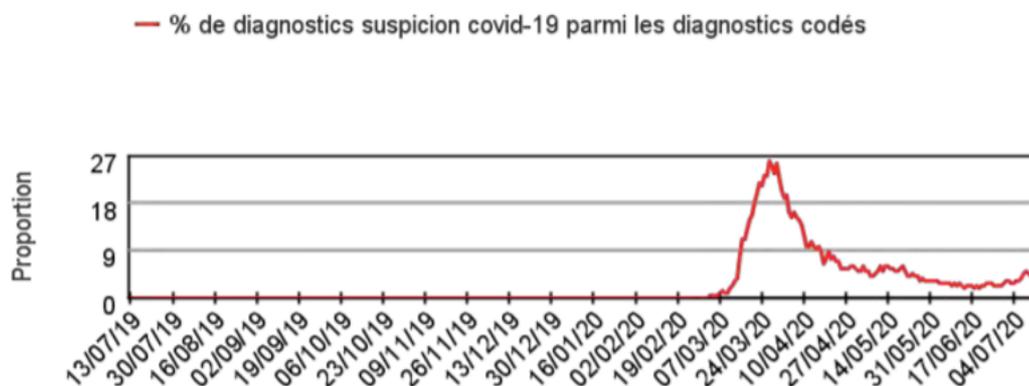
Une publication américaine analysant les changements au niveau des services de santé durant la pandémie souligne que le recours massif aux plateformes de télémedecine durant l'épidémie était principalement dû aux restrictions liées au premier confinement et au risque permanent d'exposition au virus des patients et du personnel de santé (30). Par ailleurs, l'étude de Allaneau A. a montré la contribution de la TLC dans la prise en charge d'un grand nombre de patients qu'il aurait été difficile d'accueillir autrement (31).

Alors que la télémédecine peinait à se développer, le premier confinement a donc été un facteur déterminant dans l'essor de l'instauration de la TLC. En effet, les restrictions de déplacements, l'inquiétude élevée de la population et les connaissances scientifiques encore balbutiantes vis-à-vis du virus ont favorisé l'utilisation de la consultation à distance.

4.2.2.2 Le SARS-CoV-2 : premier motif de recours à la téléconsultation

Le premier motif de recours à la TLC depuis le début de l'épidémie est, de façon attendue, en lien avec le virus du SARS-CoV-2 pour plus des deux tiers des associations (67,4%). Ce sont d'ailleurs majoritairement la limitation de la transmission du SARS-CoV-2 (79,1%) et le suivi des patients atteints ou suspectés d'infection par le virus (72,1%) qui ont été rapportés par les associations comme les raisons de développement de la TLC. Les praticiens de SOS Médecins ont de ce fait cherché à répondre aux inquiétudes des patients et à contribuer à limiter la transmission et la propagation du virus. Ce constat est aussi relevé par l'étude de la DREES qui montre que sept médecins sur dix ont mis en place la TLC pour le diagnostic et la prise en charge des patients concernés par le virus (29). Ces résultats sont en accord avec les données collectées par SMF qui témoignent d'une augmentation des taux des diagnostics de « suspicion de COVID-19 » dès le début de l'épidémie (32).

Figure 26 : Évolution de la proportion des actes réalisés par SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 (32)



Une fiche diffusée par la HAS sur « la prise en charge des patients COVID-19 en ville » a vu le jour en mars 2020 et proposait des questionnaires types conçus principalement pour la TLC, apportant une aide au diagnostic, à l'orientation du patient symptomatique et au suivi à distance d'un patient infecté par le virus (Annexe n°10).

Dès lors, la TLC a pu être présentée comme un moyen adapté pour repérer et réguler les patients atteints ou suspectés d'infection par le virus tout en limitant sa propagation et ainsi tenter de freiner l'engorgement des services hospitaliers.

4.2.2.3 La volonté des institutions médicales d'intégrer cette nouvelle pratique

4.2.2.3.1 L'allègement des conditions de recours

Moins de deux ans avant la pandémie, l'Avenant 6 de la Convention médicale du 14 juin 2018 et son approbation par l'Arrêté du 1^{er} août 2018 vient accélérer le déploiement de la télémedecine en France en inscrivant notamment la TLC dans le droit commun (33). Quelques jours avant le premier confinement, la publication du Décret n°2020-227 du 9 mars 2020 montre la volonté des autorités d'inciter à l'usage de la TLC dans le contexte épidémique d'alors. L'allègement apporté par ce décret, levant l'obligation de réaliser une TLC avec le médecin traitant et la rendant désormais accessible sans rendez-vous physique avec le praticien durant les 12 derniers mois, a été une anticipation bienvenue pour que l'essor de la TLC ne soit pas freiné dans les mois qui suivirent (34).

4.2.2.3.2 La prise en charge à 100% de la TCG : une incitation plébiscitée

La prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie de l'acte de TLC a été un levier au développement de cette pratique pour 65,1% des associations SOS Médecins. Dans un communiqué de presse, SMF a d'ailleurs salué cette décision mais a également fait part de son incompréhension concernant l'absence de valorisation de la visite à domicile (35).

Avant la crise sanitaire, l'Assurance Maladie ne remboursait que 70% de l'acte de TLC (hors Affection de Longue Durée (ALD), Complémentaire Santé Solidaire (CSS ou C2S) et femmes enceintes). Instaurée de manière dérogatoire depuis le 9 mars 2020 (décret n°2020-227) pour les patients atteints ou susceptibles d'être atteints par le virus du SARS-CoV-2, la prise en charge intégrale a été étendue à tous les patients du territoire le 18 juin 2020 (Ordonnance n°2020-736) et finalement prolongée jusqu'à décembre 2022 (34).

La cotation « TCG » prise en charge à 100% a permis au malade d'avoir accès à la TLC sans avance de frais ni reste à charge. Pour les médecins, cette décision a pu les motiver à utiliser cet outil à distance sans se soucier de la rémunération par le patient. A terme, cette prise en charge à 100% n'est pas sans risques et certains patients pourraient être tentés de recourir de manière « excessive » à ce type de pratique médicale.

4.2.3 La planification : le besoin d'uniformité

4.2.3.1 Une organisation définie mais non coordonnée

Les actes de TLC ont majoritairement été réalisés par les médecins en consultation dans les cabinets médicaux de SOS Médecins (51,2%). D'autres associations ont choisi d'intégrer une ligne de garde dédiée à cette pratique (21,9%) : ce choix semble judicieux car il permet au médecin de rester focalisé sur cette activité, différente de son exercice habituel. Une minorité des structures a préféré laisser les médecins en visite pratiquer la TLC (9,8%). Ce fonctionnement nous questionne : outre la qualité hasardeuse d'une TLC réalisée par le médecin depuis son véhicule, le remplacement de certains créneaux de visites à domicile par des temps de consultation à distance réduit, de fait, le nombre de visites et touche à la raison d'être de SOS Médecins. Ces résultats, comme nous l'avons mentionné, sont en phase avec ceux de l'étude du Dr Lamotte, qui souligne l'établissement d'une ligne de garde dédiée comme la meilleure forme d'organisation possible, lorsque les structures disposaient de suffisamment de médecins.

Quoi qu'il en soit, la TLC requiert la mobilisation d'un ou plusieurs médecins qui, de fait, ne peuvent pas effectuer de consultations en présentiel ou de visites pendant ce temps dédié.

Le manque d'harmonisation des types d'organisations au sein des associations SOS Médecins est criant et reflète une organisation *ex nihilo*, de manière expérimentale pour tenter de mettre en place une nouvelle pratique.

4.2.3.2 Un accès à la téléconsultation discutable

Un double accès à la TLC a été relevé pour 45% des associations, laissant l'accès au patient tout en préservant l'initiative du praticien, si la situation médicale le permettait. Cependant, selon la Convention médicale de 2016, « le recours à la téléconsultation relève de la décision du médecin qui doit juger de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en face à face » (36). Cette consigne n'a pas empêché l'accès à la TLC proposé seulement par le patient pour un nombre significatif de répondants (37,5%). Par ce choix, ces structures semblent vouloir répondre en priorité à la demande des patients. À l'opposé, une partie des associations (17,5%) a souhaité réserver l'accès à la TLC à l'initiative du médecin : aucun patient ne pouvait accéder à des rendez-vous de TLC. Cet accès strict dépeint une aversion aux risques de cet acte de soins à distance et un besoin de contrôle de la part de ces structures. De plus, cela peut dévoiler une méfiance quant à laisser un accès direct par les patients requérants une TLC.

Cette diversité d'accès à la TLC est assez révélatrice du dilemme des médecins propre à cet acte : d'un côté faciliter l'accès aux soins en répondant à une demande de la patientèle et de l'autre garantir une préservation de la qualité des soins. Ces éléments seront explicités ultérieurement lors de l'analyse de la pérennité de la TLC.

Les associations ont très majoritairement préétabli des motifs de TLC (92,5%), que ce soit pour la prise de rendez-vous par le patient (par téléphone ou par Internet) ou pour un accès à l'initiative du médecin. Cette configuration, bienvenue, soulève toutefois la légitimité des motifs : ceux adaptés et ceux inappropriés à la consultation à distance. Nous évoquerons ces éléments dans une partie dédiée.

Une majorité des associations a proposé aux patients des rendez-vous en TLC par Internet, ce qui peut s'avérer problématique et peut mettre en difficulté le médecin. En effet, le patient, par sa méconnaissance médicale, son auto-évaluation du degré de gravité, ou par sa précipitation à prendre rendez-vous, peut sélectionner un motif préétabli non approprié et ouvrir l'accès à une TLC non adaptée à sa situation, d'autant plus lorsque l'accès est libre pour celui-ci sans motifs préétablis. Ce fonctionnement permet de soulever la question du filtrage préalable des demandes pour contrôler à *minima* le motif du patient permettant son éligibilité à une TLC. En effet, si un tel filtrage existait, la qualité des soins serait maintenue. Or, la mise en place d'un tel filtrage peut engendrer des problématiques liées à la logistique, à la formation des standardistes de SOS Médecins et à la responsabilité médico-légale corrélée à la régulation du patient.

4.2.3.3 Des moyens de réalisation non explorés

Les moyens de réalisation des TLC pour les associations étaient principalement des applications de messagerie et d'appel vidéo : l'interface Medi'Call Concept® a été la plus utilisée devant l'interface Somelog®, dédiée à SOS Médecins. À noter que plusieurs répondants ont passé cette question relative au type d'interface utilisé (non-réponse) et près d'un tiers des associations n'a pas précisé le nom de l'outil numérique utilisé. Nous pouvons supposer un oubli du nom précis de la part de ces structures (cet outil ne les a pas marqués), ou un manquement volontaire de réponse par soucis de confidentialité. Une huitaine d'autres interfaces numériques a tout de même été citée, dont des applications de vidéoconférence grand public (à l'instar de WhatsApp®) dont l'utilisation a été autorisée au début de l'épidémie (7), mais aussi certaines plateformes commerciales de TLC en ligne. Or, certaines de ces plateformes privées travaillent dans l'illégalité et leur utilisation par des médecins peut être contraire aux principes de déontologie médicale inscrits dans le Code de la santé publique. En effet, selon le CNOM, le paiement direct de ces plateformes aux médecins, le non-respect du parcours de soins ou l'hébergement des données de santé sans certification ne sont pas acceptés. Le CNOM conclut en rappelant que l'indépendance professionnelle et la morale du médecin sont à respecter (24).

Un constat rassurant est apporté par la large offre des plateformes de télémédecine, pour la plupart gratuites et présentant une certaine facilité d'utilisation : des solutions relativement simples à mettre en place et ne requérant pas de haut niveau de technicité pour leur utilisation. La facilité d'accès à la TLC a ainsi été une raison de son développement pour 30,2% des structures. Par ailleurs, ces dispositifs numériques ont semblé fonctionner correctement car seules deux associations (8,7%) ont indiqué avoir rencontré des difficultés techniques.

Ces éléments renvoient à la nécessité du développement d'un outil numérique commun, généralisé et adapté à l'activité de SOS Médecins.

Selon le sondage de l'ANS de 2020 déjà référencé dans notre étude, 44% des médecins pensaient qu'il y avait un intérêt au fait qu'un professionnel de santé accompagne le patient pendant une TLC (21). Nous n'avons pourtant pas constaté d'utilisation de chariots ou de cabines de TLC chez les associations SOS Médecins. Selon ce même sondage, seuls 6% des professionnels de santé ont déjà utilisé une cabine ou un chariot de TLC (21). Ces outils permettent pourtant d'étayer le diagnostic du praticien et de pallier l'absence d'examen clinique par l'utilisation d'outils d'examen connectés (thermomètre, tensiomètre, stéthoscope, oxymètre, dermatoscope, etc.). Il est utilisé sur le plan national par certaines officines, collectivités territoriales et résidences de séniors, comme à Oberbruck, en Alsace (37). La présence d'un professionnel de santé (infirmier·ère, pharmacien·ne, assistant·e médical·e, etc.) formé à l'utilisation des objets connectés est nécessaire. Celui-ci est guidé par le médecin lors de la TLC. Le patient doit certes se déplacer jusqu'à ce dispositif, mais ce frein peut être évité par l'existence de malles de TLC avec objets connectés portatifs. L'utilisation de chariots, de cabines de TLC, stratégiquement répartis, permettrait une ouverture territoriale d'accès à la TLC pour certains patients avec un confort accru pour le médecin.

