UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022 2022 TOU3 1551

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement par

Jade BOESCH

Le 19/05/2022

EVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA PRATIQUE DE LA TÉLÉCONSULTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU C.H.U. DE TOULOUSE EN 2021

Directeur de thèse : Dr SASSI Kaissar

JURY :

Monsieur le Professeur FOURCADE Olivier	**Président**
Monsieur le Professeur MINVILLE Vincent	**Assesseur**
Monsieur le Docteur FERRE Fabrice	**Assesseur**
Monsieur le Docteur PIAU Antoine	**Assesseur**

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier

au 1er septembre 2021

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur GRAND Alain
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LANG Thierry
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SERRE Guy
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE — **Doyen : Didier CARRIE**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie, Addictologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et Santé au Travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

Professeurs des Universités de Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeurs Associés Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. CHICOULAA Bruno
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie; Hygiène Hospitalière

Mme MALAVAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : Elie SERRANO**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CORRE Jill	Hématologie, Transfusion
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MARTINEZ Alejandra	Cancérologie, Radiothérapie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur des Universités de Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-DE PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31000 Toulouse

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme DE GUISEZINSKY Isabelle	Physiologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. REVET Alexis	Pédopsychiatrie, Addictologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

Maîtres de Conférences Universitaires de Médecine Générale

M. BRILLAC Thierry	M. BISMUTH Michel
Mme DUPOUY Julie	M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne	Dr BIREBENT Jordan
Dr PIPONNIER David	Dr. BOUSSIER Nathalie
Dr PUECH Marielle	Dr LATROUS Leila

15/10/2021

Serment d'Hippocrate

«Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime

si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.»

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

Université de Toulouse

FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

REMERCIEMENTS

Au Docteur Sassi, merci de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir accompagnée tout au long de sa rédaction. Merci pour votre disponibilité et votre soutien.

A Monsieur le Professeur Fourcade, Monsieur le Professeur Minville, au Docteur Piau et au Docteur Ferré, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, c'est un honneur pour moi de terminer mes études en votre présence.

Aux médecins du CHU de Toulouse pour leur enseignement, leur rigueur et leur soutien.

A mes parents qui me permettent d'accomplir mes rêves les uns après les autres. Qui m'ont transmis leur force, leur courage et leur détermination. Merci pour votre amour et votre présence.

A mes grands-parents, pour vos conseils avisés nourris d'exemples et de sagesse. Votre bienveillance et vos inquiétudes me touchent.

A mon frère pour ton obstination, tu as toujours cru en moi et me pousse vers mes limites. Grâce à toi j'ai appris à être plus forte et à me surpasser.

A ma sœur, pour ta joie de vivre perpétuelle, ta force et ta gentillesse. Tu es la petite dernière mais la meilleure.

A mes demi-frères grâce à qui j'ai un souvenir ému de ma jeunesse. Pour leur bêtise qui continue chaque jour plus importante mais qui nous fait toujours autant rire. L'harmonie de la maison était belle grâce à nous.

A ma nounou de toujours, pour nous avoir aimés comme tes enfants, pour avoir tout fait pour nous rendre le plus heureux possible. C'est une réussite.

A mes meilleures amies du Castella, pour toutes nos bêtises et nos premières fois. Celles qui nous ont permis d'affronter la vie d'adulte avec sérénité.

A la team sport du Castella, qui m'a rendue compétitrice et qui m'a permis d'affronter ces longues études.

A mes Foufounus, cette harmonie parfaite et ce soutien inconditionnel pendant toutes ces dures années. Nos plus beaux voyages, nos débuts en humanitaire resteront à vie mes meilleurs souvenirs.

A mes deux colocs, ma famille si douce. Vous me manquez chaque jour depuis cette dure séparation.

Aux membres du trio infernal, les souvenirs me pincent le cœur. Nous n'aurions pu rêver meilleure association maléfique. Merci d'avoir et de faire partie de ma vie.

Pour mes amis du waterpolo, pour m'avoir changé les idées avec votre bonne humeur, dans l'insouciance des entraînements. Un remerciement n'est pas suffisant.

Pour mes co-internes d'anesthésie réanimation, merci pour cette entraide, nous aurons bien ri pendant ces années.

A la team Ariège, premier semestre débuté par un trail sous la pluie, fini par quelques soirées au Diam's. Merci d'avoir aimé mon pays, j'espère qu'on s'y retrouvera bientôt.

Aux internes, et docteurs de la Réunion pour ce semestre. J'ai pris confiance en moi et en mes actions, j'ai à nouveau cru en la médecine et j'ai appris, à votre exemple, à apprécier mon métier.

A Vincent pour ta présence, ton soutien sans faille et ton admiration. Ta patience est sans limite, ta gentillesse inépuisable. Je suis chanceuse de t'avoir avec moi.

Merci à toutes les autres personnes qui ont été là durant ces années, qui m'ont inspirée, conseillée et avec qui j'ai partagé de bons moments.

Jade

TABLE DES MATIÈRES

A. INTRODUCTION……11

1. Historique et cadre juridique de la téléconsultation
2. Evolution récente et difficultés soulevées

B. MATERIEL ET METHODES……15

1. Objectif et type de l'étude
2. Population ciblée
3. Questionnaire
4. Recueil des données
5. Analyse statistique
   - 5.1. analyse quantitative
   - 5.2. Analyse qualitative

C. RÉSULTATS……18

1. Caractéristiques de la population étudiée
2. Degré de satisfaction de la téléconsultation
3. Les moyens utilisés
4. L'avis des praticiens sur les avantages, indications et freins à la pratique de la téléconsultation
   - 4.1. Les avantages
   - 4.2. Les freins
   - 4.3. les indications
5. La projection des praticiens dans le futur pour la pratique de la téléconsultation

D. DISCUSSION……25

1. A propos des résultats
    1.1. La satisfaction des praticiens
    1.2. Les moyens utilisés
    1.3. L avantages émis par les praticiens
    1.4. Les freins émis par les praticiens
    1.5. Les indications de la téléconsultation
    1.6. La projection des praticiens dans le futur
2. Autour de la méthodologie
    2.1. Le choix d'une étude quantitative
    2.2. La participation
    2.3. Le questionnaire
    2.4. les biais

E. CONCLUSION……33

ANNEXES……34

Annexe I : questionnaire de l'étude

Annexe II : analyse univariée des facteurs influençant le taux de satisfaction des praticiens

Annexe III : analyse univariée des facteurs influençant le sentiment de déshumanisation

Annexe IV : analyse multivariée des facteurs influençant le taux de satisfaction des praticiens

Annexe V : Analyse multivariée des facteurs influençant le sentiment de déshumanisation

Annexe VI : réponse ouverte à propos des freins à la téléconsultation

BIBLIOGRAPHIE……42

A. INTRODUCTION

1. Historique et cadre juridique de la téléconsultation

Les premières notions de téléconsultation sont apparues dès l'antiquité où des conseils médicaux pouvaient être donnés via des signaux de fumées ou la réflexion de la lumière (1). Au dix-huitième siècle il était courant de consulter un médecin de manière épistolaire (2). L'invention et la diffusion du téléphone en 1879, a permis et facilité l'amélioration de ces soins à distance. Celui-ci est devenu progressivement un instrument essentiel de l'exercice médical. La radio a ensuite permis les services de téléassistance au profit des marins sur les bateaux, des soldats sur les champs de bataille, etc... En France, la station radio de Saint-Lys (31470) créée en 1940 permettait d'émettre des messages radios, en morse, à grande distance afin d'effectuer une assistance médicale pour les navires maritimes. Toulouse est par la suite devenu le centre de référence en consultation médicale maritime (CCMM) en 1983, et le reste, de par son histoire encore aujourd'hui (3). Après la seconde guerre mondiale, la NASA (National Aeronautics and Space Administration) engagée dans la conquête spatiale a financé des programmes de développement importants pour permettre la surveillance médicale et la délivrance de soins médicaux a ses astronautes envoyés dans l'espace (1). Ces programmes ont permis le développement d'outils de télécommunication extrêmement élaborés rendant les échanges de plus en plus rapides. Le développement des liaisons par satellite et surtout l'essor d'internet ont permis la multiplication des projets de télémédecine destinés à de plus en plus de populations. Les premiers numéros d'urgence apparaissent dans les années 1940 à Londres. En France, c'est Louis Lareng (Toulousain, cofondateur du premier SAMU en 1989), qui initia la télémédecine en créant en 1989 l'Institut Européen de Télémédecine à Toulouse permettant des services médicaux plus rapides et le partage d'informations de plus en plus complexes.