SOS Médecins pourrait envisager un protocole de TLC (contenant les motifs compatibles) en lien avec les institutions incluant par exemple l'emploi des cabines et chariots de TLC en EHPAD ou dans des zones déficitaires en médecins.

4.2.4 Les obstacles : possibles ou impossibles à lever

4.2.4.1 L'absence d'examen clinique : l'obstacle majeur

L'absence d'examen clinique a été pointée comme l'obstacle majeur à la TLC par la quasi-totalité des associations (95,3%). Cette contrainte est aussi largement rapportée par les médecins dans d'autres études (38,39).

Selon l'article R.4127-33 du Code de la santé publique, le médecin se doit « d'élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés » (40). Outre la volonté du praticien de vouloir prodiguer des soins de qualité, l'examen clinique constitue une base à la démarche diagnostique, appuyant la décision médicale et consolidant l'orientation thérapeutique pour une prise en charge optimale du patient. De plus, cet élément est inhérent aux actes de prévention. La privation de l'auscultation, de la palpation ou de la prise des constantes physiologiques favorise la potentialité d'un mauvais diagnostic, particulièrement lors d'un diagnostic précoce. Dès lors, la crainte des associations SOS Médecins à pratiquer la TLC est légitime. En effet, celles-ci présentent un réel handicap du fait de leur type de pratique médicale. Ainsi, la méconnaissance du patient lors de soins non programmés renforce la nécessité de réaliser un examen clinique pour apprécier la situation. L'impossibilité de la prise des constantes vitales, entre autres, écarte tous les soins semi-urgents.

Par exemple, selon la HAS, l'évaluation d'un patient infecté par le SARS-CoV-2 présentant des signes de gêne respiratoire, nécessite la mesure de la saturation en oxygène, primordiale pour la prise de décision (maintien à domicile ou hospitalisation) (Annexe n°11). Le CNOM, quant à lui, dit qu'il n'est pas acceptable qu'un médecin prenne en charge en TLC un patient « sans possibilité de procéder à un examen clinique chaque fois que cela est souhaitable » ; « sans ancrage territorial » ; « sans apporter une garantie que la continuité des soins pourra être assurée » (24).

L'absence d'examen clinique, pilier d'une consultation, ne doit pas pour autant être une limite à la pratique de la TLC pour les médecins : le bon sens est à privilégier en vérifiant en amont l'éligibilité du patient et en retenant les recommandations d'usages pour assurer la sécurité et la qualité des soins.

4.2.4.2 La crainte de l'erreur médicale

La crainte de l'erreur médicale est partagée par 74,4% des associations. Ce taux est également élevé dans l'étude de Deliance E. dans laquelle 81,5% des médecins ont estimé leurs craintes vis-à-vis de l'erreur médicale lors d'une TLC (41). Cette inquiétude exprimée, renvoyée à la responsabilité médico-légale, révèle ainsi l'augmentation du risque pris par les médecins lors de la pratique d'une consultation à distance. Par conséquent, il est légitime que les médecins cherchent à protéger de préjudices leurs patients et eux-mêmes.

En effet, par l'absence d'examen physique, la TLC accentue l'imprécision d'un grand nombre de diagnostics et accroît par conséquent le risque d'erreur médicale en exposant le médecin du fait de sa responsabilité médico-légale. Les praticiens peuvent ainsi être visés par des réclamations ou plaintes de la part des patients pouvant amener parfois à des poursuites judiciaires. Selon le rapport annuel de la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF), le taux de sinistralité des médecins généralistes en 2020 était de 0,77% (42). Ce taux montre une exposition existante des médecins et justifie leur vigilance à cet égard. La HAS conseille aux praticiens de déclarer leur activité de télémedecine à leur assureur, bien que celle-ci soit généralement prise en compte par leur responsabilité civile professionnelle (43). Elle indique également que le praticien doit se protéger par un recueil du consentement du patient et par la description à celui-ci des modalités de pratique de cet acte à distance. De plus, elle souligne que le professionnel médical peut décider de ne pas réaliser ou de mettre un terme à la TLC si celui-ci estime que la situation n'est pas ou plus adaptée à cette pratique. Le praticien doit alors tracer cette information dans le dossier médical et doit proposer à son patient une prise en charge adaptée (44).

4.2.4.3 Le manque de formation

Pour 46,5% des associations, le manque de formation a été perçu comme un obstacle à la TLC. Cette contrainte peut facilement être levée par une formation adéquate et permettre cette activité dans des conditions plus satisfaisantes. En effet, selon la thèse de Messon T. sur la formation en TLC, les médecins de Gironde interrogés ont tous sensiblement modifié leurs pratiques après formation (45).

La formation en télémédecine ne fait pas partie actuellement du cursus universitaire des étudiants en médecine. Elle verra toutefois le jour en 2023 avec la réforme du deuxième cycle des études médicales et l'apparition d'un nouvel item « Télémédecine, télésanté et téléservices en santé ». Les médecins déjà diplômés ont cependant une obligation de Formation Médicale Continue (FMC) dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) comme le souligne l'article 59 de la loi du 4 mars 2002 : « La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique. Elle constitue une obligation pour tout médecin [...] ». La HAS, quant à elle, indique que « les professionnels de santé participant aux activités de télémédecine sont formés [...] et s'engagent à suivre les règles d'organisation, procédures et protocoles, et à participer aux formations » (43). Enfin, le Code de la santé publique, dans sa version en vigueur de juin 2021, signale que les professionnels de santé avec une activité de télémédecine doivent disposer des compétences techniques requises pour son utilisation (46). Des formations à l'utilisation des outils de télémédecine, de régulation ou de communication à distance avec un patient existent. Elles restent toutefois conditionnées à l'initiative personnelle du médecin souhaitant se former et elles peuvent être chronophages.

Dans le contexte de début d'épidémie de Sars-CoV-2, la réactivité et la prise d'initiative liées à l'urgence de la situation sanitaire ont prévalu sur la formation en télémédecine, nécessitant une temporalité plus longue.

4.2.4.4 La protection des données de santé : en cours d'évolution

Deux associations ont indiqué que la protection des données de santé était insuffisante et que, de ce fait, cela pouvait être un obstacle à la TLC. En effet, les interfaces numériques utilisées pour la TLC ne sont pas infaillibles et l'exposition des données de santé sur Internet questionne sur le respect du secret médical. Par le passé, des hôpitaux ont déjà été piratés (exemple de la cyberattaque de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-AH) en septembre 2021) et le recours massif aux plateformes de visioconférence n'a pas été sans heurts vis-à-vis de la confidentialité et de la sécurité informatique. Sur ce sujet sensible, l'arrêté du 19 mars 2020 publié par le ministère des Solidarités et de la Santé indique que « les professionnels sont tenus d'utiliser des outils (qu'ils soient référencés ou non), respectant la réglementation relative à l'Hébergement des Données de Santé (HDS) et la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information en Santé (PGS-SIS). Toutefois, en cas d'impossibilité et exclusivement dans le cadre de la réponse à l'épidémie de COVID-19, les professionnels peuvent utiliser d'autres outils ».

De plus, le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) s'impose à tout outil numérique (47), dont les plateformes privées. Celles-ci doivent s'y conformer en garantissant la préservation des données de santé par un hébergeur certifié correspondant aux exigences de sécurité pour garantir le secret médical, selon la procédure prévue au décret n°2018-37 du 26 février 2018 (48).

Le transfert de données médicales est lui aussi particulièrement sensible. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) rappelle que l'utilisation d'une messagerie sécurisée est une solution à privilégier pour garantir la confidentialité et la sécurité des échanges (48). L'utilisation des messageries courantes pour le transfert de données médicales (envoi d'ordonnances ou de comptes rendus) à la suite d'une TLC n'est donc pas recommandée car celles-ci sont insuffisamment sécurisées. Par ailleurs, une campagne « Oui à la e-santé » a été lancée par le Gouvernement français en août 2021 (49) : un espace numérique de santé avec accès à une messagerie sécurisée pour tous les Français sera mis en œuvre courant 2022.

Il semble impératif que le service d'accès à la TLC soit le plus sécurisé possible pour garantir le respect du secret médical. De plus, l'utilisation des solutions numériques par les médecins doit donner lieu à un respect de la déontologie médicale et des règles du Code de la santé publique.

4.2.4.5 Vers un encadrement des motifs de recours

La TLC a permis également de prendre en charge des patients pour des motifs non liés au SARS-CoV-2. En effet, d'après notre enquête, près d'un tiers des associations (32,6%) ont répondu que le premier motif d'emploi de la TLC n'était pas en lien avec le virus. En premier recours, pour ces structures, les consultations à distance ont été utilisées principalement pour des pathologies bénignes : la cystite puis la toux. À noter que la toux est un symptôme en lien avec le SARS-CoV-2 indiquant une possible mécompréhension de la question par les répondants. Selon le sondage mis en place par l'ANS en 2020, 59% des professionnels de santé pensaient que la TLC était adaptée pour des symptômes légers (21).

L'analyse des seconds motifs de TLC les plus cités par les associations place également le motif urologique au premier plan : les signes fonctionnels urinaires seuls peuvent dans certains cas (exemple de la cystite) engendrer une prescription d'antibiotiques sans examen clinique, même si les recommandations de la HAS signalent que la réalisation d'une bandelette urinaire est conseillée (50). D'autres seconds motifs ont été cités dans notre enquête. Concernant le motif dermatologique : la résolution des webcams et des appareils photos peut permettre d'effectuer un diagnostic visuel en dermatologie courante (51). Vis-à-vis du motif psychiatrique-psychologique : l'écoute du patient est prépondérante et l'examen clinique n'est pas indispensable, mais la TLC peut présenter des limites pour les prises en charge urgentes (idées suicidaires, délire, etc.) (52). Pour le motif dentaire : une délivrance d'antalgiques associés ou non à des antibiotiques est concevable. Enfin, le motif gastroentérologique est, quant à lui, discutable car la palpation abdominale est décisive pour un diagnostic précis.

Quelques autres motifs de recours à la TLC ont été évoqués de façon toutefois marginale par les associations (pédiatriques, gynécologiques et rhumatologiques par exemple). Ces motifs-là paraissent difficiles à traiter sans examen clinique et leur légitimité en TLC est contestable. Enfin, d'autres situations vécues par quelques associations ont été traitées à distance, comme le « motif administratif » ou le « renouvellement d'ordonnance ». Ces motifs peuvent, suivant la situation, être compatibles avec une TLC.

L'analyse des réponses observées pose la question déterminante des critères d'éligibilité et donc des motifs envisageables pour la TLC. L'étude de Letellier T. montre que cette pratique joue « un rôle limité pour les examens cliniques nécessitant la palpation du patient et pour les cas relevant de l'urgence. Toutefois, elle reste appropriée à la prise en charge des pathologies aiguës » (53). La HAS, quant à elle, précise dans ses recommandations de bon usage de la télémédecine, que « le professionnel médical peut estimer que la TLC n'est pas adaptée à la situation clinique du patient, par exemple si cette dernière exige un examen physique direct, si le patient est en urgence médicale ou s'il s'agit d'une consultation d'annonce d'un mauvais pronostic » (43). Cependant, il n'est pas proposé de critères d'éligibilités à la TLC dans ce document. Pour sa part, l'*American Telemedicine Association* exclut l'accès à la TLC pour certaines situations cliniques comme entre autres : patients avec une symptomatologie sévère, patients présentant une intoxication, patients avec des troubles cognitifs, existence d'une barrière de la langue (54).

En somme, dans l'état actuel en France, c'est au médecin de juger la pertinence du recours à la TLC par rapport à la situation clinique du patient en prenant en compte la disponibilité des données de celui-ci.

Ces quelques éléments nous amènent à un début de réflexion sur des protocoles d'accès à la TLC, comprenant les motifs compatibles et ceux inconciliables avec cette pratique, pour une réponse unifiée sur le territoire.

4.2.4.6 Des inégalités du côté des patients

4.2.4.6.1 La surreprésentation d'une patientèle « jeune » et depuis le domicile

La population la plus fréquente en TLC pour tous les répondants est celle des patients particuliers depuis leur domicile. Selon le sondage déjà rapporté de l'ANS : pour les professionnels de santé ayant déjà fait des TLC, 57% de leurs patients se trouvaient à domicile (21). À noter que la formulation de la question par l'emploi du terme « la plus fréquente » n'a pas permis de recenser les autres populations (patients régulés par le SAMU – Centre 15, patients en EHPAD, en foyer ou en entreprise). À propos des patients en EHPAD, la TLC pourrait permettre d'éviter un passage aux urgences parfois non nécessaire. En effet, les données de la littérature montrent que les admissions aux urgences des résidents en EHPAD sont potentiellement évitables dans 31% à 67% des cas (55). Dès lors la télémédecine améliorerait l'accès aux soins ainsi que la prise en charge des personnes âgées en institutions en étant traitées au plus près de leur lieu de vie.