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît pour la première fois en 1997 la télémédecine et la définit comme *« les activités, services et systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen de technologie d'information et des communications pour les besoins planétaires de promotion de la santé, des soins et du contrôle des épidémies, de la gestion et de la recherche appliquées à la santé »* (4). L'approbation au niveau mondial de cette pratique médicale et le développement d'outils de communication adaptés marquent le début du nouvelle ère, celle de la télémédecine "moderne".

La reconnaissance institutionnelle et législative de la télémédecine n'apparaît en France qu'en 2009 avec la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) qui approfondit la définition de la télémédecine comme *« une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. (….) permettant d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi à visée préventive ou post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes. »* (Article L. 6315)(5). Cette avancée est suivie, un an plus tard, du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, inséré dans le code de la santé publique. Il définit un cadre réglementaire dans les principaux domaines de la télémédecine (téléconsultation, la téléexpertise, téléassistance, télésurveillance et régulation médicale) et permet de considérer d'un point de vue juridique la télémédecine comme un acte médical standard (6).

Ces textes de loi ont permis le développement de la télémédecine jusqu'à la mise en place de la tarification et du remboursement de la téléconsultation, en septembre 2018, par l'Assurance Maladie. Le décret du 13 septembre 2018 et l'arrêté du 1er août 2018 portant approbation par arrêté ministériel de l'avenant n°6 à la convention médicale ont profondément modifié les modalités d'organisation de toute activité de télémédecine et ont fait entrer la téléconsultation dans le droit commun de la prise en charge des actes médicaux par l'Assurance Maladie (7). Les téléconsultations sont alors facturées selon les mêmes modalités que les consultations en présentiel.

Dans le même temps, l'Ordre national des médecins publie des recommandations spécifiques à la télémédecine (8). Et les principes du code de déontologie (information, consentement, respect de la vie humaine, soins adaptés, dossier médical, etc…) doivent être appliqués lors d'un acte de télémédecine comme pour tout acte médical (9).

2. Evolution récente et difficultés soulevées

En septembre 2019, un an après la mise en place du remboursement par l'assurance maladie, un peu moins de 2 000 médecins seulement pratiquaient la téléconsultation, soit moins de 1 % de l'ensemble des praticiens, tous modes d'exercice confondus. Environ 60 000 téléconsultations ont été remboursées par l'assurance maladie (10). Suite à cette période, une phase d'accélération soudaine des usages de la télémédecine débute en mars 2020, en

lien avec l'épidémie de COVID-19 (COrona VIrus Disease). Devant cette pandémie, des mesures d'urgence ont dû être élaborées pour permettre la poursuite des prises en charge médicales, et le soin aux personnes contaminées, favorisé par un assouplissement temporaire du cadre réglementaire avec le remboursement à 100 % par l'Assurance Maladie pour les personnes atteintes par le COVID-19 et la possibilité de réaliser des téléconsultations par téléphone (11). Avant le confinement de la population française au printemps 2020, le nombre de téléconsultations ne représentait que 0,1 % de l'ensemble des consultations. Avec l'épidémie, le nombre de téléconsultations a explosé en France. Il est passé de 40 000 actes par mois à 4,5 millions en avril pour se situer à près d'un million d'actes pendant l'été (12). Au moment du confinement, la téléconsultation représentait une consultation sur quatre. Aujourd'hui, elle est intégrée à la pratique de plus d'un médecin sur deux en France (12).

Au CHU de Toulouse, entre 2019 et 2020 le nombre annuel de téléconsultations est passé de 200 à 24 200 selon les statistiques annuelles. Son évolution était marquée par deux phases. Dans la première phase et vu le contexte d'urgence, les praticiens avaient la possibilité d'utiliser une procédure dégradée, notamment les appels téléphoniques. Dans la deuxième phase, les praticiens utilisent de plus en plus le logiciel de téléconsultation «TéléO», il s'agit d'une plateforme régionale sécurisée permettant la pratique de la télémédecine. Ce logiciel propose trois fonctionnalités principales : organisation de la téléconsultation, échanges sécurisés de documents, consultation en mode synchrone par vidéotransmission. Il fonctionne sur ordinateur et également en mobilité (smartphone, tablette, etc) (13).

Sans formation préalable, les médecins ont pratiqué les téléconsultations au pied levé, en se confrontant à des difficultés inédites (adaptation des pratiques cliniques à distance, nouveaux modes de communication, etc…). Plusieurs études avaient évalué la satisfaction et les avis des praticiens avant la pandémie COVID-19 (14) mais depuis l'exposition du nombre de téléconsultation, aucune étude n'a évalué les conséquences de la généralisation de cette nouvelle pratique. Des études ont montré que la satisfaction était importante dans certaines spécialités (15,16). Mais aucune d'entre elles n'a été réalisée de manière généralisée pour objectiver la satisfaction des praticiens, leurs avis et leurs projections dans le futur.

Hors cette nouvelle pratique soulève de nombreuses questions tant médicale que éthique et disciplinaire. En effet l'avenir de la médecine intégrera de plus en plus de pratique de téléconsultation qui doivent évoluer dans une pratique prédéfinie et respectueuse des volontés des patients et des praticiens. L'objectif de notre étude a donc été d'étudier le taux de satisfaction des praticiens hospitaliers du CHU de Toulouse vis à vis de la téléconsultation. Le but de l'étude a également été de mettre en évidence les différents facteurs pouvant influencer le degré de satisfaction et le sentiment déshumanisation de la relation médecin-patient. Les objectifs secondaires ont était de recueillir les modalités optimales pour la pratique de la téléconsultation ainsi que les éléments de projection dans le futur.

B. MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive, monocentrique à l'aide d'un auto-questionnaire réalisé sur Google forms.

2. Critère de jugement

Le critère de jugement principal était le taux de satisfaction des médecins au CHU de Toulouse sur la téléconsultation, par l'échelle de Likert modifiée (pas du tout satisfait, non satisfait, satisfait, très satisfait).

3. Rationnel éthique

Avant le début du projet, le plan de l'étude a été soumis à la commission médicale d'établissement de l'hôpital de Toulouse. L'étude était anonyme et basée sur le volontariat.

4. Population ciblée

L'étude a été réalisée auprès des médecins séniors travaillant au CHU de Toulouse en 2021 et exerçant au sein d'un pole pratiquant la téléconsultation. Douze pôles étaient concernés : anesthésie-réanimation, cardiologie, neurologie, chirurgie digestive, pôle mère enfant, maladies infectieuses et tropicales, immunologie, orthopédie, urologie, néphrologie, chirurgie plastique et oncologie.

Tous les médecins inclus devaient avoir pratiqué au moins une téléconsultation depuis le début de la crise sanitaire.

5. Questionnaire

L'enquête a été réalisée grâce à un questionnaire comprenant vingt questions réparties en trois parties (Annexe I) :

- La première partie concerne les données sociodémographiques des répondants.
- La deuxième partie concerne l'avis des praticiens sur les avantages, indications et freins à la pratique de la téléconsultation. Le taux de satisfaction est recueilli en utilisant l'échelle de Likert modifiée permettant aux praticiens d'exprimer différents degrés de satisfaction et d'insatisfaction.
- La troisième partie concerne la projection dans le futur pour la pratique de la téléconsultation.

Le questionnaire a été testé par trois médecins qui ont mis environ 2 minutes à y répondre. Ce temps a été jugé satisfaisant.

5. Recueil des données

Le questionnaire Google Forms a été envoyé à tous les pôles du CHU de Toulouse pratiquant la téléconsultation. Environ 800 médecins étaient concernés et ont reçu directement le lien Google Forms sur leurs adresses mails professionnelles.

Le premier envoi du questionnaire était le 1er juin 2021. Deux relances ont ensuite été faites à 10 jours d'intervalle chacune soit le 10 juin et 20 juin 2021.

6. Analyse statistique .

La saisie des résultats est réalisée en utilisant le logiciel Excel (Microsoft Office 2007, USA) et l'analyse des données est faite par le logiciel SPSS 20.

6.1. Analyse quantitative

6.1.1. Analyse descriptive

Une analyse descriptive et transversale globale des données socio-démographiques et des réponses à chaque question a été synthétisée selon les effectifs et pourcentages de réponses. Pour les variables quantitatives nous avons utilisé le test de Kolmogorov-Smirnov afin de vérifier la normalité de la distribution. Ainsi, les données sont présentées par leurs moyennes ± écarts types si la distribution était normale et comparées par le test « t » de Student sinon par leurs médianes et comparées par le test U de Mann-Whitney.

6.1.2. Analyse univariée

Une analyse univariée a été réalisée afin de rechercher les associations entre le degré de satisfaction de la téléconsultation, le sentiment de déshumanisation et les différentes variables étudiées. S'agissant de variables qualitatives le test de comparaison utilisé a été le Chi-2 lorsque que les conditions de validité le permettaient (effectifs théoriques par cellules ≥ 5), sinon, le test exact de Fisher a été utilisé. Le risque de premiere espèce «α» a été fixé à 5%. La force d'association a été estimée par le calcul de l'Odds Ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95%.