C'est la patientèle « jeune » qui a eu le plus fréquemment recours à la TLC. Plus de trois quarts des associations (75,6%) ont indiqué que les patients les plus vus en TLC avaient entre 18 et 39 ans et pour près d'un quart (24,4%) des autres structures les patients étaient plutôt âgés de 45 à 59 ans. Ces résultats confirment ceux d'une étude du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) avec une très forte représentativité des 18-49 ans. Cette même étude précise aussi les motivations des patients à utiliser la TLC qui sont le gain de temps et la rapidité de prise de rendez-vous (56). Cette tranche d'âge représente les « actifs » qui connaissent mieux les outils numériques et désirent une réponse médicale rapide, sans se déplacer.

La population des 60-74 ans et des plus de 75 ans n'est pas représentée. Selon une étude de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) sur l'illectronisme, 78,1% des Français de plus de 60 ans présentent au moins une incapacité dans l'utilisation d'Internet et 53% des plus de 75 ans n'ont pas accès à Internet depuis leur domicile (57). Cette inégalité d'accès à Internet ainsi que la capacité ou non à utiliser les outils numériques constituent un frein majeur à l'utilisation de la TLC pour cette population. Cela pose la question de savoir comment SOS Médecins pourrait répondre à la demande de soins de cette dernière si elle se trouve hors secteur de visite à domicile et présente des difficultés de déplacement.

4.2.4.6.2 Internet et les outils numériques : un frein d'accès

Même si la demande de TLC pouvait s'effectuer la plupart du temps par téléphone, la mise en œuvre de cet acte à distance requiert un accès à Internet ainsi qu'un minimum de connaissances en informatique. Nous avons abordé précédemment les difficultés d'utilisation et d'accès à Internet pour les plus âgés. Selon la même étude de l'INSEE, 12% des Français n'ont pas d'accès Internet à leur domicile et 47,3% des Français présentent au moins une incapacité à l'utilisation d'Internet (57). Ces patients sont de ce fait défavorisés pour accéder à des conditions convenables de TLC, voire exclus de son accès. De plus, les territoires ruraux, globalement plus touchés par une faible densité médicale sont moins bien couverts par le réseau Internet (« zones blanches ») (58). De surcroît, selon un état des lieux de 2019, un Français sur dix habitait en zone de « désert médical » (59). Toutefois, dans ce contexte sanitaire, la HAS considère que « lorsqu'une téléconsultation n'est pas possible, les professionnels, en dernier recours, doivent utiliser le téléphone pour communiquer avec leur patient » (60). Néanmoins, sans l'interface visuelle, l'appellation de TLC est critiquable et s'apparente plutôt à un conseil téléphonique.

Ces éléments posent le problème des inégalités d'accès à la TLC. Dans l'hypothèse où cette pratique serait massifiée dans les années à venir, ces problématiques arriveraient alors au premier plan dans les difficultés d'accès aux soins.

4.2.5 L'impact relatif de la téléconsultation

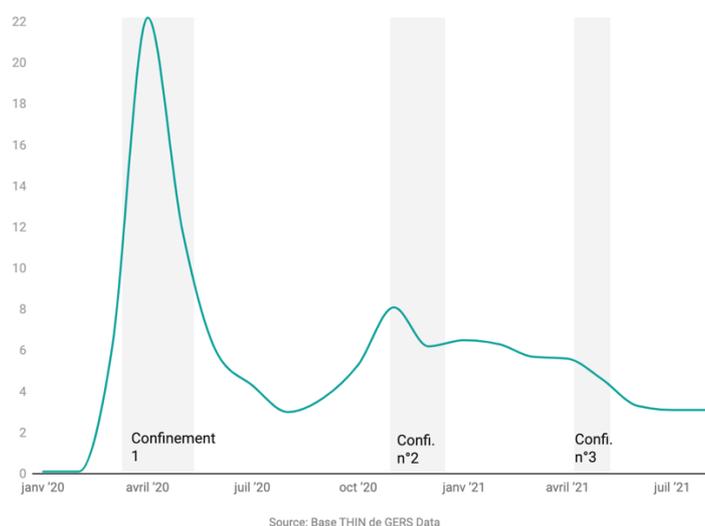
4.2.5.1 Des taux faibles de téléconsultation

Malgré cet engouement pour la TLC, la grande majorité des associations (81,4%) a présenté des taux inférieurs à 10% de leurs actes totaux.

Ces résultats confirment ceux de la thèse du D^r Lamotte qui a révélé que 82,1% des associations SOS Médecins avaient eu un taux de TLC compris entre 0% et 25% durant l'épidémie de SARS-CoV-2 (22). À noter que nous avons demandé aux associations la proportion globale de leurs actes de TLC entre le 24 janvier 2020 et la date de notre enquête (entre juillet et début septembre 2021). De ce fait, le taux de TLC lors du premier confinement ainsi que les taux mensuels n'ont pas été analysables. Ainsi, l'évolution dans le temps des taux de cette pratique n'est pas observable. Toutefois, en occultant le pic du premier confinement, nous pouvons constater que la proportion des actes totaux de TLC des structures SOS Médecins est comparable avec celle des médecins généralistes en France depuis l'épidémie, restant en dessous des 10% (61).

En observant les éléments externes liés à l'essor de l'instauration de la TLC développés précédemment, nous pouvons émettre l'hypothèse que les taux des actes de TLC des associations SOS Médecins ont suivi la dynamique de courbe représentée par la figure 27.

Figure 27 : Évolution de la part de la téléconsultation dans l'activité des médecins généralistes entre janvier 2020 et août 2021 (61)



Concernant les quatre associations qui pratiquaient la TLC avant l'épidémie, elles ont toutes indiqué une augmentation de leur pratique même si la part des TLC est restée à moins de 10% des actes totaux avant et après le 24 janvier 2020. Concernant les sept associations (16,3%) ayant pratiqué la TLC à hauteur de 10 à 50% de tous leurs actes, nous n'avons pas trouvé d'éléments de compréhension ni d'hypothèses soutenables. Concernant la seule association qui a annoncé un taux de TLC de plus de 50% des actes totaux, elle était pourtant initialement moyennement touchée par le virus et elle se trouvait dans une zone à forte densité de médecins. Celle-ci a cependant désiré impulser localement la télémédecine par la mise en

place d'un dispositif de TLC dans sa métropole en mars 2020 (62), conduisant probablement à cette suractivité.

Selon le CNOM, la prise en charge de patients exclusivement en TLC porte atteinte aux exigences déontologiques de qualité, de sécurité et de continuité des soins (24). Le taux de TLC a en effet été encadré par l'arrêté du 22 septembre 2020 : « un médecin conventionné ne peut pas réaliser plus de 20% de son volume d'activité globale conventionnée à distance (téléconsultations et téléexpertises cumulées) sur une année civile » (63). Ce plafonnement tend à maintenir une qualité des soins et pousse *de facto* les praticiens à voir ou revoir leurs patients en présentiel.

Au regard des éléments analysés jusqu'alors, ces faibles taux majoritairement enregistrés de l'activité de TLC chez SOS Médecins peuvent s'expliquer par les obstacles inhérents à cette pratique (absence d'examen clinique, crainte de l'erreur médicale), les motifs restreints de recours, la fin du premier confinement, l'arrivée des tests de dépistage et la volonté des structures SOS Médecins de faire perdurer leur activité de visites à domicile et consultations en cabinet médical.

4.2.5.2 Une interruption précoce de la téléconsultation

L'un des éléments majeurs relevable de ce retour d'expérience est que 62,3% des structures qui ont initié la TLC au début de l'épidémie ont déclaré au moment de l'enquête avoir arrêté cette pratique. La date d'arrêt n'a cependant pas été demandée aux associations et la durée de la pratique de la TLC n'est par conséquent pas quantifiable. L'arrêt de la TLC par ces associations est explicité par différents motifs développés ci-après. Pour rappel, dans notre analyse de la pérennité de la TLC chez SOS Médecins, aucune corrélation n'a été trouvée entre leur taille de structure, leur type de territoire d'action ou les capacités des services de réanimation dans leur département.

La raison principale soulevée par ces associations est la baisse ou l'interruption de la demande des patients (26,1%). Ainsi, pour ces structures, la TLC est présentée comme une adaptation de leur pratique médicale répondant à une demande de la patientèle dans un contexte sanitaire inédit. En effet, les structures ayant constaté cette baisse de la demande avaient principalement recours à la TLC pour des motifs en lien avec le SARS-CoV-2. De plus, la plupart d'entre elles utilisait cette pratique dans le cadre d'infection ou de suspicion d'infection par le virus. Pour 17,4% des associations, le retour à des consultations dans des conditions satisfaisantes a expliqué leur arrêt de la TLC. La massification des équipements de protection et la réalisation des gestes barrières ont assurément permis une réappropriation des cabinets médicaux et des visites à domicile (22). Par ailleurs, les tests RT-PCR (Real Time – Polymerase Chain Reaction) réalisés en laboratoire puis les tests antigéniques principalement exécutés en pharmacie, se sont développés. Grâce à leur prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie et faits sans ordonnance, l'accès à ces tests a été facilité. En outre, par leur haute sensibilité et spécificité, ceux-ci ont succédé au diagnostic du médecin basé avant tout sur la symptomatologie du patient.

L'ensemble des éléments présentés ci-dessus nous permet d'établir l'hypothèse suivante : la sollicitation d'une TLC par le patient pour une suspicion d'infection par le SARS-CoV-2 est devenue alors très marginale.

La peur de la faute professionnelle a été à l'origine de l'arrêt de la TLC pour 21,8% des structures. Cette crainte, intimement liée à l'absence d'examen clinique était déjà un frein à l'adoption de la TLC et a invariablement été un élément préoccupant pour ces associations. Les réponses libres de deux associations expliquent l'arrêt de cette pratique par la « faute de temps » avec un « trop grand nombre de consultations au cabinet » indiquant une volonté de priorisation de la consultation en présentiel.

4.2.5.3 Un avenir incertain hors épidémie actuelle

Les avis des associations sont partagés concernant la pratique de la TLC hors épidémie actuelle. Une seule réponse sépare les avis défavorables (39%) des avis favorables (36,6%) et environ un quart des associations ne sait pas si la TLC fera partie de leur pratique lorsque l'épidémie serait terminée. Une autre enquête de la MACSF de 2018 a montré que 73% des médecins pensaient, lors de l'étude, que la TLC ferait partie de leur pratique quotidienne en 2030 (64). Cependant, cette enquête concernait l'ensemble des médecins. Or, les médecins traitants et les autres spécialités médicales effectuent plus particulièrement des suivis de patients et des renouvellements d'ordonnance, ce qui n'est généralement pas le cas de l'activité de SOS Médecins. De par sa date de réalisation, l'enquête en question ne prend pas non plus en compte l'expérience de la TLC acquise par les médecins dans le contexte épidémique.

Les avis défavorables étaient majoritairement donnés par des structures qui avaient arrêté la TLC (56,5%), mettant en évidence pour celles-ci, après leur retour d'expérience, une pratique non adaptée à SOS Médecins. Inversement, les avis favorables étaient surtout émis par des structures qui avaient maintenu la TLC (72,2%), démontrant pour elles une pratique fructueuse pouvant être inscrite dans leur quotidien. Par ailleurs, les structures qui ne savaient pas ce qu'il adviendrait de la TLC hors épidémie actuelle avaient indiqué pour 80% d'entre elles, avoir arrêté cette pratique lors de notre enquête, précisant ainsi leur réserve, après expérimentation, quant à l'exercice de cette activité dans le futur. De façon marginale, trois associations qui avaient pourtant poursuivi la TLC, étaient hostiles à l'idée de la pratiquer lorsque l'épidémie serait terminée. Ce positionnement démontre pour celles-ci un recours à la TLC uniquement pour faire face à l'épidémie, sans considérer les autres motifs envisageables à cette pratique sur lesquels nous nous sommes attardés précédemment. Enfin, deux associations qui avaient pourtant arrêté cette activité ont manifesté une certaine ouverture à la TLC hors épidémie actuelle ce qui est plutôt surprenant. Pour celles-ci, nous pouvons supposer l'attente d'un cadre défini à l'échelle nationale de cette pratique, pour de nouveau la mettre en œuvre.

Ces observations montrent un clivage, relatif à l'apport de la TLC pour SOS Médecins suivant l'expérience vécue dans ce contexte épidémique nouveau. Ces éléments traduisent une fois de plus l'autonomie des associations SOS Médecins dans leurs pratiques et dans leur fonctionnement interne.

4.2.5.3.1 Les avis défavorables : des obstacles persistants

Les associations défavorables à l'idée de la pratique de la TLC hors épidémie actuelle ont dressé comme motifs principaux les deux obstacles majeurs à la TLC : l'absence d'examen clinique (31,2%) et le risque médico-légal par le risque accru d'erreur médicale (25%). Il est vrai que ces obstacles ne peuvent pas être levés. Certaines structures ont mentionné : « la visite à domicile reste le rôle de SOS Médecins » (18,7%). Par ces commentaires, ces associations rappellent le caractère essentiel de la visite dans leur exercice et leur attachement à cette dernière (35). Ces mots peuvent traduire une inquiétude envers une substitution progressive de leur pratique par ce mode de consultation à distance. De plus, la TLC serait « non adaptée aux soins semi-urgents ». Cet élément a été évoqué auparavant, remettant en cause la légitimité de cette pratique chez SOS Médecins. La notion de « motifs non listés » pour l'accès à la TLC préoccupe certaines structures. Cet élément a également été abordé précédemment avec un encadrement nécessaire des motifs préalables pour l'accès à cette pratique. Une autre problématique importante relevée concernait la « difficulté de conversion en consultation ». En effet la HAS indique qu'il n'est pas toujours possible d'identifier les situations exigeant un examen physique direct et que celles-ci peuvent se révéler au cours de la TLC nécessitant alors la mise en place d'une organisation adaptée (43). Le caractère organisationnel et la perte de temps engendrée sont mis en évidence lorsque le médecin doit envisager un basculement vers une consultation en présentiel. Cette conversion est d'autant plus problématique lorsque le patient est éloigné géographiquement ou ne peut se déplacer. Enfin, la possibilité d'un arrêt de la prise en charge à 100% de la TLC hors contexte épidémique (« pas de tiers payant intégral hors épidémie ») peut poser le problème de la rémunération des médecins et doit être pris en considération par l'Assurance Maladie par la suite.

4.2.5.3.2 Les avis favorables : une demande des patients bien ancrée

Les associations favorables à une pratique de la TLC lorsque l'épidémie sera terminée le sont majoritairement (60%) au vu de la demande des patients qui est considérée comme établie. Cette forte demande peut être expliquée par la démocratisation de la TLC mais également par sa bonne appréciation. En effet, selon un autre sondage de 2021 dirigé par l'ANS sur la représentation de la télémédecine, 92% des Français ont connaissance de la TLC et 73% ont une opinion favorable sur la télémédecine (65). L'ANS conclut que l'amélioration de la connaissance de la télémédecine et de la vision de son utilité vont de pair avec sa bonne image.

En outre, diverses autres raisons concernant une pérennisation de la TLC hors épidémie actuelle ont été avancées par certaines structures. Celles-ci ont mis en avant le « gain de temps sur une visite », le fait que cette pratique permette une « offre globale de soins », une « extension de la zone de garde » ainsi qu'un possible « suivi » du patient. Assurément, la continuation de la TLC après l'épidémie par les associations SOS Médecins complèterait leur offre de soins, en supplément des visites et des consultations au cabinet médical. Cette pratique permettrait, de par son acte à distance, de proposer un accès aux soins à des patients situés en dehors du périmètre de déplacement en visite ou trop éloignés du cabinet médical et éviterait ainsi certains passages directs aux urgences ou même un renoncement aux soins. De plus, la TLC réalisée dans le cadre d'un suivi après une consultation en face-à-face, pourrait dispenser le médecin d'organiser une nouvelle consultation en présentiel ou une visite à domicile. Les deux protagonistes, médecin et patient, en tireraient un avantage. Enfin, un « projet EHPAD » a été évoqué par une structure. Ceci nous amène, une fois de plus, à aborder le besoin de mise en place ou de renforcement des partenariats avec SOS Médecins (22). Certaines structures sont déjà dans la mouvance, comme par exemple SOS Médecins Val d'Oise qui a porté un projet de télé-médecine dans six EHPAD de son département pour assurer la permanence des soins la nuit (66).

Par le fait du déploiement massif de la TLC au cours de l'épidémie de SARS-CoV-2, le retour d'expérience des associations favorables à la TLC hors épidémie actuelle leur a permis d'appréhender, de mieux connaître cette pratique et de remarquer ses qualités et avantages. Au vu des réponses, l'hypothèse de créneaux à la marge dédiés à la TLC ou à l'initiative du praticien pour un suivi du patient par exemple, peut être émise pour ces structures favorables au fait d'ancrer leur pratique dans le futur.

4.2.6 La télésurveillance : utile au début de l'épidémie

Cet acte de télé-médecine a été majoritairement pratiqué par l'ensemble des associations au début de l'épidémie (61,8%) mais celles-ci l'ont largement interrompu par la suite (85,3%). Par ailleurs, nous pouvons remarquer que les quatorze associations qui n'ont jamais pratiqué de TLC n'ont majoritairement pas non plus pratiqué de télésurveillance (71,4%), ceci pouvant suggérer une défiance de ces structures envers la télé-médecine dans sa globalité.

Amplement utilisée au début de l'épidémie, la télésurveillance a pourtant été un atout pour le système de santé. L'AP-HP a ainsi innové début mars 2020 en créant une application de télésurveillance à destination des patients porteurs ou suspectés d'infection par le virus ayant déjà consulté un médecin. Celle-ci leur permettait de bénéficier d'une télésurveillance à domicile par l'intermédiaire de questionnaires proposés quotidiennement. L'équipe médicale était alertée en fonction des réponses données et pouvait adapter le suivi ou la prise en charge du patient au besoin (67). Bien que nous n'ayons pas questionné les associations sur leurs motifs principaux de télésurveillance, nous pouvons penser que cette branche de la télé-médecine a été utile en début d'épidémie pour le suivi des patients atteints par le SARS-CoV-2, en contribuant à éviter l'engorgement des structures de soins, comme le montre l'étude de Dinh A. de septembre 2020 (68).

En substance, la télésurveillance et la TLC sont des pratiques modernes de télémédecine, bien acceptées par les patients, qui peuvent être intégrées au fonctionnement des associations SOS Médecins. Ces technologies offrent la possibilité de développer l'offre de soins dans le but d'améliorer son accès à tous les patients.

4.3 Forces et limites de l'étude

4.3.1 Les forces de l'étude

Comme nous l'avons mentionné auparavant, le taux de participation élevé signe le caractère largement représentatif des données de l'étude de l'activité des associations SMF.

4.3.2 Les limites de l'étude

Cette étude déclarative est basée uniquement sur les réponses des Présidents des différentes associations SOS Médecins. Ainsi pour certaines questions leur avis personnel a été sondé pouvant amener un biais socioculturel.

De plus, comme c'est parfois le cas, cette étude peut être amenée à être transmise à la Fédération SOS Médecins comme retour d'expérience. De ce fait, un biais de désirabilité sociale peut être retrouvé. Ce biais est toutefois modéré par l'anonymat du contenu de cette étude (hors cartes de France descriptives en annexes) et des faits attestés de la majorité des questions posées.

Un autre biais retrouvé dans cette étude est le biais de non-réponse. Les cases vides causées par l'absence de réponse à certaines questions n'ont pas été prises en compte dans les analyses. Ce biais aurait pu être levé par l'obligation de réponse, ne permettant pas aux Présidents des associations de passer sur certaines questions.

Enfin, l'énonciation équivoque de certaines questions ou de certains choix de réponses ont fait naître un biais de formulation. La question n°13 relative au premier motif de recours à la TLC en lien ou non avec le SARS-CoV-2 présumait englober tout motif en correspondance étroite ou large avec l'épidémie de COVID-19 mais certaines réponses ont dévoilé une incompréhension des répondants. Cependant, il en a été tenu compte dans l'analyse afin de limiter ce biais. Quant aux réponses à la question n°19 relative aux types d'interfaces utilisées, certains répondants ont indiqué des types différents pour des interfaces pourtant identiques : la formulation « outil de vidéoconférence proposé par une plateforme » aurait été préférable.

5 CONCLUSION



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



THÈSE SOUTENUE PAR TOMY PERRIER

CONCLUSIONS

La crise sanitaire causée par l'épidémie de SARS-CoV-2 a joué un rôle essentiel dans l'essor observé de l'instauration de la téléconsultation au sein des associations SOS Médecins France. Cette mise en place *ex nihilo*, propre à chaque structure, indépendante des spécificités territoriales d'action ou des effectifs totaux, est principalement due à la prise d'initiative des médecins pourtant peu formés à cette pratique.

Bien que l'instauration rapide de la téléconsultation ait pu être observée chez la plupart des associations SOS Médecins, la massification des actes de téléconsultation n'a pas eu lieu : même au plus fort de la crise, ils ne représentaient qu'une faible part des consultations réalisées par les structures SOS Médecins. Par ailleurs, le phénomène a connu un essoufflement, jusqu'à observer pour une majorité des associations SOS Médecins une cessation totale de la réalisation des téléconsultations.

L'avenir de la téléconsultation semble incertain au sein de SOS Médecins France : les avis sont partagés quant à sa pratique lorsque l'épidémie de SARS-CoV-2 sera terminée. En effet, malgré la demande désormais bien ancrée des patients, l'expérimentation de la consultation à distance n'a pas permis de lever les craintes des médecins vis-à-vis de la téléconsultation et les obstacles majeurs liés à cette pratique (absence d'examen clinique, risque accru d'erreur médicale) persistent. Ainsi, la téléconsultation se retrouve confrontée à la nature même de l'activité de SOS Médecins (soins non programmés et semi-urgences).

Pour appuyer une pérennisation de cette pratique, il semble pertinent de mieux cerner les conditions d'accès de la patientèle pour une meilleure prise en charge du patient et une qualité de soins préservée. Par conséquent, un encadrement plus rigoureux associé à une organisation harmonisée de la téléconsultation coordonnée par la Fédération SOS Médecins seraient judicieux à mettre en œuvre pour compléter l'offre de soins de SOS Médecins.

Le Président du jury,

Pr. A. de ROUGEMONT

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 8 Février 2022

Le Doyen
Pr. M. MAYNADIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Bardoula I. et al. Baisse de l'incidence de plusieurs maladies infectieuses en Médecine Générale depuis le début de la pandémie de COVID-19. ELVESIER ; 2021.
2. Agrimi J. et Crisciani C. Les Consilia médicaux ; Les Médiévales ; 1996 ; 141-142
3. Vie Publique [En ligne]. Les dépenses de santé en 2019 ; 2020 ; [cité le 7 déc 2021]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/rapport/276352-les-depenses-de-sante-en-2019-resultats-des-comptes-de-la-sante>
4. Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). Code de la Santé Publique - Article L6316 ; 1 juill 21 ; 2009.
5. Code de la Santé Publique, Article 1 du Décret n°2010-1229 oct 19, 2010.
6. Agence du Numérique en Santé (ANS) [En ligne] ARS et GRADeS : Proposition d'accompagnement des structures à la mise en œuvre de l'INS. 2019 juill ; [cité le 5 oct 2021].
Disponible : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ans_webinaire_ars_grades_ins_vf.pdf
7. Haute Autorité de Santé (HAS) [En ligne]. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 : téléconsultation et télésoin. 2 avr 2020 [cité le 12 déc 2021]; Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin
8. Décret n°2020-227 du 9 mars 2020. Adaptation des conditions du bénéfice des prestations en espèces d'Assurance Maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au COVID-19.
9. Code de la Sécurité Sociale. Diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de COVID-19 ; Ordonnance n°2020-428 ; avr 15 ; 2020.
10. Code de la Sécurité Sociale. Diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de COVID-19 ; Ordonnance n°2020-737 ; avr 15 ; 2020.
11. SOS Médecins France [En ligne]. La permanence des soins. [cité le 20 déc 2021] ; Disponible : <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/la-permanence-de-soins-en-france/>
12. Santé Publique France [En ligne] Surveillance syndromique - SURSAUD®. [cité le 20 déc 2021] ; Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R>
13. Le Point-Pressé [En ligne]. SOS Médecins : le mouvement de grève interrompu par des réquisitions. 28 sept 2021 [cité le 21 déc 2021] ; Disponible : https://www.lepoint.fr/sante/en-greve-sos-medecins-alerte-sur-sa-possible-disparition-26-09-2021-2444786_40.php

14. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) [En ligne]. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 ; [cité le 8 nov 2021]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201162-téléconsultation-BAT.pdf>
15. Mann D., Chen J., Chunara R., et al. COVID-19 transforms health care through telemedicine: evidence from the field. *J Am Med Info Assoc.* 2020; 27(7):1132-5.
16. Joy M, McGagh D, Jones N, et al. Reorganization of primary care for older adults during COVID-19: a cross-sectional database study in the UK. *British Journal of General Practice.* août 2020 ; e540-7.
17. Miliard M. Telehealth set for Tsunami of growth, says Frost & Sullivan. *Health Care News* ; 2020
18. Davin-Casanela B, Jardin M, Guerrera H, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance Maladie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* juin 2021 ; 69(3):105-15.
19. Hollander J, Carr B. Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *The New England Journal of Medicine.* 2020 ; 382(18):1679-81.
20. Gomez T, Anaya Y, Shih K, et al. A qualitative study of primary care physicians' experiences with telemedicine during COVID-19. *J Am Board Fam Med.* 2021 ;34 (Supplement):S61-70.
21. Agence du Numérique en Santé (ANS) [En ligne]. Panorama sur la télémédecine aujourd'hui et perspectives pour l'avenir ; [cité le 28 oct 2021]. Disponible : <http://www.odoxa.fr/sondage/panorama-telemedecine-aujourd'hui-perspectives-lavenir/>.
22. Lamotte R. Adaptation de la médecine de ville face à une épidémie : exemple des associations SOS Médecins face à la pandémie de SARS-COV2. [thèse de médecine] ; Université de Bourgogne ; 2020.
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Face à la pénurie de médecins voici les « télédocteurs ». 2019 [cité le 12 oct 2021] ; Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/91_moigny_relais_telesante_sud_essonne_revue_de_presse.pdf
24. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) [En ligne]. Téléconsultation : comment éviter les mésusages ; [cité le 10 oct 2021]. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/sante/telemedecine/teleconsultation-eviter-mesusages>
25. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Monts du Lyonnais [En ligne]. L'arrivée de la Téléconsultation dans les EHPAD ; [cité le 21 déc 2021]. Disponible : <https://cpts-montsdulyonnais.fr/la-cpts/arrivee-de-la-teleconsultation-dans-les-ehpad/>.