6.1.3. Analyse multivariée

Dans un second temps une analyse multivariée a été réalisée pour contrôler les biais de confusion potentiels. Dans Le cadre d'une régression logistique binaire descendante pas à pas, les variables inclues étaient toutes les variables ayant une valeur de p inférieure ou égale à 20% lors de l'analyse univariée. Le risque de premiere espèce «α» a été fixé à 5%. La force d'association a été estimée par le calcul de l'Odds Ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95%.

6.2. Analyse qualitative

Aucun codage de mots-clefs n'a été effectué pour les commentaires. Ils ont été analysés un par un. Le nombre de commentaires étant important, ils ont été regroupés en fonction de la réponse du médecin. Ils nous ont permis d'obtenir des précisions sur l'opinion des médecins.

C. RÉSULTATS

Les résultats descriptifs et analytiques sont présentés dans l'ordre des questions posées. Les tableaux des analyses univariées et multivariées sont disponibles en annexe II, III, IV et V.

Une question était ouverte et permettait des commentaires, les réponses ont été analysées à la fin du chapitre 4.2 et sont détaillées en annexe VI.

1. Caractéristiques de la population étudiée

Le taux de réponse était relativement faible soit 18,1% (145/ 800) après deux relances.

La majorité des médecins ayant participé à l'enquête était de sexe féminin (66,2%).

La médiane d'âge des participants était de 42 ans avec des extrêmes allant de 28 à 67 ans avec une majorité des praticiens ayant plus de 40 ans (n=78 soit 56,9%).

L'analyse univariée n'a pas permis d'établir un lien entre le degré de satisfaction des praticiens et leurs âges ou sexe.

L'analyse multivariée retrouvait que le sentiment de déshumanisation comme frein à la téléconsultation était moins important chez les praticiens de moins de 40 ans. *(p=0,049)*.

La médiane des patients vus par semaine était de 20 patients avec des extrêmes allant de 0 à 80 consultations par semaine.

Le nombre effectué de téléconsultations en 1 an était supérieur à 30 dans 53,8% des cas, entre 11 et 30 dans 31,7% des cas et entre 1 et 10 dans 14,5% des cas.

2. Degré de satisfaction de la téléconsultation

Deux tiers des participants étaient “plutôt satisfaits” de leurs expériences de téléconsultation (69%). Un quart était “plutôt pas satisfaits” (21,4%) contre 4,8% qui n’étaient “pas du tout satisfaits” et 4,8% étaient “totalement satisfaits”.

Au total, 73,8% étaient satisfaits contre 26,2% qui étaient non satisfaits (Figure I).

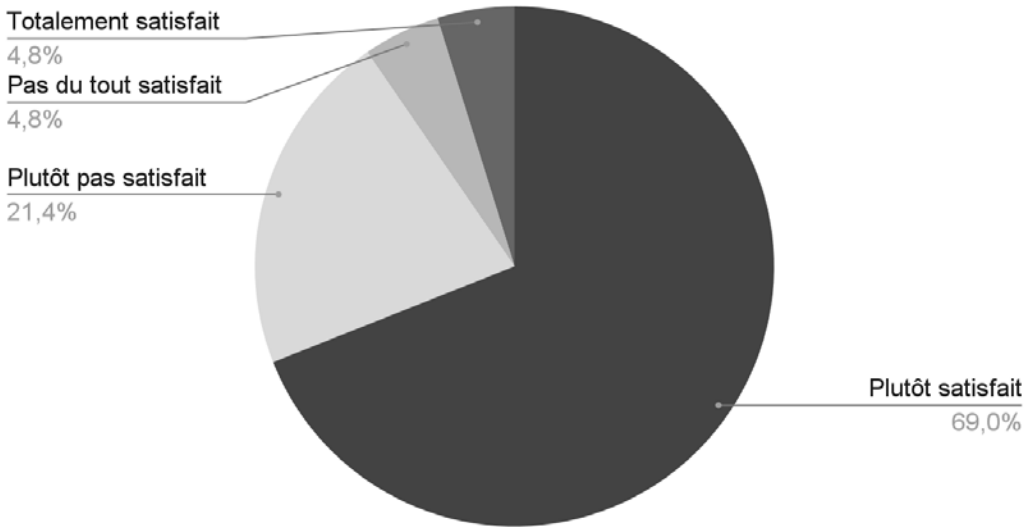

Figure I : Degré de satisfaction selon l'échelle de Likert modifiée vis à vis de la téléconsultation chez les médecins du CHU de Toulouse

En analyse univariée, il existait un lien entre le taux de satisfaction et l’impression du médecin que sa relation avec le patient est déshumanisée par la télémédecine *(p = 0,001).*

Chez deux médecins sur trois, la téléconsultation était désormais inscrite dans leurs pratiques (67,6%).

En analyse univariée, le taux de satisfaction variait significativement chez les praticiens ayant inscrit la téléconsultation dans leurs pratiques *($p<10^3$)*.

Lors de leurs expériences de téléconsultations, les répondants étaient globalement satisfaits de la facilité d'usage dans 54% des cas, la qualité du son dans 35% des cas, la qualité de l'image dans 23,4% des cas, la qualité de la connexion dans 14,5% des cas, la fiabilité du système (absence de problème technique) dans 4,8% des cas (Figure II).

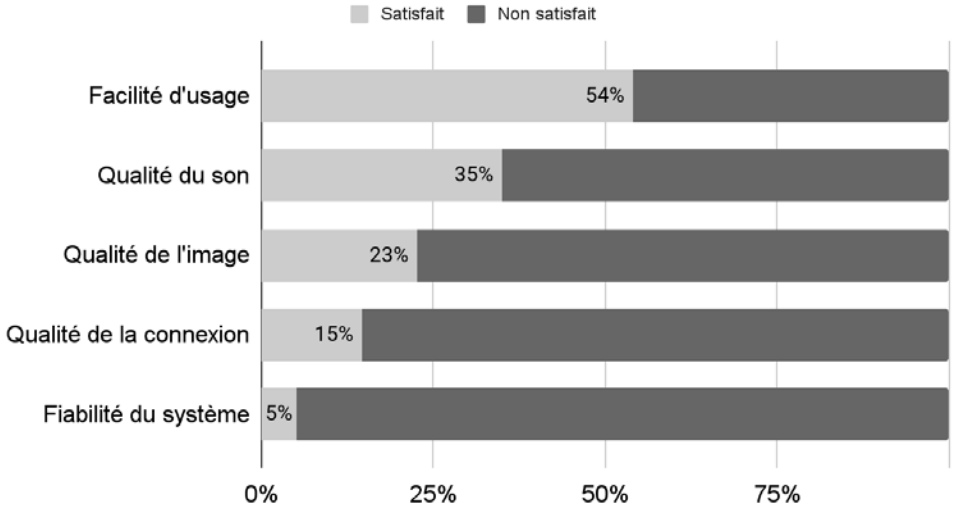

Figure II : Satisfaction vis à vis de différent facteurs techniques

En analyse multivariée, la facilité d'usage de la téléconsultation était un facteur de satisfaction des praticiens *(p=0,037)*. Les autres propositions ne faisaient pas varier significativement la satisfaction globale.

En analyse univariée, la facilité d'usage était également un facteur qui influençait le sentiment de déshumanisation de la relation médecin-patient *(p=0,002)*.

3. Les moyens utilisés

Parmi les moyens de téléconsultation majoritairement choisis, les trois quarts choisissaient le logiciel Téléo (79,2%), suivi par le téléphone (42,7%) et l'outil grand public : Skype, WhatsApp, FaceTime... (4,8%) (Figure 6).

La médiane du pourcentage approximatif de téléconsultation qui a fini par un appel téléphonique à cause d'un problème technique sur le logiciel Téléo était de 20% avec des extrêmes allants de 0 à 100 appels (Figure III).

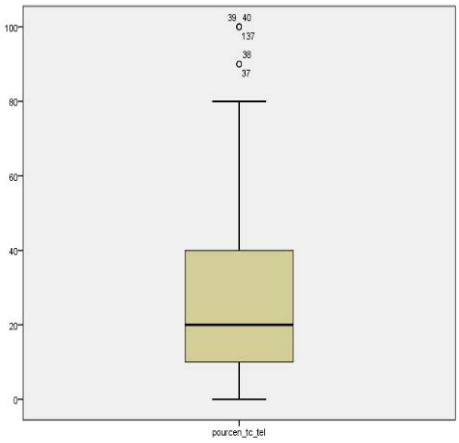

Figure III: Pourcentage de consultation Téléo ayant fini en appel téléphonique

En analyse multivariée, l'utilisation majoritaire du téléphone était un facteur de non satisfaction *(p=0,018*). Aucun lien n'a pu être établi entre l'utilisation des outils « grand public », l'utilisation du logiciel TéléO et la satisfaction.