26. Assurance Maladie [En ligne]. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 ; 2020. [cité le 7 dèc 2021]. Disponible : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf
27. Deuxième Avis [En ligne]. Les Français et la Télémedecine ; [cité le 8 dèc 2021]. Disponible : <https://www.deuxiemeavis.fr/les-francais-et-la-telemedecine>
28. Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) [En ligne]. Les Français face à la persistance de l'épidémie de Covid-19 ; [cité le 7 dèc 2021]. Disponible : <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2020/08/117543-Rapport-JDD-14.08.2020.pdf>
29. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) [En ligne]. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? ; [cité le 1 oct 2021]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1150.pdf>
30. Temesgen Z, DeSimone D, Mahmood M, et al. Health Care After the COVID-19 Pandemic and the Influence of Telemedicine. sept 2020 ; 95(9):S66-8.
31. Allaneau A. et al. Apport de la téléconsultation et de l'isolement des cas symptomatiques dans la maîtrise de l'épidémie COVID-19. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2021 ; 69(4).
32. SOS Médecins France & Santé Publique France. SurSaUD® Bulletin du réseau SOS Médecins & Santé publique France. Le point épidémiologique hebdomadaire du réseau SOS Médecins. 15 juill 2020 ; n°655:1-19.
33. Assurance Maladie [En ligne]. Arrêté du 1er août 2018 ; [cité le 10 oct 2021]. Disponible : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/451403/document/avenant_6_-_texte.pdf
34. Légifrance [En ligne]. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'Assurance Maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au Covid-19 ; [cité le 21 dèc 2021]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041704122/>.
35. SOS Médecins France. La visite à domicile, une réponse aux défis qui se posent à notre système de santé [En ligne]. 2020 [cité le 4 dèc 2021]. Disponible : <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/148045/la-visite-a-domicile-une-reponse-aux-defis-qui-se-posent-a-notre-systeme-de-sante-communique/>
36. Assurance Maladie [En ligne]. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016 ; [cité le 14 oct 2021]. Disponible : <https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-2016/convention-et-avenants>
37. Oberbruck (Haut-Rhin) [En ligne]. Télémedecine ; [cité le 10 dèc 2021]. Disponible : <https://oberbruck.fr/telemedecine>

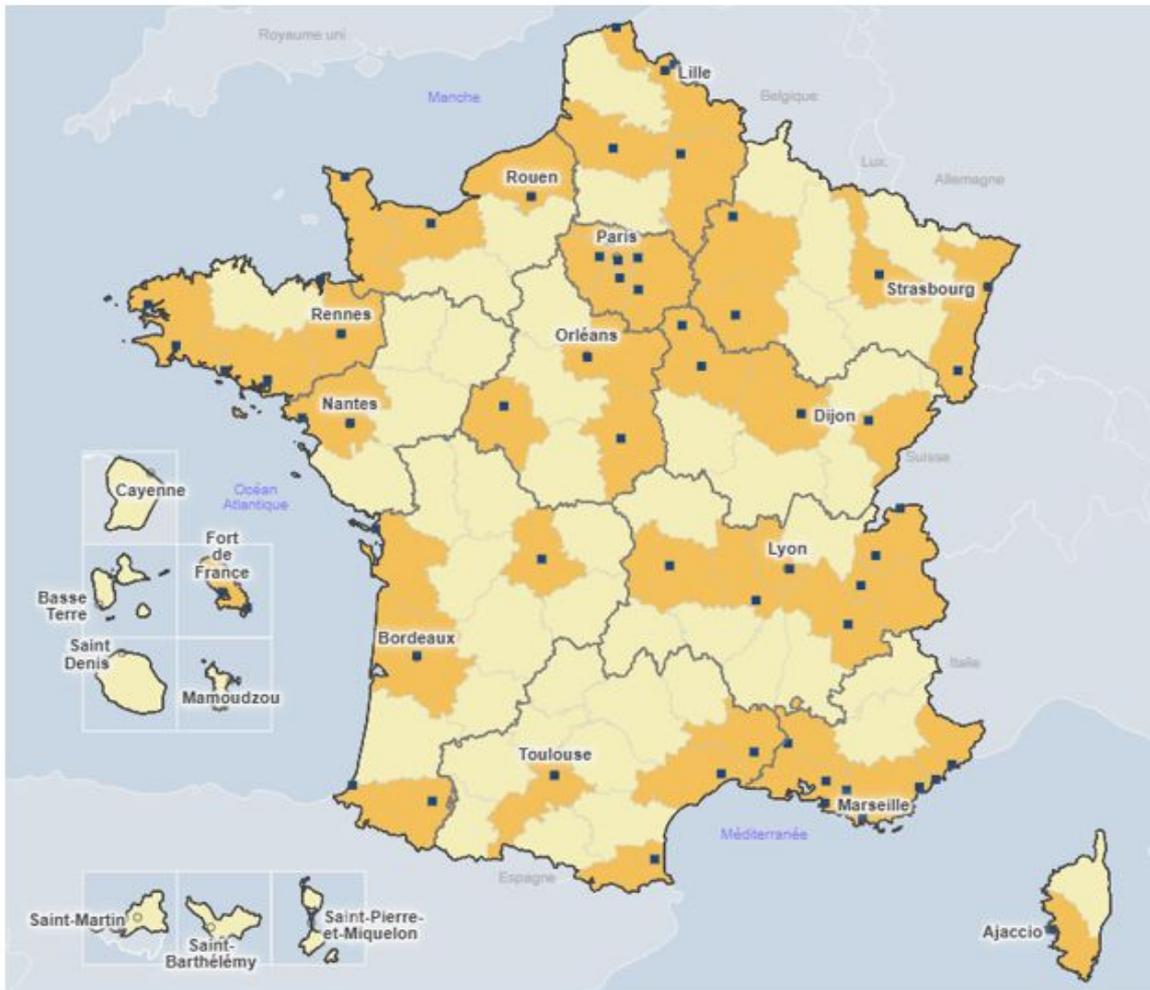
38. Durupt M. La télémedecine en Meuse et dans le Sud-Toulois : perceptions et attentes des médecins généraliste. [thèse de médecine]. Université de Lorraine ; 2016
39. Randhawa RS, Chandan JS, Thomas T, Singh S. An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: a qualitative pilot study. *Primary Health Care Research & Development*. 2018; 20(e5): 1–7.
40. Légifrance [En ligne]. Articles R4127-32 à R4127-55 - Devoirs envers les patients ; [cité le 4 déc2021].
Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196409/#LEGISCTA000006196409
41. Déliance E. Utilisation de la téléconsultation par les médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté : Caractéristiques pratiques, avantages et limites. [thèse de médecine]. Université de Bourgogne ; 2020.
42. Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF) [En ligne]. La sinistralité des professionnels de santé : les chiffres clés de l'année 2020 ; [cité le 18 déc 2021].
Disponible : <https://www.macsf.fr/rapport-annuel-sur-le-risque-des-professionnels-de-sante/synthese-rapport-annuel-2020/chiffres-cles/la-sinistralite-les-chiffres-cles>
43. Haute Autorité de Santé (HAS) [En ligne]. Guide de la téléconsultation et de la téléexpertise ; [cité le 13 oct 2021]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf
44. Haute Autorité de Santé (HAS) [En ligne]. Téléconsultation et téléexpertise : mise en oeuvre ; [cité le 4 déc 2021]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf
45. Messon T. Quelle est la place des Médecins Généralistes dans le développement de la télémedecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. [thèse de médecine] Université de Bordeaux ; 2018.
46. Légifrance [En ligne]. Article R6316-9 - Code de la santé publique - Légifrance ; [cité le 19 sep2021].
Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934345/2012-04-10/
47. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. Téléconsultation et Covid-19 : qui peut pratiquer à distance et comment ; [cité le 11 fév 2021]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/teleconsultation-et-covid-19-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment>
48. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) [En ligne]. Télémedecine : comment protéger les données des patients ; [cité le 2 déc 2021].
Disponible : <https://www.cnil.fr/fr/telemedecine-comment-protoger-les-donnees-des-patients>

49. Oui à la e-santé [En ligne]. Télémedecine ; [cité le 21 déc 2021]. Disponible : <https://ouialaesante.fr>
50. Haute Autorité de Santé (HAS) [En ligne]. Choix et durée de l'antibiothérapie : Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme ; [cité le 12 oct 2021]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722827/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-cystite-aigue-simple-a-risque-de-complication-ou-recidivante-de-la-femme
51. Tesnière A., J.-P. Blanchère, A. Dompmartin. Télédermatologie. EMC – Dermatologie 2015 ; 11(1):1-7 [Article 98-115-A-10].
52. Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M., & Seabrook, L. Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice* ; 2021 ; 94(3), 854–883.
53. Letellier T. Pertinence de la téléconsultation en Médecine Générale en soins primaires. [thèse de médecine], Université de Caen Normandie, 2016.
54. American Telemedicine Association [En ligne] Practice guideline for live, on demand primary and urgent care. Arlington: ATA; 2014. Disponible : https://www.researchgate.net/publication/272076989_ATA_Practice_Guidelines_for_Live_On_Demand_Primary_and_Urgent_Care
55. Ouslander G, Lamb G, Perloe M, et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc.* ; 2010 ; 58:627-35
56. Maiia – Cegedim Santé [En ligne]. Étude sur la téléconsultation - 2020 ; [cité le 15 déc 2021]. Disponible : <https://52a5oeva.sibpages.com/>.
57. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) [En ligne]. Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base ; [cité le 28 nov 2021]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>
58. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) [En ligne]. Bourgogne-Franche-Comté : d'importantes améliorations de la couverture numérique haut débit, le très haut débit comme nouveau défi. Octobre 2017 [cité le 28 oct 2021]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3135315>
59. Association des Maires de France (AMF) [En ligne]. Baromètre de Santé sur la désertification médicale en France ; [cité le 12 déc 2021]. Disponible : <https://www.egora.fr/actus-pro/demographie-medicale/62699-plus-d-un-francais-sur-10-habite-dans-un-desert-medical/>
60. Haute Autorité de Santé (HAS) [En ligne]. Télésanté : une modalité de prise en charge utile dans le contexte épidémique actuel ; [cité le 7 nov 2021]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168931/fr/telesante-une-modalite-de-prise-en-charge-utile-dans-le-contexte-epidemie-actuel

61. Mind Health [En ligne]. L'évolution de la téléconsultation en France ; [cité le 28 oct 2021]. Disponible : <https://www.mindhealth.fr/data/levolution-de-la-teleconsultation-en-france/>.
62. Métropole Nice Côte d'Azur (NCA) [En ligne]. Nice téléconsultation ; [cité le 7 déc 2021]. Disponible : <https://www.nicecotedazur.org/actualite/2020/03/26/nice-téléconsultation>
63. Légifrance [En ligne]. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'Avenant n° 9 à la convention nationale ; [cité le 9 oct 2021]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/9/22/SSAS2128599A/jo/texte>
64. Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF) [En ligne]. Dossier de Presse - Le médecin du futur ; [cité le 1 oct 2021]. Disponible : <https://indd.adobe.com/view/99b31591-372c-4e98-8dfa-cbd552f8598c>
65. Agence du Numérique en Santé (ANS) [En ligne]. Télémédecine : multipliée par 3 en 1 an, les Français sont parmi les plus enthousiastes d'Europe à son sujet - Odoxa ; [cité le 1 oct 2021]. Disponible : <http://www.odoxa.fr/sondage/telemedecine-multipliee-3-1-an-francais-parmi-plus-enthousiastes-deurope-a/>
66. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) [En ligne]. Six EHPAD Val-d'Oisiens testent la téléconsultation de nuit avec SOS Médecins. 26 avr 2021 [cité le 4 sept 2021]; Disponible : https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/six-ehpad-val-d-oisiens-testent-la-teleconsultation-de-nuit-avec-sos-medecins/new_id/67341
67. Ville de Paris [En ligne]. COVIDOM, une application pour le suivi des patients porteurs ou suspectés du Covid-19 ; [cité le 22 oct 2021]. Disponible : <https://www.paris.fr/pages/covidom-une-appli-pour-le-suivi-des-patients-porteurs-ou-suspectes-du-covid-19-7705>
68. Dinh A. COVIDOM : Une expérience de Télémédecine unique pour la gestion du COVID-19. Médecine et Maladies Infectieuses. Oct 2020 ; 50(6):19.

ANNEXES

Annexe n°1 : Localisation des structures SOS Médecins en France



- Emplacement d'une association SOS Médecins
- Département n'ayant pas d'association SOS Médecins
- Département ayant au moins une association SOS Médecins

(Source : SOS Médecins France)

Annexe n°2 : Questionnaire en ligne

Ce questionnaire porte uniquement sur l'association dont vous êtes le président

1. Quelle association SOS Médecins présidez-vous ?

2. Combien compte-t-elle de médecins (y compris les remplaçants) ?

3. Son activité porte sur une zone :

- Urbaine stricte
- Mixte : urbaine et rurale

4. La téléconsultation a-t-elle été pratiquée AVANT le 24 janvier 2020 (date officielle des premiers cas de Covid-19 sur le territoire Français)

- Oui
- Non

5. La téléconsultation a-t-elle été pratiquée APRÈS le 24 janvier 2020 (date officielle des premiers cas de Covid-19 sur le territoire Français)

- Oui
- Non

6. Si la téléconsultation ne se pratiquait pas avant le 24 janvier 2020, quand a-t-elle commencé ?
(Sélectionnez "Non concerné" dans le menu déroulant si cette question ne vous concerne pas)

7. Si la téléconsultation ne se pratiquait pas avant le 24 janvier 2020, son instauration a été selon vous principalement motivée par :

- La demande des patients
- La demande des médecins
- La demande des autorités locales (ARS, SAMU, etc.)

8. Quelle est la proportion des téléconsultations ?

	Pratique inexistante	Moins de 10% des consultations	Entre 10% et 50% des consultations	Environ 50% des consultations	Plus de 50% des consultations
Avant le 24 janvier 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après le 24 janvier 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Si la pratique de la téléconsultation a augmenté au début de l'épidémie, cela a été selon vous principalement motivé par :

(Sélectionnez "Non concerné" si vous ne pratiquez pas la téléconsultation avant l'épidémie ou si cette pratique a diminué)

- La demande des patients
- La demande des médecins
- La demande des autorités locales : ARS, SAMU, etc.
- Non concerné par cette question

10. Si la pratique de la téléconsultation a diminué au début de l'épidémie, quelle en est selon vous la raison principale :

Ecrivez "Non concerné" si vous ne pratiquez pas la téléconsultation avant l'épidémie)

11. Quelles seraient les raisons du développement de la téléconsultation depuis le début de l'épidémie

Plusieurs choix possibles

- Suivi des patients atteints ou suspects d'infection par le SARS-CoV-2
- Volonté de limiter la transmission du virus
- Refus des patients de venir en consultation
- Prise en charge de la facturation TCG par la sécurité sociale
- Facilité de pratique de la téléconsultation (logiciels et applications gratuites, etc.)
- Autre raison (veuillez préciser)

12. Qu'est-ce qui a pu être un obstacle à la téléconsultation ?

Plusieurs choix possibles

- Manque de formation en téléconsultation (pratique, matériel, logiciels, etc.)
- Absence d'examen clinique
- Difficultés de rémunération de la pratique
- Possibilité d'erreur médicale (responsabilité médico-légale)
- Protection insuffisante des données par les applications, plateformes ou sites Internet
- Autre obstacle (veuillez préciser lequel)

13. Pensez-vous que depuis le début de l'épidémie le premier motif de recours à la téléconsultation soit en lien avec le SARS-CoV-2 ?

- Oui
- Non

14. Quel serait le motif le plus fréquent de recours à la téléconsultation depuis le début de l'épidémie ?

15. Quel serait le second motif de recours à la téléconsultation depuis le début de l'épidémie ?

Plusieurs réponses possibles si plusieurs motifs à égalité selon vous

- Motif psychiatrique, psychologique
- Motif urologique
- Motif dermatologique
- Motif allergologique
- Motif pédiatrique
- Motif dentaire
- Motif rhumatologique
- Motif traumatologique
- Motif endocrinologique
- Motif gynécologique
- Motif gastro-entérologique
- Motif ophtalmologique
- Motif cardiologique
- Autre motif médical

16. Depuis le début de l'épidémie, quels patients ont été les plus fréquents en téléconsultation ?

- Patients régulés par le centre 15
- Patients particuliers à domicile
- Patients en EHPAD
- Patients en foyer
- Patients en entreprise
- Autres patients (veuillez préciser)

17. Depuis le début de l'épidémie, quelle tranche d'âge est la plus fréquente en téléconsultation ?

- 0-5 ans
- 6-17 ans
- 18-39 ans
- 40-59 ans
- 60-74 ans
- 75 ans ou plus

18. Depuis le début de l'épidémie, l'accès à la téléconsultation est possible dans les cas suivants :

Plusieurs réponses possibles

- Par prise de rendez-vous par internet, par le patient, pour certains motifs médicaux établis
- Par prise de rendez-vous par téléphone, par le patient, pour certains motifs médicaux établis
- À l'initiative d'un médecin et à son appréciation, pour certains motifs médicaux établis
- À l'initiative d'un médecin et à son appréciation, sans motifs médicaux préalablement établis
- Autre cas d'accès à la téléconsultation (veuillez préciser)

19. Quels sont vos moyens pour réaliser des téléconsultations ?

Plusieurs choix possibles

-> Précisez le nom de l'application, de la plateforme ou du site Internet utilisé dans le champ libre en fin de question

- Application de messagerie et d'appel vidéo (ex: WhatsApp, Skype, Face-Time, etc.)
- Plateforme ou site de télé médecine en ligne (ex: Doctolib, Quare, Hellocare, etc.)
- Chariot ou cabine médicale de téléconsultation

Nom de l'application, de la plateforme ou du site Internet utilisé

20. Au début de l'épidémie, comment s'est organisée la téléconsultation au sein de votre structure ?

- Par la ligne de garde des médecins en consultations
- Par la ligne de garde des médecins en visites
- Par une ligne de garde dédiée à la téléconsultation
- Par tous les médecins en activité
- Par une autre organisation (veuillez préciser)

21. Pratiquez-vous actuellement la téléconsultation ?

- Oui
- Non

22. Pourquoi ne pratiquez-vous plus la téléconsultation ?

Indiquer la raison la plus pertinente selon vous

- Plus ou peu de demande des patients
- Conditions de consultations satisfaisantes (matériel de protection, protocoles, etc.)
- Difficultés dans les rémunérations
- Difficultés d'utilisation des interfaces (logiciels, plateformes, etc.)
- Peur de la faute professionnelle (responsabilité médico-légale)
- Autre raison (veuillez préciser)

23. Pensez-vous pratiquer la téléconsultation lorsque l'épidémie de SARS-CoV-2 sera terminée ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

24. Pourquoi pensez-vous ne pas pratiquer la téléconsultation lorsque l'épidémie de SARS-CoV-2 sera terminée ?

25. Pourquoi pensez-vous continuer à pratiquer la téléconsultation lorsque l'épidémie de SARS-CoV-2 sera terminée ?

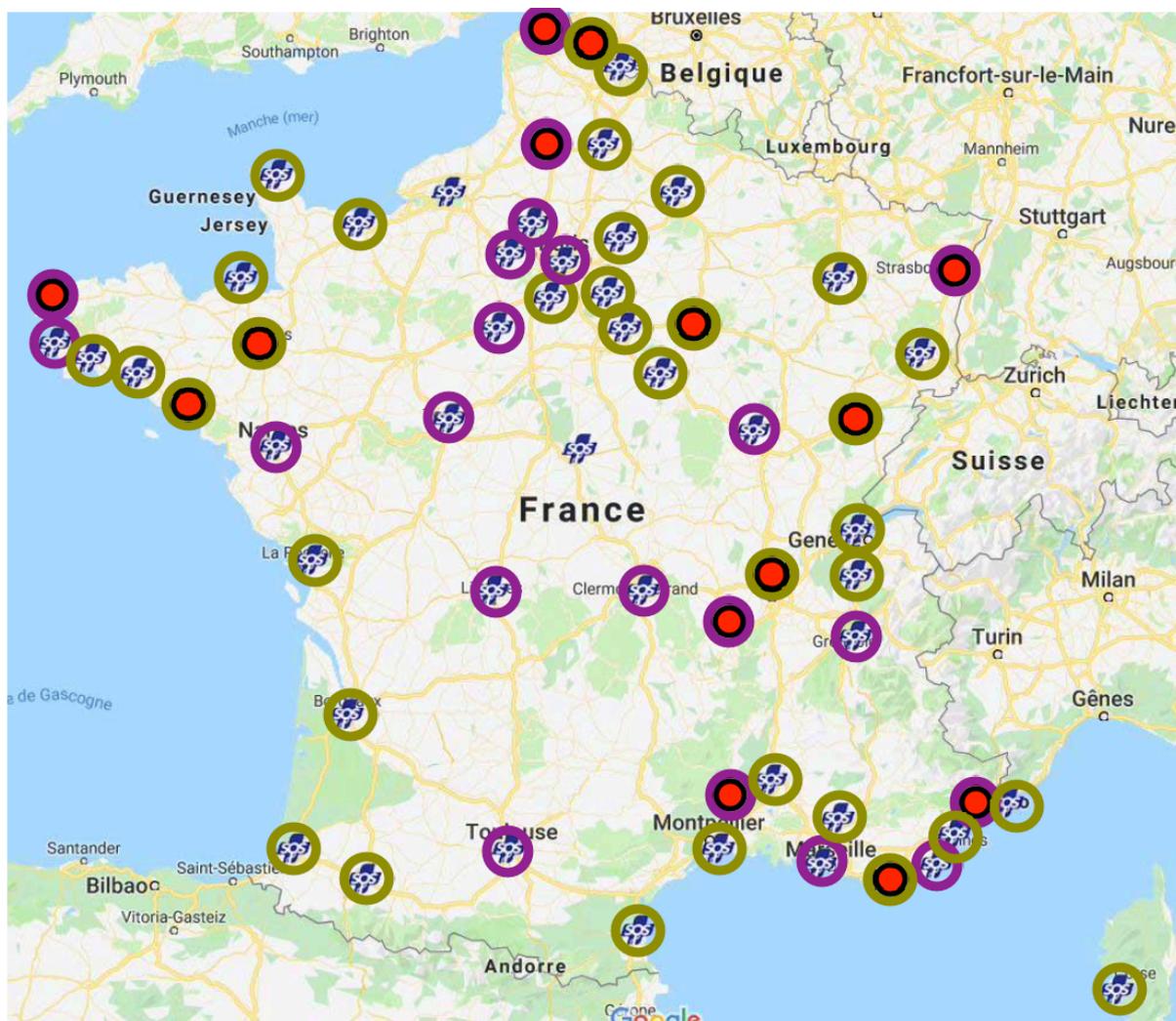
Indiquez la raison la plus pertinente selon vous

- La demande des patients est permanente
- Gain de temps sur une visite à domicile
- Téléconsultation déjà pratiquée avant l'épidémie donc poursuite de cette activité
- Autre raison (veuillez préciser)

26. Avez-vous pratiqué la télésurveillance de patients suspectés d'infection par le SARS-CoV-2 ou de cas avérés ?

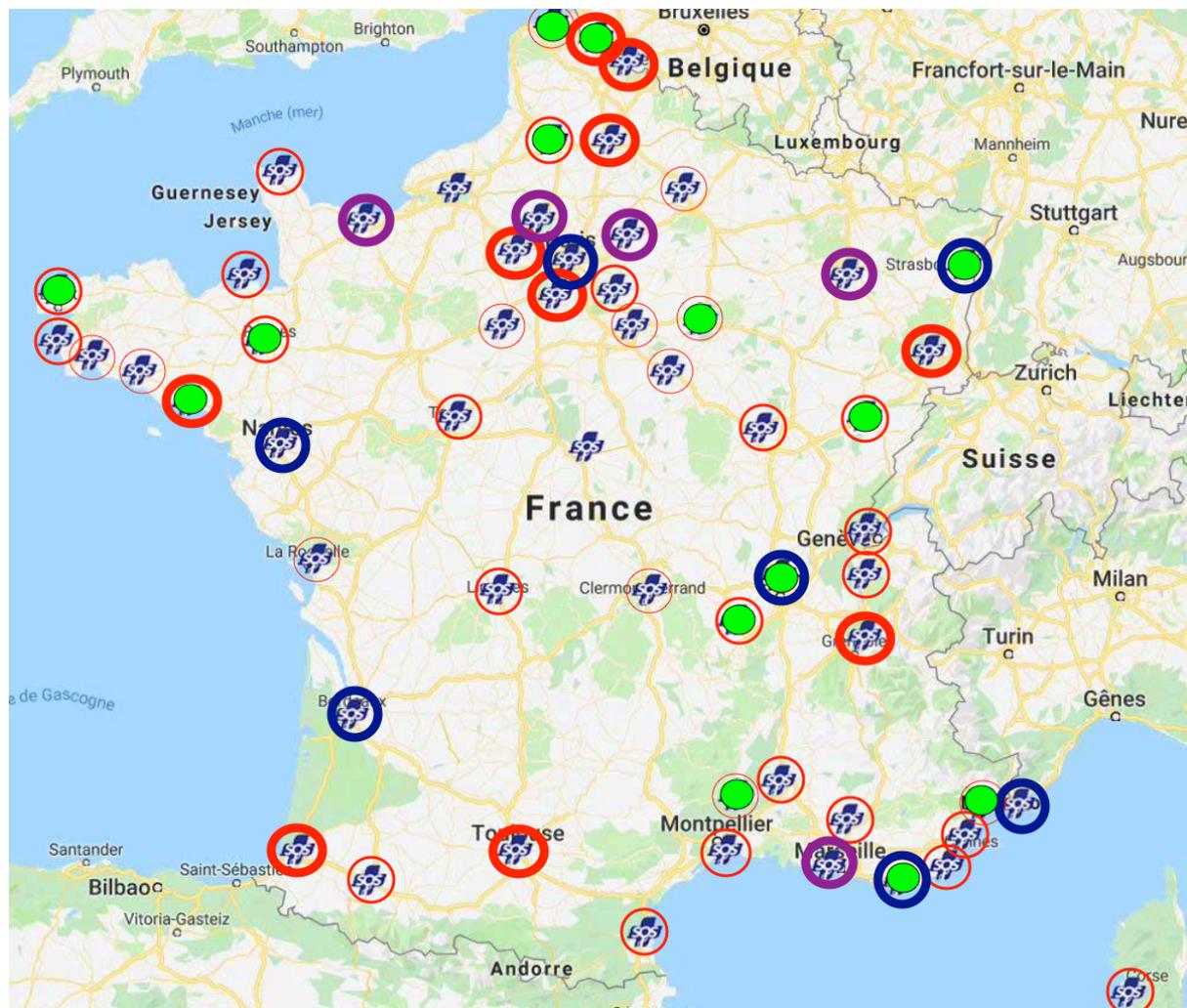
- Oui, et cette pratique continue
- Oui, mais ce n'est plus pratiqué
- Non