4. L'avis des praticiens sur les avantages, freins et indications à la pratique de la téléconsultation

4.1. Avantages

Les avantages de la téléconsultation cités étaient par ordre décroissants :

- La possibilité de faire des économies pour la sécurité sociale (52,4%)
- Le gain de temps pour le médecin (41,4%)
- L'amélioration de la prise en charge du patient (23,4%)

En analyse univariée, la satisfaction des praticiens variait significativement lorsqu'ils avaient répondu que les avantages de la téléconsultation étaient l'amélioration de la prise en charge du patient *(p=0,008)* et la possibilité d'un gain de temps pour le praticien *(p=0,028)*.

En analyse multivariée, penser que la télémédecine puisse permettre des économies pour la sécurité sociale *(p=0,036)* augmentait la satisfaction des praticiens.

4.2. Les freins

Selon les médecins répondants, les freins actuels à l'utilisation de la téléconsultation étaient par ordre décroissant :

- Le déficit d'interopérabilité avec le dossier patient, et la nécessité d'avoir 2 écrans (48,3%)
- La déshumanisation de la relation entre médecin-patient. (46,9%)
- Les risques d'erreurs médicales plus importants qu'en présentiel (38,6%)
- Les difficultés liées à l'organisation du planning des consultations (33,1%)
- L'outil pas pertinent /pas efficient (31%)
- La non adhésion des patients (22,8%)
- Le montant de la rémunération de cet acte (13,1%)

En analyse univariée, la déshumanisation de la relation médecin-patient ainsi que le risque d'erreurs médicales impactait significativement le degré de satisfaction globale (*p=0,001* et *p=0,014* respectivement). En analyse multivariée, considérer l'outil de téléconsultation non pertinent ou non efficient était un facteur de non satisfaction des praticiens *(p=0,008)*.

En analyse multivariée, le sentiment que la téléconsultation était pourvoyeuse de plus d'erreurs médicales était associé à un sentiment de déshumanisation de la relation médecin-patient plus important *(p=0,002)*.

Une réponse ouverte était disponible permettant de compléter les propositions. 36 médecins ont laissé un commentaire (cf annexe VI) :

- 17 médecins ont évoqué l'absence d'examen clinique comme frein à la téléconsultation ,
- 10 médecins ont évoqué la présence de difficultés techniques (problèmes de connexion internet, outil TéléO compliqué…)
- 5 médecins ont évoqué que la téléconsultation n'était pas adapté à leur spécialité
- 3 médecins ont évoqué la difficulté de transmission de documents avec le patient, ainsi que la difficulté de prise de rendez-vous à distance.
- 1 médecin a évoqué des difficultés d'organisation avec les bureaux partagés qui ne permettent pas l'intimité nécessaire pour une consultation bien conduite.

4.3. Les indications

Les motivations les plus fréquentes pour lesquelles les médecins ont le plus réalisé de téléconsultations étaient par ordre décroissant :

- L'impact du Covid sur l'organisation des soins (82,1%)
- Le patient habitant loin et ou se déplaçant avec peine ou hébergé dans un EHPAD (66,2%)
- Une activité empêchant la venue du patient à l'hôpital (17,2%).
- Une organisation régionale intégrant déjà la Télémédecine (ex : Domoplaies). (3,4%)

Les indications les plus pertinentes pour lesquelles les médecins seniors ont proposé ou proposeraient un acte de télémédecine étaient dans l'ordre décroissant :

- Un patient qui habite loin de l'hôpital ou qui se déplace avec peine (74,5%)
- Le suivi des résultats d'examens complémentaires (biologie ou radiologie) (68,3%)
- La surveillance d'un traitement et son adaptation (51,7%)
- Un avis spécialisé au cours d'une hospitalisation (29%)
- Une concertation multidisciplinaire ou une réunion de morbi-mortalité (15,9%)
- Une consultation péri opératoire (20%)
- Une gestion de la douleur (11,7%)
- Un patient incarcéré (11%)

Les types de patients à qui les médecins ne feront ou ne feraient jamais de téléconsultation étaient (Figure 10) :

- Un patient traumatisé (accident de la route, chute d'un point élevé...) (59,3%)
- Un nourrisson (51%)
- Un patient dément (42,8%)
- Une première consultation (46,9%)
- Un enfant (21,4%)
- Une femme enceinte (17,9%)

En analyse multivariée, le sentiment de déshumanisation de la relation médecin-patient comme frein à la téléconsultation était plus important chez les praticiens qui ne feront jamais de consultation chez les nourrissons *(p=0,022)* et pour une première consultation *(p=0,047).*

5. La projection des praticiens dans le futur pour la pratique de la téléconsultation.

Selon notre étude, après la crise Covid-19, la téléconsultation va persister dans la pratique de 79,3% des médecins.

L'analyse univariée montrait un lien statistique significatif entre le maintien de la pratique de la téléconsultation dans la pratique future du praticien et le sentiment que la relation médecin patient soit déshumanisée *($p<10^{-3}$).*

L'analyse multivariée mettait en évidence que les médecins pensant poursuivre la téléconsultation dans le futur étaient globalement plus satisfaits par la téléconsultation *($p<10^{-3}$).*

Pour les médecins qui allaient adopter la téléconsultation dans leurs pratiques future, ces derniers envisageaient les vacations de téléconsultation mixtes (consultation et téléconsultation) dans 53,8% ; 45,3% envisagent des créneaux de consultation dédiés (exemple : une demie journée par semaine).

En analyse univariée, aucun lien n'a pu être établi entre le type de vacation et la satisfaction globale.

Selon les participants, la durée de la téléconsultation à réserver dans le planning devrait être identique aux consultations actuelles (15-20 minutes) dans 54,7% des cas, plus courte dans 30,7% des cas et plus longue dans 14,6% des cas.

D. DISCUSSION

1. A propos des résultats

Pendant l'épidémie de COVID 19, la télémédecine a pris une place importante dans la gestion de la crise en limitant l'exposition des patients et des praticiens tout en continuant les soins médicaux. Le CHU de Toulouse, comme de nombreux autres hôpitaux en France et dans le monde a mis en place rapidement les pratiques de téléconsultations. Dans notre étude, la majorité des praticiens (53,8%) ont effectué plus de trente consultations en un an. Une étude nationale réalisée en France, en 2020, par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) retrouvait des résultats similaires. En effet, 47% des praticiens avaient effectué plus de trente téléconsultations, 26% entre 10 et 30, et 27% moins de 10 téléconsultations (14). L'utilisation de la téléconsultation a donc été une pratique importante pour des actes de consultation dans l'année écoulée sur le CHU de Toulouse mais également sur tout le territoire français. La nécessité d'étudier la satisfaction des praticiens est donc particulièrement importante afin de pouvoir poursuivre et adapter les pratiques.

1.1. A propos de la satisfaction des praticiens

Dans notre étude, le degré de satisfaction global des praticiens était élevé (73,8%) et en accord avec les résultats de l'enquête nationale réalisée par l'ANS qui retrouvait un degré de satisfaction de 75% (14). Certaines études retrouvaient des taux de satisfaction variables mais ces différences pouraient être expliquées par de nombreux facteurs liés à la structure hospitalière, à la région, au pays, aux différentes plateformes de téléconsultations, etc... Une comparaison de la satisfaction selon différents points territoriaux pourrait s'envisager dans l'avenir pour en connaître les spécificités. La satisfaction vis à vis de la téléconsultation a également été étudiée selon différentes spécialités, retrouvant pour certaines, un taux de satisfaction plus important comme l'urologie ou l'orthopédie (15,16). Certaines spécialités pourraient être plus adaptées à la pratique de la téléconsultation. D'autres études doivent être menées pour étudier les caractéristiques des spécialités pouvant influencer sur le taux de satisfaction.