Annexe n°3 : Localisation des structures SOS Médecins ayant exercé la téléconsultation en début d'épidémie et leur zone d'activité



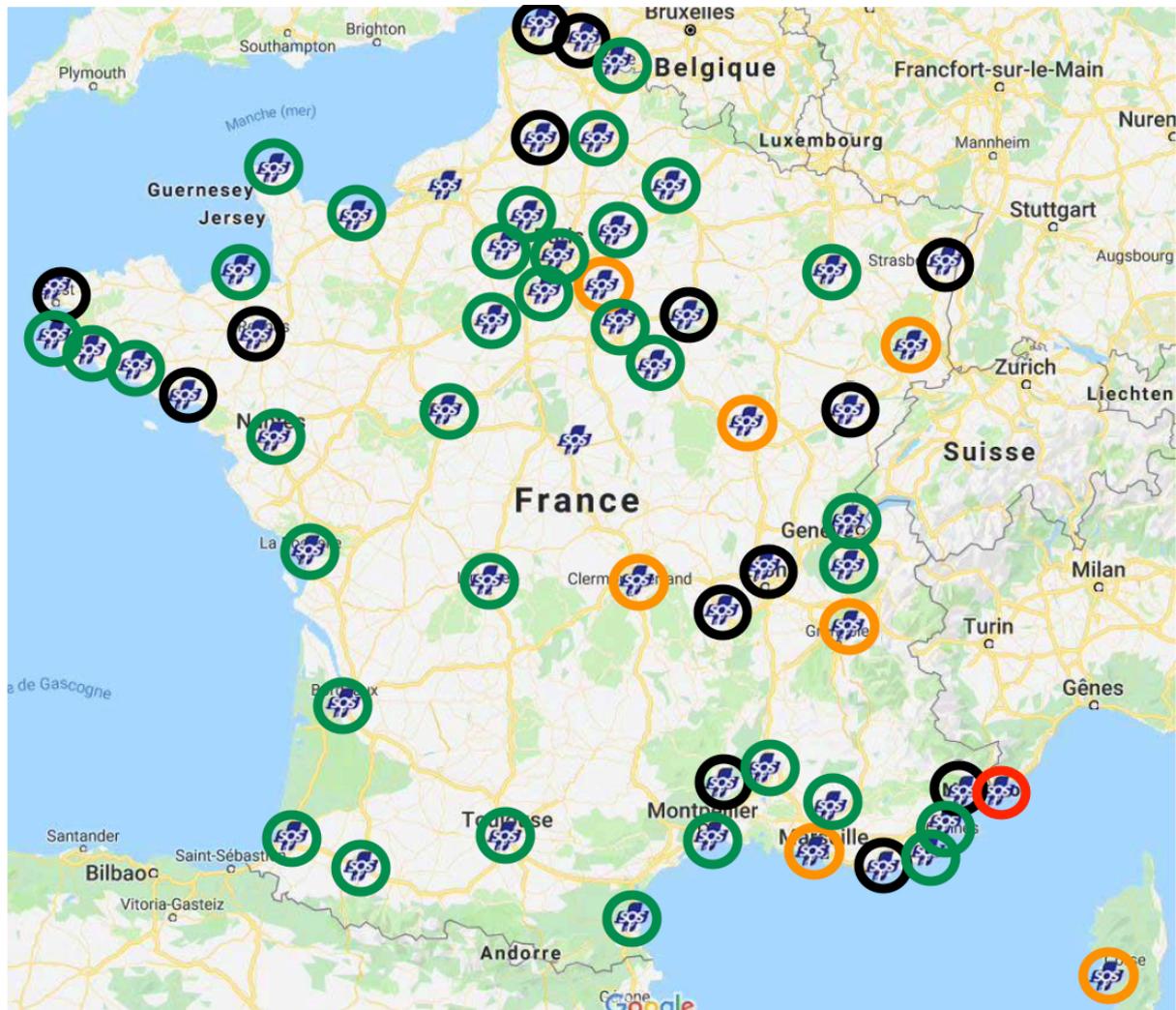
-  Urbaine stricte
-  Mixte : urbaine et rurale
-  Pas de téléconsultation

Annexe n°4 : Localisation des structures SOS Médecins ayant exercé la téléconsultation en début d'épidémie et leur taille (en effectifs de médecin)



-  1 – 10 médecins
-  11 – 20 médecins
-  21 – 30 médecins
-  31 – 40 médecins
-  > 41 médecins
-  Pas de téléconsultation

Annexe n°5 : Localisation des structures SOS Médecins et leurs taux de téléconsultations depuis le début d'épidémie



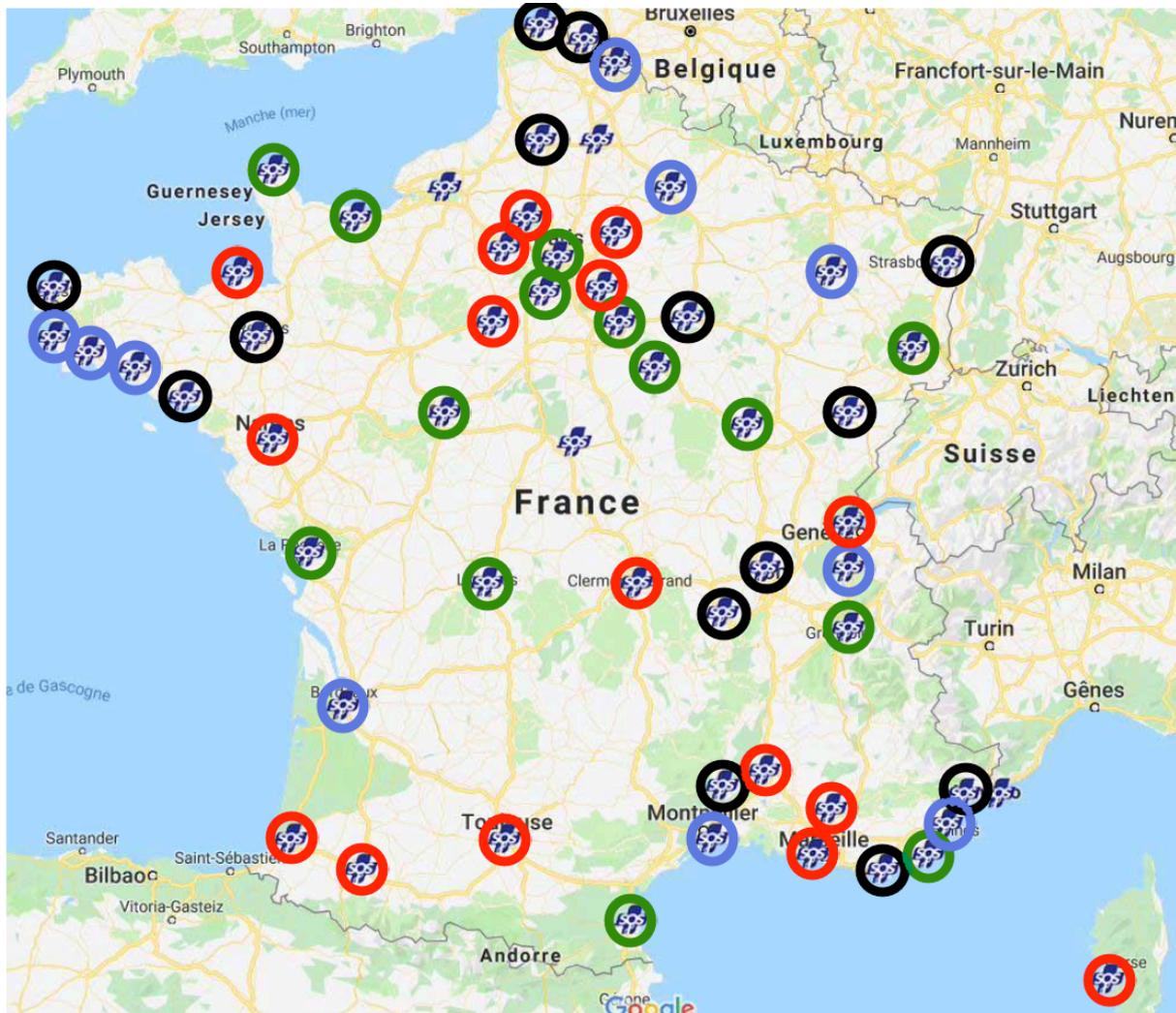
-  < 10% des consultations
-  10% - 50% des consultations
-  > 50% des consultations
-  Pas de téléconsultation

Annexe n°6 : Localisation des structures SOS Médecins et leur pratique de la téléconsultation lors de l'enquête



-  Arrêt de la téléconsultation
-  Poursuite de la téléconsultation
-  Pas de téléconsultation

Annexe n°7 : Localisation des structures SOS Médecins et leur avis sur la pratique de la téléconsultation hors épidémie



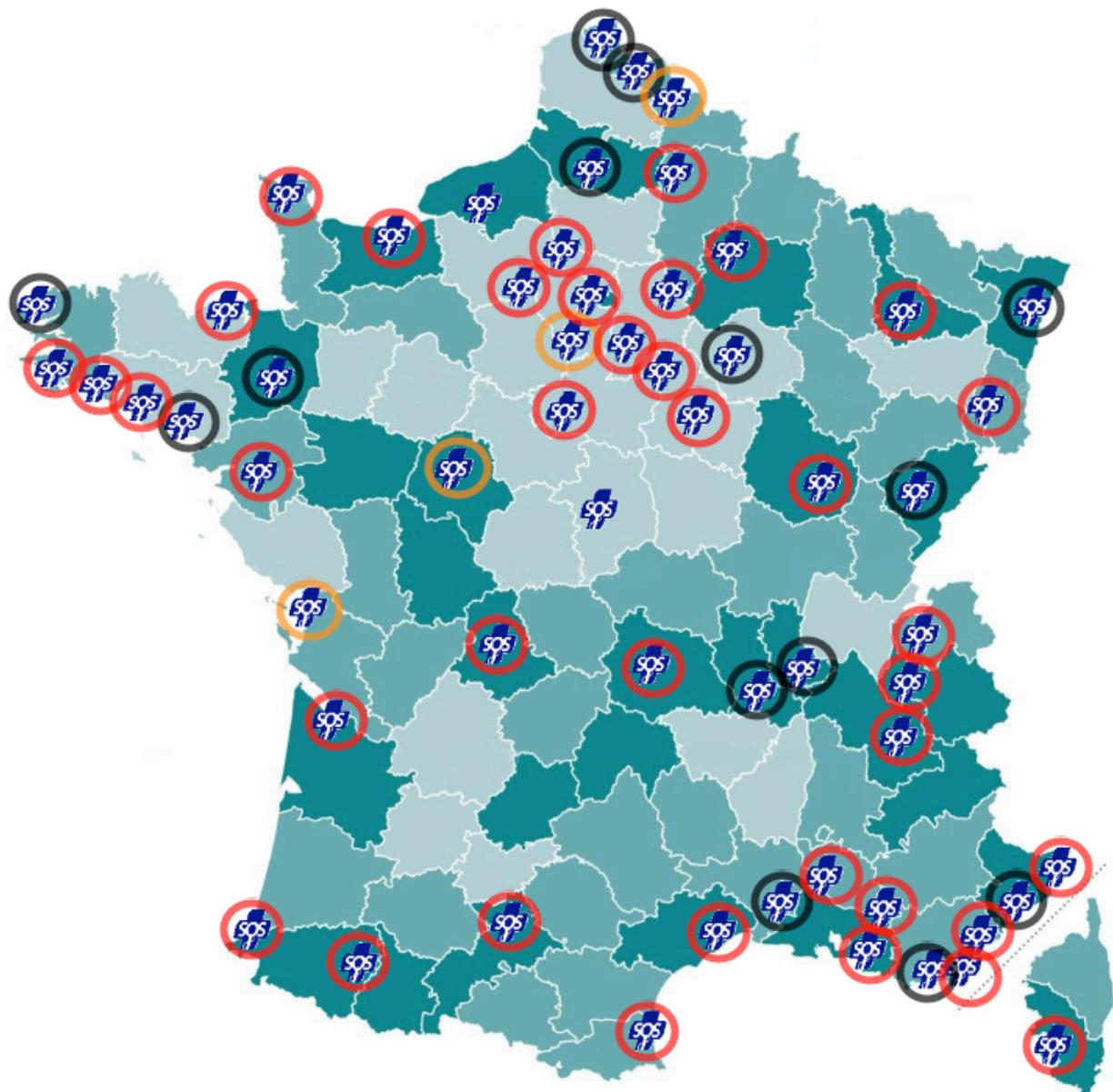
-  Avis favorable
-  Avis défavorable
-  Ne sait pas
-  Pas de téléconsultation