1.2. A propos des moyens utilisés

Parmi les moyens de téléconsultation majoritairement choisis, les trois quarts des praticiens utilisaient le logiciel TéléO et environ la moitié utilisaient le téléphone. Les praticiens du CHU de Toulouse utilisaient le plus souvent un logiciel de téléconsultation alors que les autres praticiens français n'étaient que 21% à utiliser un logiciel de téléconsultation et 60% à utiliser le téléphone (14) . Dans notre étude, l'utilisation du téléphone était un facteur d'insatisfaction *(p=0,002*). La médiane du pourcentage approximatif de téléconsultation qui a fini par un appel téléphonique à cause d'un problème technique sur le logiciel Téléo était de 20%. Dans notre étude, nous avons constaté que la facilité d'usage de l'outil de téléconsultations augmentait significativement la satisfaction des praticiens ,une étude réalisée en France sur les deux premiers mois de la crise sanitaire (mai-juin 2020) montrait que 50% des praticiens avaient eu des problèmes techniques régulièrement (34). De nombreuses études ont montré que les difficultés techniques sont des sources de préoccupations, des causes d'échecs et peuvent restreindre l'enthousiasme et les motivations des médecins à pratiquer la télémédecine (17,18). C'est d'ailleurs le problème qui a été le plus soulevé par les praticiens dans la réponse ouverte concernant les freins à la téléconsultation. Que ce soit en lien avec le patient ou le praticien, la gestion des problèmes techniques paraît primordiale dans le déploiement de la téléconsultation. Le CHU de Toulouse en association avec l'ARS a mis en place rapidement un réseau informatique de gestion dédié à la téléconsultation dès sa mise en place à grande échelle au CHU.

Au CHU de Toulouse, les praticiens étaient majoritairement satisfaits par la facilité d'usage de la téléconsultation. Le déploiement de la téléconsultation de Toulouse a été relativement rapide. La facilité d'usage du logiciel TéléO et du téléphone a été un point important de ce développement ainsi que la coordination avec les services informatiques pour la résolution des problèmes techniques. Des dispositifs d'information, de formation et d'échanges ont d'ailleurs été mis en place au cours de l'année afin d'optimiser et d'améliorer l'usage du logiciel TéléO.

A contrario, une bonne qualité sonore et visuelle était satisfaisante seulement pour 35,0% et 22,6% respectivement des praticiens. Notre étude n'a pas permis de savoir plus précisément les causes de ces mauvais ressentis : problèmes de connexions ? Outils peu performants ? Ces difficultés, bien que ne paraissant pas impacter la satisfaction des praticiens de manière

significative peuvent entraîner des obstacles aux consultations nécessitant des images précises (dermatologie, ORL…), un renoncement des praticiens, un défaut d'informations chez les personnes malentendantes par exemple (19).

1.3. A propos des avantages émis par les praticiens

Les principaux avantages de la téléconsultation retrouvés dans notre étude étaient la possibilité de faire des économies pour la sécurité sociale, suivi par le gain de temps pour le médecin et l'amélioration de la prise en charge du patient. L'ensemble des ces avantages étaient des facteurs de satisfaction des praticiens hospitaliers. Une étude réalisée en France par Odoxa en 2019, a montré que parmi les avantages de la télémédecine, les médecins ont évoqué la possibilité de faire une téléconsultation hors cabinet dans 74%, le gain de temps pour le patient dans 76%, la diminution des contraintes pour les patients dans 79%, l'amélioration des soins dans les déserts médicaux dans 70% ainsi que le gain de temps pour le médecin dans 47% (20). Les avantages à la téléconsultation paraissent donc majoritairement centrés sur la satisfaction et l'amélioration de la prise en charge du patient.

1.4. A propos des freins émis par les praticiens

Différents freins ont été soulevés concernant l'utilisation de la téléconsultation. Le premier évoqué était le déficit d'interopérabilité avec le dossier patient, avec la nécessité d'avoir 2 écrans permettant de voir le patient sur un écran et le dossier patient sur l'autre. Plusieurs solutions ont été avancées depuis le début de la crise pour pallier ce problème technique. Au CHU de Toulouse, les salles de consultations ont eu la possibilité d'être équipées de deux écrans à la demande des chefs de services et des chefs de pôles. Une nouvelle étude devra être réalisée après l'équipement complet des salles de consultation pour analyser si cette solution a répondu au problème. D'autres solutions avaient également été évoquées comme la possibilité de réduire la fenêtre vidéo sur une partie de l'écran pour permettre la lecture du dossier du patient en même temps (19).

La déshumanisation de la relation entre médecin et patient est un autre frein fréquemment évoqué et source d'insatisfaction pour les praticiens *(p=0,002)*. Dans l'étude

multivariée, le sentiment de déshumanisation de la relation médecin-patient variait significativement avec l'âge *(p=0,049)*, le fait de penser que la télémédecine est plus pourvoyeuse d'erreur médicale *(p=0,002)* ainsi que chez les praticiens voulant poursuivre cette pratique dans le futur *(p=0,002)* et semblait être dépendante du type de consultation réalisé (nourrissons *(p=0,022)*, première consultation *(p=0,047)*). Bien que la société ait de plus en plus l'habitude des outils d'échanges virtuels que ce soit pour la vie professionnelle et personnelle (télétravail, sites de rencontres, jeux vidéos en réseau, etc…), la pratique de la médecine semble encore nécessiter un contact physique particulièrement pour le praticien. Effectivement dans les études centrées sur la satisfaction des patients, ceux-ci semblent moins souffrir de l'absence de contact physique (21, 22). D'après ces études, la consultation est centrée sur l'interrogatoire et l'écoute du patient et non plus sur l'examen physique. De plus, le patient se trouve dans son environnement personnel ce qui l'apaise, l'écran ferait un effet barrière de sécurité qui le tranquillise. Les échanges non verbaux sont permis par un positionnement idéal de la caméra qui permettrait de conserver l'attention du patient (23). A contrario, le Professeur Mathieu-Fritz, sociologue, a étudié la téléconsultation en santé mentale. Pour lui, l'absence de "toucher" par le médecin pourrait diminuer la dimension charnelle, d'ordinaire présente dans le lien thérapeutique (24). Par son absence, le médecin perd un élément rituel de salutation, mais aussi des marques de proximité et de soutien moral (24). L'espace thérapeutique est transformé, le médecin et le patient n'évoluent plus dans le même environnement physique et sensoriel, et des désagréments intempestifs peuvent survenir et nuire à à la qualité de la relation médecin-patient.

Un autre frein cité par les praticiens était le risque d'erreurs médicales plus importantes qu'en présentiel. Ce risque est difficilement évaluable mais quelques études notamment en anesthésie ont comparé dans un essai clinique contrôlé randomisé la prédiction d'une intubation difficile. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre une consultation en face à face et une téléconsultation (25). Certains centres de téléconsultation voient le jour progressivement. Équipés d'outils de télémédecine comme le stéthoscope électronique, et de paramédicaux formés à la palpation, ils permettent un véritable examen clinique à distance. Dans une étude d'anesthésie également, l'auscultation cardio-pulmonaire était concordante à 98% entre la téléconsultation et la consultation en face à face (25). Deux études rétrospectives, l'une américaine l'autre australienne, menées respectivement en 2015 et en 2019 ne retrouvaient pas d'augmentation significative du taux

d'annulation des procédures chirurgicales avec la téléconsultation d'anesthésie comparé à la consultation classique (26,27).

1.5. A propos des indications de la téléconsultation

Dans notre étude, les motivations les plus fréquentes pour lesquelles les médecins ont réalisé le plus de téléconsultation étaient l'impact du Covid sur l'organisation des soins ainsi que pour les patients habitant loin et ou se déplaçant avec peine ou hébergés dans un EHPAD. Ces résultats sont similaires dans d'autres études (14, 20). La réalisation de la téléconsultation chez un patient déjà connu du service semble également être une indication fréquente à la réalisation de la téléconsultation(14, 20).

Dans notre étude, les praticiens ont estimé que les indications les plus pertinentes pour lesquelles ils proposeraient un acte de télémédecine étaient une distance domicile/ hôpital importante, un patient à mobilité réduite mais également pour le suivi des résultats et des traitements. Ces résultats vont dans le même sens qu'une étude Odoxa réalisée en 2019. Celle-ci met également en évidence l'intérêt de la téléconsultation chez les patients actifs aux horaires décalées et chez les patients suivis pour une affectation longue durée (20).

Dans notre étude, une proportion importante des médecins ne souhaitaient pas réaliser de téléconsultations chez certains profils de patients et certains types de consultations (patients traumatisés, nourrisson, patients déments, etc…). Un étude française réalisée en 2019 (20) montrait des résultats similaires. La téléconsultation paraît donc s'adresser à une population bien définie de patients pour lesquels une sélection préalable paraît indispensable.