Annexe n°8 : Capacités des services de réanimation par départements (fin mars 2020) avec localisation des structures SOS Médecins leur activité de téléconsultation



-  Téléconsultation en place avant l'épidémie
-  Téléconsultation depuis l'épidémie
-  Pas de téléconsultation
-  0 – 60 % de la capacité initiale
-  60 – 80 % de la capacité initiale
-  80 – 161 % de la capacité initiale

Annexe n°9 : La densité de médecins en activité par département en 2017 (nombre de médecins pour 100 000 habitants avec localisation des structures SOS Médecins et leur activité de téléconsultation



Source initiale : Conseil National de l'Ordre des Médecins

- Téléconsultation en place avant l'épidémie
 - Téléconsultation depuis l'épidémie
 - Pas de téléconsultation
- 133 à 280
 - 281 à 329
 - 330 à 681

Annexe n°10 : Questionnaire initial type pour l'aide au diagnostic en téléconsultation face à des patients infectés par le SARS-CoV-2 (HAS, mars 2020)

Coronavirus (COVID-19)

Tableau 1

Questionnaire initial type pour patient COVID-19 en (télé)-consultation pour orientation : aide au diagnostic et à la prise de décision d'orientation (domicile ou hospitalisation)

Question	Réponse	Signe d'alerte (cocher)
Comment vous sentez vous ?	0 très mal à 10 très bien	Si réponse = 0
1. Les comorbidités du patient		
Quel âge avez-vous ?	X	Si >70 ans
Avez-vous des antécédents ?	Non / Oui / Précisez <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ; • Insuffisance rénale chronique dialysée ; • Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ; • Cirrhose ≥ stade B ; • Antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle, ATCD accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque ; • Diabète insulino-dépendant ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro ou macro angiopathie) ; • Immunodépression ; <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ○ Infection à VIH non contrôlé ou avec des CDA < 200/mm³ ○ Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ○ Cancer en cours de traitement • Obésité morbide IMC > 40 • Grossesse au 3^{ème} trimestre 	
2. Les signes cliniques présentés et critère de gravité		
Quelle est votre température ?	X°C	Si fièvre
Avez-vous des frissons ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des courbatures ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des maux de tête ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Toussez-vous ?	Non/un peu /Beaucoup	Si Beaucoup
Le nez coule-t-il ?	Oui / Non	/
Crachez-vous ? si oui « sale » on non	Oui / Non	Oui si signe de surinfection
Mal de gorge, ou autre signe pharyngé	Oui / Non	/
Etes-vous gêné pour respirer ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense

Coronavirus (COVID-19)

Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Etes-vous essoufflé au repos ?	Oui / Non	Si Oui
Etes-vous essoufflé à l'effort ?	A l'effort léger/ A l'effort intense / Non	A l'effort léger
Merci de réaliser l'exercice suivant. Comptez à voix haute d'une traite?	*Notez le chiffre obtenu avant de reprendre la inspiration*	
Avez-vous vomi ?	Oui / Non	/
Avez-vous la diarrhée ?	Oui / Non	/
Arrivez-vous à boire et manger correctement ?	Oui / Non	Si Non
Altération de la conscience	Oui / Non	Si Oui
Déshydratation	Oui / Non	Si Oui
Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé	Oui / Non	Si Oui
3. L'entourage familial, environnement social et aspects psychologiques pour maintien à domicile		
Quel est votre entourage au domicile ?	Oui / Non	/
Des personnes peuvent-elles vous aider ?	Evaluer la disponibilité d'un aidant pouvant, absence de personne fragile à domicile (cf critère de co-morbidités)	
Des personnes fragiles vivent-elles avec vous ?		
Pouvez-vous mettre en place des mesures de protection (hygiène des mains) ?	Oui / Non	/
	Evaluer les possibilités de mise en place des mesures d'hygiène	
Avez-vous compris comment s'organisera votre prise en charge à domicile ?	Oui / Non	/
Est-ce que cela vous convient ?	Evaluer la compréhension / l'adhésion	
Avez-vous des questions ?		
Aimeriez-vous être rappelé ?	Oui / Non	/

Tableau 2

Proposition de questionnaire suivi patient COVID-19 en téléconsultation

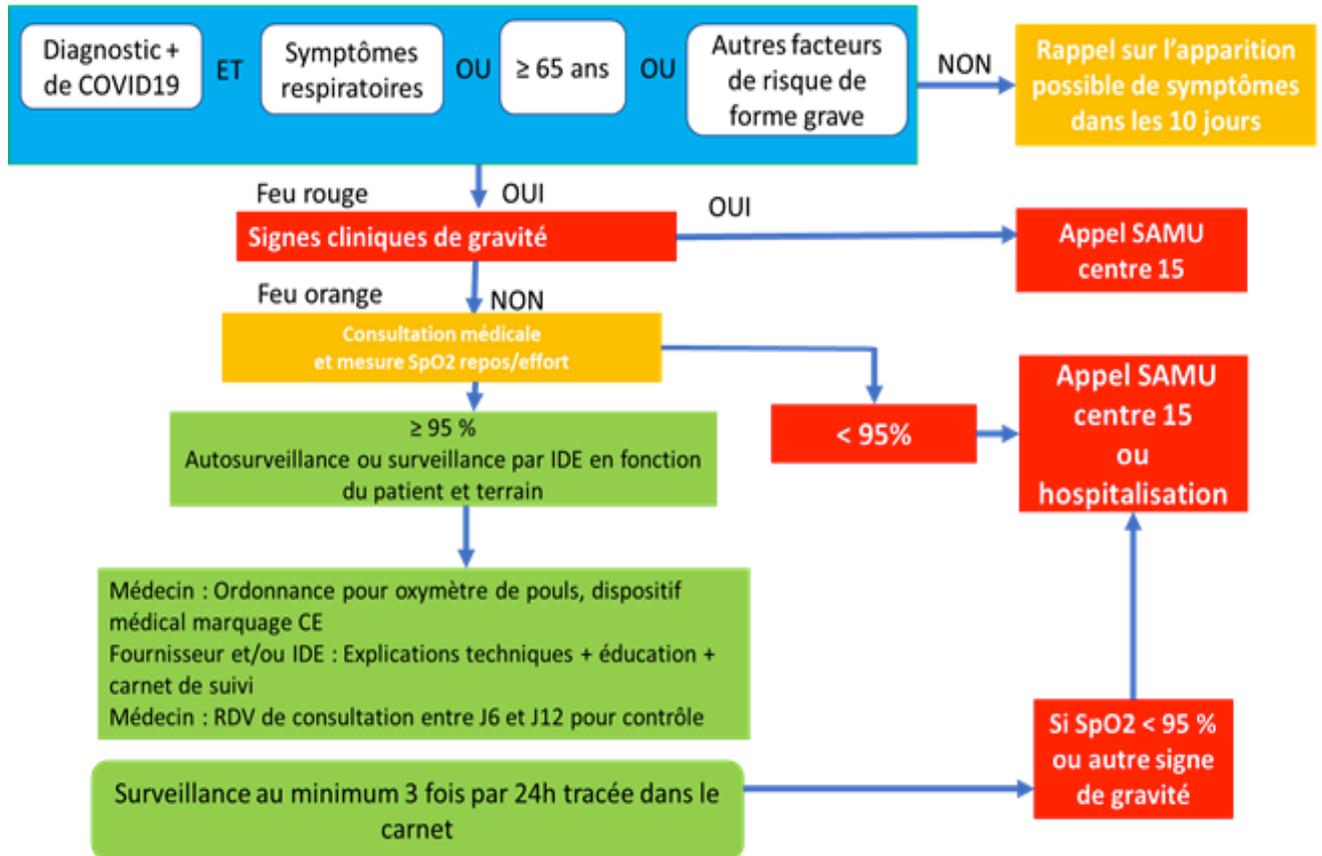
Question	Réponse	Signe d'alerte (cocher)
Comment vous sentez vous ?	0 très mal à 10 très bien	Si réponse = 0
Interroger sur comorbidités		
Quelle est votre température ?	X°C	Si fièvre
Avez-vous des frissons ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des courbatures ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des maux de tête ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Toussez-vous ?	Non/un peu /Beaucoup	Si Beaucoup
Le nez coule-t-il ?	Oui / Non	/
Crachez-vous ? si oui « sale » on non	Oui / Non	Oui si signe de surinfection
Mal de gorge, ou autre signe pharyngé	Oui / Non	/
Êtes-vous gêné pour respirer ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Êtes-vous essoufflé au repos ?	Oui / Non	Si Oui
Êtes-vous essoufflé à l'effort ?	A l'effort léger/ A l'effort intense / Non	A l'effort léger
Merci de réaliser l'exercice suivant. Comptez à voix haute d'une traite?	*Notez le chiffre obtenu avant de reprendre la inspiration*	
Avez-vous vomi ?	Oui / Non	/
Avez-vous la diarrhée ?	Oui / Non	/
Arrivez-vous à boire et manger correctement ?	Oui / Non	Si Non
Altération de la conscience	Oui / Non	Si Oui
Déshydratation	Oui / Non	Si Oui
Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous pris du paracétamol depuis le dernier questionnaire ?	Oui / Non	/

Coronavirus (COVID-19)

	<i>Si oui, précisez l'heure de la 1ere prise/ déroulé. Si seconde prise, précisez l'heure de cette seconde prise/déroulé.</i>	
<i>Aimeriez-vous être rappelé ?</i>	Oui / Non	

Les réponses en rouge constituent des signes d'alerte

Annexe n°11 : Arbre décisionnel - Suivi des patients COVID-19 en ambulatoire et place de l'oxymètre de pouls (HAS, avril 2021)



TITRE DE LA THÈSE : La téléconsultation lors de l'épidémie de SARS-CoV-2 : son usage chez SOS Médecins France

AUTEUR : Tomy PERRIER

RÉSUMÉ :

Introduction : La télémédecine, encore balbutiante avant 2020, a connu un essor notable avec l'arrivée de l'épidémie de SARS-CoV-2 en France. Les associations SOS Médecins ont dû réagir et réorganiser leur activité. L'objectif de cette étude tendait à quantifier la pratique nouvelle de la téléconsultation chez SOS Médecins France.

Méthodes : Une étude quantitative et descriptive a été réalisée via une enquête diffusée à l'ensemble des Présidents des associations SOS Médecins France. Les données ont été recueillies de manière rétrospective au moyen d'un questionnaire auto-administré.

Résultats : Au total, 57 structures SOS Médecins ont été incluses dans cette étude. L'extension de la téléconsultation est conjoncturelle au développement des outils numériques et sa mise en place réalisée principalement à l'initiative des médecins des associations sans corrélations observées sur l'aspect géographique, les spécificités du territoire ou sur le taux d'effectifs. La téléconsultation est globalement accessoire au sein des structures avec moins de 10% d'actes totaux réalisés. Les obstacles majeurs à cette pratique ne peuvent être levés étant donné l'activité spécifique des associations SOS Médecins.

Conclusion : L'avenir de la téléconsultation est incertain au sein de SOS Médecins et les avis sont partagés quant à son maintien hors épidémie. En effet, les problématiques liées à cette pratique subsistent et les conditions de consultation en cabinet médical et en visite sont redevenues satisfaisantes. Les associations SOS Médecins sont partagées entre satisfaire une demande de la patientèle et maintenir une offre de soins de qualité. Pour cela, une réflexion sur une harmonisation au sein de la Fédération SOS Médecins et un encadrement de la téléconsultation à l'échelle nationale serait pertinente à mener.

MOTS-CLÉS : Télémédecine, téléconsultation, SARS-CoV-2, COVID-19, SOS Médecins, soins non programmés