1.6. A propos de la projection des praticiens dans le futur

Selon notre étude, après la crise COVID- 19, la téléconsultation va persister dans la pratique de 79,3% des médecins. Ce taux était moins important que dans une étude réalisée aux Etats Unis en septembre 2020 qui, parmi les médecins qui utilisaient la télémédecine,

91% prévoyaient de continuer à offrir des services de télémédecine après la résolution de la distanciation physique liée à la pandémie (28). Mais le désir de continuer à réaliser des téléconsultations après la pandémie de COVID-19 était associée à une plus grande satisfaction à l'égard de la qualité des soins réalisés en télémédecine (28). Ce résultat est similaire dans notre étude, effectivement le désir de poursuivre les téléconsultations dans le futur semblait plus important chez les praticiens satisfaits *($p \leq 10^{-3}$)*. Ce taux était plus élevé que le taux retrouvé en France fin 2020 où seulement 47% des praticiens pensaient éventuellement utiliser cette méthode de consultation dans l'avenir, alors que cette même étude retrouvait un taux de satisfaction important (75%) (14). Certaines spécialités semblent également plus aptes à poursuivre les actes de télémédecine, notamment en orthopédie où la majorité des praticiens y étaient favorables, en particulier pour les consultations de suivi (88%) et en post-opératoire(90%) (29).

Dans notre étude, la durée de la consultation à réserver dans le planning devrait être identique aux consultations actuelles (15-20 minutes) dans 54,7% des cas, plus courte dans 30,7% des cas et plus longue dans 14,6% des cas. Ces résultats étaient comparables aux résultats trouvés dans une étude faite en France auprès des médecins généralistes, qui selon eux, le temps accordé à la téléconsultation devrait être le même que pour les consultations actuelles selon 59,8% des médecins, plus long selon 14,6%, plus court selon 13,4% (30). La téléconsultation ne permettrait donc pas pour le moment, de faire gagner du temps au praticien. Une étude réalisée en Angleterre retrouvait pourtant des temps de consultation différents. Effectivement, la consultation classique était 3.67 minutes *(95% CI[2.15-5.20])* plus longue que les téléconsultations en vidéo et 4.05 minutes *(95% CI[2.59 to 5.52])* plus longues que par téléphone (31) .

En ce qui concerne l'accès équitable aux soins entre patients, la littérature indique que la téléconsultation n'est pas adaptée à tous les patients ou à toutes les situations, ce qui peut réduire l'accès des personnes les plus vulnérables, ayant des difficultés à utiliser la technologie comme les personnes âgées ou les enfants. Les études sur le sujet sont encore peu nombreuses en ce qui concerne certaines populations, comme les patients souffrants de troubles cognitifs. On sait que les jeunes patients et les médecins sont plus aptes à utiliser la téléconsultation. En revanche, le système de consultation électronique peut être limité pour

les personnes souffrant de difficultés d'apprentissage, de démence, ou les personnes âgées. Une étude réalisée pendant le confinement montre que 46% des patients de plus de 65 ans ont eu besoin d'une tierce personne pour se connecter à la plateforme de téléconsultation (32), contre moins de 10% dans les autres tranches d'âge. L'utilisation du courrier électronique est directement liée au niveau d'instruction des patients et le téléphone est parfois plus approprié pour certains patients (33). Des outils d'aide à la téléconsultation vont voir le jour progressivement avec des infirmières dédiées, un réseau d'assistance plus efficace et pourrait donc rendre cette pratique plus accessible.

2. Autour de la méthodologie et de l'enquête

1. Le choix de l'étude

Plusieurs études ont évalué la satisfaction des patients vis-à-vis de la télémédecine mais peu d'études ont étudié la satisfaction des praticiens.

L'étude quantitative nous a permis de questionner une grande partie des praticiens du CHU en nous donnant une vision globale des opinions. Les points essentiels soulevés par ce travail pourraient ainsi servir de base à la réalisation d'autres études ciblant des points plus précis.

Le choix des questions fermées permet une réalisation facile et rapide du questionnaire rendant la faisabilité plus importante par les praticiens. Cela permet également de réaliser des comparaisons avec d'autres études similaires.

Cette analyse concerne uniquement les praticiens du CHU et donne une vision partielle de la thématique. Elle mériterait d'être étendue à l'ensemble des pratiques médicales en particulier aux praticiens libéraux de premier recours.

2. La participation

Cette étude à permis de toucher les praticiens de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales du CHU de Toulouse. L'absence de contact et l'anonymat ont sans doute permis une totale sincérité.

Le taux de réponse était de 18.1% ce qui peut être considéré comme un taux relativement faible mais qui reste proches des autres taux retrouvés dans les études menées en France sur la même thématique.

Certains des médecins contactés et non répondeurs ne rentraient probablement pas dans les critères d'inclusion. Ceci n'a pas été quantifié.

3. Le questionnaire

Certaines données démographiques sont manquantes et auraient pu permettre d'étudier plus précisément les facteurs de satisfaction.

Les questions concernant les avantages et les freins de la téléconsultation auraient dû voir plus de propositions ou proposer systématiquement une réponse ouverte permettant d'obtenir plus d'informations.

4. Les biais

Le faible taux de participation (18,1%) peut représenter un biais à l'extrapolation des résultats à l'ensemble des praticiens du CHU de Toulouse. De plus, le questionnaire étant basé sur le volontariat, nous ne pouvons pas négliger le fait que les médecins ayant répondu soient les médecins les plus intéressés par le sujet entraînant ainsi un biais de volontariat, de non-réponse.

La plupart des questions posées étaient fermées avec une liste de propositions restreintes. Certaines réponses ont donc pu être influencées par les propositions de réponse et entraîner un biais d'investigation. Le questionnaire basé sur la satisfaction des praticiens peut aussi souffrir d'un biais de mesure, celle-ci étant subjective.

E. CONCLUSION

La médecine a toujours su mettre au profit des patients les progrès technologiques. Pérenniser ces outils et les intégrer dans notre pratique est un enjeu majeur pour la médecine actuelle et du futur. Celle-ci doit répondre aux besoins des patients mais aussi des professionnels de santé pour qui l'adhésion et la satisfaction à la télémédecine est primordiale pour la poursuite de cette pratique dans le futur.

Un outil informatique optimal permettant une interaction visuelle et auditive en temps réel entre le praticien et le patient associé à une facilité d'emploi et une réponse aux problèmes techniques optimisée sont les points indispensables pour le maintien de cette pratique sur le long terme. Ces points sont essentiels pour favoriser la satisfaction des praticiens et pour optimiser les prises en charge tout en diminuant le risque de déshumanisation de ces consultations à distance.

Aujourd'hui, la médecine est face à un nouveau défi sociétal visant à trouver un juste milieu entre l'amélioration de l'offre de soins et le maintien de leur qualité. Respecter un cadre strict de la pratique de la téléconsultation s'adressant à un profil de patient prédéfinis pour des consultations spécifiques est nécessaire pour éviter une dérive vers toujours plus de technologie.

La télémédecine ne se substitue pas, aujourd'hui aux pratiques médicales habituelles, mais pourrait constituer une réponse aux défis et contraintes auxquels est confrontée l'offre de soins ainsi que pour pallier aux mesures d'isolement liées à la pandémie à COVID-19. Elle a de nombreuses ambitions (améliorer l'accès aux soins, améliorer la qualité de prise en charge), mais elle doit garantir le respect des droits des patients en termes de qualité des soins, de confidentialité et d'accessibilité.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse - Purpan

Didier CARRIÉ

Bon tirage à impression
le 08/04/22
O. Fourcade.

Professeur O. FOURCADE
N° RPPS : 10002903317
Département Anesthésie & Réanimation
Centre Hospitalo-Universitaire de TOULOUSE
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
Tél. : 05-61-77-74-43 / 05-61-77-92-67

ANNEXES

Annexe I : questionnaire de l'étude

1. Êtes-vous ?
   - Femme
   - Homme

2. Quel âge avez-vous ? (Texte libre)

3. En moyenne, combien de patients voyez-vous par semaine ? (Texte libre)

4. Avez-vous déjà fait au moins une téléconsultation, ou une séance en visioconférence avec un patient à distance dans l'année écoulée ?
   - Oui
   - Non

5. Combien avez-vous effectué de téléconsultations en 1 an ?
   - 1-10
   - 11-30
   - > 30

6. Globalement diriez-vous que vous avez été satisfait de votre/ vos expérience(s) de téléconsultation ?
   - Pas du tout satisfait
   - Plutôt pas satisfait
   - Plutôt satisfait
   - Tout à fait satisfait

7. Diriez-vous que la téléconsultation est désormais inscrite dans vos pratiques ?
   - Oui
   - Non

8. Quel moyen de téléconsultation avez-vous majoritairement choisi ?
   - Logiciel Téléo
   - Le téléphone
   - Un outil grand public : Skype, WhatsApp, FaceTime…

9. Si Téléo, quel pourcentage approximatif de TLC ont fini par un appel téléphonique à cause d'un problème technique ? ….% (texte libre)

10. Selon vous, les propositions suivantes sont-elles des avantages de la téléconsultation.
    - Gain de temps pour le médecin
    - La possibilité de faire des économies pour la sécurité sociale
    - L'amélioration de la prise en charge du patient
    - Autre

11. Selon vous, les propositions suivantes sont-elles des freins actuels à l'utilisation de la téléconsultation ?
    - Déshumanisation de la relation entre médecin /patient
    - Non adhésion des patients
    - Risques d'erreurs médicales plus importants qu'en présentiel
    - Difficultés liées à l'organisation du planning des consultations
    - Montant de la rémunération de cet acte
    - Outils pas pertinents /pas efficients
    - Déficit d'interopérabilité avec le dossier patient (nécessité d'avoir 2 écrans)
    - Autre

13. Si vous avez coché "Autre" dans la question précédente, vous pouvez développer votre réponse ici (non obligatoire). (texte libre)

14. Pour quelles indications avez-vous fait le plus de TLC (les 2 plus fréquentes)

- Patient : Habitant loin et ou se déplaçant avec peine \ Hébergé dans un EHPAD
- Impact du Covid sur l'organisation des soins
- Une organisation régionale intégrant déjà la Télémédecine en programmé (ex Domoplaies)
- Une organisation régionale intégrant déjà la TLM en urgence, avec un possible transfert (Exemple : Prise en charge d'un AVC)
- Activité empêchant la venue du patient à l'hôpital
- Patient incarcéré
- Autre

15. Donnez les 3 indications les plus pertinentes pour lesquelles vous proposez/proposeriez un acte de télémédecine ?

- Le suivi des résultats d'examens complémentaires (biologie ou radiologie)
- La surveillance d'un traitement et son adaptation
- Une surveillance au décours d'une hospitalisation
- Une gestion de la douleur
- Une consultation péri opératoire
- Un patient qui habite loin de l'hôpital \ Qui se déplace avec peine
- Un patient incarcéré
- Une concertation multidisciplinaire\ Une réunion de morbi mortalité
- Autre

16. Pour quels types de patients ne ferez/feriez-vous jamais de téléconsultation ? (Plusieurs réponses possibles)

- Pour un patient traumatisé (accident de la route, chute d'un point élevé…)
- Pour un nourrisson
- Pour une femme enceinte
- Pour un enfant
- Pour un patient dément
- Pour une première consultation
- Aucune réponse

17. Lors de votre/vos expérience(s) de téléconsultation(s), avez-vous globalement été satisfait de :

- La facilité d'usage
- La qualité du son
- La qualité de l'image
- La qualité de la connexion
- La fiabilité du système (Absence de problème technique)
- Aucune réponse

18. A votre avis, après la crise Covid-19, la TLC va-t-elle persister dans votre pratique ?

- Oui
- Non

19. Comment envisagez-vous les vacations de TLC ?

- Mixtes (consultation et téléconsultations)
- Dédiées (exemple: une demie journée par semaine)

20. Selon vous, la durée de la consultation à réserver dans le planning devrait -elle être :

- Identique aux consultations actuelles (15-20 minutes)
- Plus longue
- Plus courte

Annexe II : Analyse univariée des facteurs influençant le taux de satisfaction des praticiens

		Satisfaction		p	OR [IC à 95%]
		Oui n (%)	Non n (%)		
Sexe :	- Masculin - Feminin	*31 (67.4)* *66 (74.2)*	*15 (3.,6)* *23 (25.8)*	*0.407*	
Âge :	- < 40 ans - ≥ 40 ans	*43 (70.3)* *64 (76.2)*	*18 (29.5)* *20 (23.8)*	*0.441*	
La téléconsultation est désormais inscrite dans leur pratique :	- Oui - Non	*85 (86.7)* *22(46.8)*	*13(13.3)* *25 (53.2)*	***≤10-³***	*7.43 [3.28-16.83]*
Téléo direct comme moyen de TLC majoritairement choisi :	- Oui - Non	*89 (77.4)* *18 (60)*	*24 (38.7)* *14 (16.9)*	*0.054*	
Le téléphone comme moyen de TLC majoritairement choisi :	- Oui - Non	*35 (36.5)* *61 63.5)*	*25 (65.8)* *13 (34.2)*	***0.002***	*0.29 [0.13-0.65]*
Un outil grand public comme moyen de TLC majoritairement choisi (Skype, Whatsapp, Facetime…)	- Oui - Non	*6 (85.7)* *101 (73.2)*	*1 (14.3)* *37 (26.8)*	*0.462*	
Pourcentage approximatif de TLC ont fini par un appel à cause d'un problème technique : Médiane de pourcentage (extrême)		*28*	*22.37*	*0.192*	
Gain de temps pour le médecin comme avantage de la téléconsultation :	- Oui - Non	*50 (80.3)* *57 (67.7)*	*10 (16.7)* *28 (32.9)*	***0.028***	*2.45 [1.09-5.55]*
La possibilité de faire économies pour la Sécurité Sociale comme avantage de la téléconsultation :	- Oui - Non	*61 (80.3)* *46 (66.7)*	*15 (19.7)* *23 (33.3)*	*0.063*	
L'amélioration de la prise en charge du patient comme avantage de la téléconsultation :	- Oui - Non	*31 (91.2)* *76 (68.5)*	*3 (8.8)* *35 (31.5)*	***0.008***	*4.76 [1.36-16.62]*
Déshumanisation de la relation entre médecin et patient comme frein de la téléconsultation :	- Oui - Non	*41 (60.3)* *66 (85.7)*	*27 (39.7)* *11 (14,3)*	***0,001***	*0.29 [0.11-0.56]*
Non adhésion des patients comme frein à la téléconsultation :	- Oui - Non	*21 (63.6)* *86 (76.8)*	*12 (36.4)* *26 (23.2)*	*0.131*	

Risques d'erreurs médicales plus importants qu'en présentiel comme frein de la téléconsultation :	- Oui - Non	*35 (62.5)* *75 (80.9)*	*21 (44.7)* *17 (19.1)*	***0.014***	*0.39* *[0.18-0.83]*
Difficultés liées à l'organisation du planning des consultations comme frein à la téléconsultation :	- Oui - Non	*33 (68.8)* *74 (76.3)*	*15 (31.2)* *23 (23.7)*	*0.331*	
Montant de la rémunération de cet acte comme frein à la téléconsultation :	- Oui - Non	*15 (78.9)* *92 (73)*	*4 (21.1)* *34 (27)*	*0.781*	
Outils pas pertinents ou pas efficients comme frein à la téléconsultation :	- Oui - Non	*25 (55.6)* *82 (82)*	*20 (44.4)* *18 (18)*	***0.001***	*0.274* *[0.13-0.60]*
Déficit d'interopérabilité avec le dossier patient (nécessité d'avoir 2 écrans) comme frein de la téléconsultation :	- Oui - Non	*52 (74.3)* *55 (73.3)*	*18 (25.7)* *20 (26.7)*	*0.896*	
Satisfaction de la facilité d'usage lors de la téléconsultation :	- Oui - Non	*68 (86.1)* *39 (59.1)*	*11 (13.9)* *27 (40.9)*	***0.001***	*4.28* *[1.91-9.56]*
Satisfaction de la qualité du son lors de la téléconsultation :	- Oui - Non	*40 (80)* *67 (70.5)*	*10 (28.9)* *28 (29.5)*	*0.315*	
Satisfaction de la qualité de l'image lors de la téléconsultation :	- Oui - Non	*28 (82.4)* *79 (71.2)*	*6 (15,8)* *32 (28.8)*	*0.195*	
Satisfaction de la qualité de la connexion lors de la téléconsultation :	- Oui - Non	*19 (90.5)* *88 (71)*	*6 (17.6)* *32 (28.8)*	*0.195*	
Satisfaction de la fiabilité du système (absence de problème technique) lors de la téléconsultation :	- Oui - Non	*6 (85.7)* *101 (73)*	*1 (14.3)* *37 (26.8)*	*0.673*	
Après la crise Covid-19, la TLC va persister dans votre pratique :	- Oui - Non	*97 (91.8)* *10 (33.3)*	*18 (50.0)* *20 (66.7)*	***≲10⁻³***	*10.78* *[4.33-26.79]*
Les vacations de TLC devraient être :	- Mixtes - Dédiées	*60 (76.9)* *47 (70.1)*	*18 (23.1)* *20 (29.9)*	*0.355*	
La durée de la consultation à réserver dans le planning devrait être :	- Identique aux consultations - Plus longue - Plus courte	*58 (77.3)* *15 (65.2)* *34 (72.3)*	*17 (22.7)* *8 (34.8)* *13 (27.7)*	*0.494*	

Annexe III : analyse univariée des facteurs influençant le sentiment de déshumanisation

		Relation médecin-patient		p	OR [IC à 95%]
		Oui n (%)	**Non n (%)**		
Sexe :	- Masculin - Feminin	*24 (51)* *41 (44.8)*	*23 (49)* *49 (55.2)*	*0.477*	
Âge :	- < 40 ans - ≥ 40 ans	*35 (59.9)* *30 (38.5)*	*24 (40.7)* *48 (61.5)*	*0.12*	*0.43 [0.21-0.86]*
Satisfaction vis à vis de la TLC	- Oui - Non	*41 (38,3)* *27 (71.1)*	*66 (61.7)* *11 (28.9)*	*0.001*	*0.25 [0.12-0.66]*
La téléconsultation est désormais inscrite dans leur pratique :	- Oui - Non	*36 (36.7)* *32 (68.1)*	*62 (63.3)* *15 (31.9)*	***0.001***	*0.28 [0.13-0.57]*
Satisfaction de la facilité d'usage lors de la téléconsultation :	- Oui - Non	*28 (35.1)* *40 (61.9)*	*51 (64.6)* *26 (33.8)*	***0.002***	*0.36 [0.18-0.70]*
Praticiens qui pensent que la TLC est pourvoyeuse plus de risque d'erreur médicales :	- Oui - Non	*38 (67.9)* *30 (33.7)*	*18 (32.1)* *59 (66.3)*	***≤10⁻³***	*4.152[2.36-8.466]*
Les praticiens qui pensent que la Téléconsultation améliore la prise en charge des patients :	- Oui - Non	*7(20.6)* *61 (55)*	*27 (79.4)* *50 (45)*	***≤10⁻³***	*0.213 [0.08-0.53]*
Praticiens qui ne pratiqueront jamais la TLC chez un en enfant :	- Oui - Non	*21 (67.7)* *47 (41.2)*	*10 (32.3)* *67 (58.8)*	*0.009*	*2.99 [1.29-6.94]*
Praticiens qui ne pratiqueront jamais la TLC chez le nourrisson :	- Oui - Non	*43 (58.1)* *25 (35.2)*	*31 (41.9)* *46 (64.8)*	*0.006*	*2.552 [1.30-4.99]*
Praticiens qui ne pratiqueront jamais la TLC chez un patient dément :	- Oui - Non	*37 (59.7)* *31 (37.3)*	*25 (40.3)* *52 (62.7)*	*0.008*	*2.48 [1.26-4.87]*
Praticiens qui ne pratiqueront jamais la TLC pour une première consultation :	- Oui - Non	*26 (33.8)* *42 (61.8)*	*51 (66.2)* *26 (38.2)*	*0.001*	*3.169 [1.60-6.25]*
Après la crise Covid-19, la TLC va persister dans votre pratique :	- Oui - Non	*43 (37.4)* *25 (83.3)*	*72 (62.6)* *5 (16.7)*	***≤10⁻³***	*0.119 [0.04-0.33]*

Annexe IV : analyse multivariée des facteurs influençant le degré de satisfaction

		Satisfaction		p	OR [IC à 95%]
		Oui n (%)	**Non n (%)**		
Le téléphone comme moyen de TLC majoritairement choisi :	- Oui - Non	38 (61.3) 69 (83.1)	24 (38.7) 14 (16.9)	**0.018**	0.313 [0.12-0.82]
Après la crise Covid-19, la TLC va persister dans votre pratique :	- Oui - Non	97 (91.8) 10 (33.3)	18 (50.0) 20 (66.7)	**≤ 10^{-3}**	5.35 [2.11-13.6]
La possibilité de faire économies pour la Sécurité Sociale comme avantage de la téléconsultation :	- Oui - Non	61 (80.3) 46 (66.7)	15(19.7) 23(33.3)	**0.036**	2.690 [1.07-6.79]
Outils pas pertinents ou pas efficients comme frein à la téléconsultation :	- Oui - Non	*25 (55.6)* *82 (82)*	*20 (4.,4)* *18 (18)*	***0.008***	*0.281* *[0.10-0.72]*
Satisfaction de la facilité d'usage lors de la téléconsultation :	- Oui - Non	*68 (86.1)* *39 (59.1)*	*11 (1.,9)* *27 (40.9)*	***0.037***	*2.793* *[1.06-7.33]*

Annexe V : Analyse multivariée des facteurs influençant le sentiment de déshumanisation de la relation médecin patient.

		Relation médecin-patient		p	OR [IC à 95%]
		Oui n (%)	**Non n (%)**		
Âge :	<40 ans >40 ans	*35 (59.9)* *30 (38.5)*	*24 (40.7)* *48 (61.5)*	**0.049**	0.453 [0.20-0.99]
Praticiens qui pensent que la TLC est pourvoyeuse plus de risque d'erreur médicales :	- Oui - Non	*38 (67.9)* *30 (33.7)*	*18 (32.1)* *59 (66.3)*	**0.002**	3.615 [1.61-8.13]
Praticiens qui ne pratiqueront jamais la TLC chez le nourrisson :	- Oui - Non	*43 (58.1)* *25 (35.2)*	*31 (41.9)* *46 (64.8)*	***0.022***	*2.48* *[1.14-5.40]*
Praticiens qui ne pratiqueront jamais la TLC pour une première consultation :	- Oui - Non	*26 (33.8)* *42 (61.8)*	*51 (66.2)* *26 (38.2)*	***0.047***	*2.217* *[1.01-4.86]*
Après la crise Covid-19, la TLC va persister dans votre pratique :	- Oui - Non	*43 (37.4)* *25 (83.3)*	*72 (62.6)* *5 (16.7)*	***0,002***	*5,30* *[1,85-17,75]*

Annexe VI : réponse ouverte à propos des freins à la téléconsultation

Réponse concernant l'absence d'examen clinique :

- *«Pas d'examen clinique»*
- *«Examen clinique essentiel en rhumatologie-médecine interne»*
- *«Freins: quand nécessité de les examiner, quand nécessité d'un entretien personnalisé avec le jeune (souvent le parent à côté) »*
- *«Interrogatoire moins facile, moins pertinent, et pas de possibilité d'examen physique du patient »*
- *«Absence d'examen physique»*
- *«Absence d'examen clinique ! Dans notre pratique très forte incidence de l'IOT difficile, quand la caméra via téléO veut bien fonctionner, examen difficile, soit on anticipe mal soit on inquiète le patient pour rien. Chez le sujet âgé, examen clinique cardiovasculaire très important pour dépistage, évaluation stabilité-opérabilité. Les handicaps sensoriels comme la surdité majeure et la cécité ou quasi cécité (notre quotidien dans le service)... En pédiatrie, les enfants ne sont jamais devant l'écran, aucune relation ne se crée. »*
- *«Pas d'examen clinique. Découverte de problèmes lors de la rencontre du patient.»*
- *«Frein à l'examen clinique parfois nécessaire (asthme mal équilibré chez le jeune, auscultation cardiaque en cas de symptomatologie). Et des examens complémentaires (ECG en cas de tachycardie fréquente ou de suspicion familiale de WPW/brugada)»*
- *«Absence d'examen clinique»*
- *«Impossibilité d'examen physique du patient»*
- *«Examen clinique physique impossible»*
- *«Difficulté d'évaluation de l'état fonctionnel du patient à distance»*
- *«Pas examen clinique possible»*
- *«Pas d'examen clinique possible»*
- *«Pas de possibilité d'examiner un patient»*
- *«Examen clinique limité en distanciel.»*
- *«Pas d'examen clinique possible et difficile de juger de l'état général du patient (comment se déplace-t-il...)»*
- *«Spécialité trés médicale ou l'examen clinique reste indispensable»*
- *«Impossibilité de réexaminer le patient si nécessaire»*
-

Réponse concernant la présence de problèmes techniques :

- *«Problème de connexion»*
- *«Problèmes techniques trop fréquents et plan B non opérant = en cas de pbe. aigu (un hébergeur brûlé par ex), le plan B doit pouvoir être activé par l'institution en temps réel, on ne peut pas accepter que le plan B soit le téléphone seul ou whatsapp ou équivalent, quand une application éprouvée comme Doctolib fonctionne parfaitement, sans quoi la pérennité de la TLC au delà du COVID ne sera pas possible. Le challenge est en premier technique.»*
- *«Les problèmes de connexion»*
- *«Difficultés techniques (réseau, matériel obsolète...)*
- *«Outil trop complexe et structure Système Information trop complexe sur hôpital avec réseau trop lent»*

- *«Outil téléo imparfait»*
- *«MANQUE de réseau disponible faisant que nous devons finir par téléphone , perte de temps pour les démarches administratives (validation des consultation à côté, non efficacité du système peu fluide…)»*
- *«Mauvaise connexion du patient»*
- *«Difficultés techniques pour certains patients (mauvaise maîtrise du matériel informatique, mauvaise connection)»*
- *«Problème d'utilisation de l'outil informatique par des patients âgés, avec troubles cognitifs sans aidant disponible maîtrisant l'outil informatique. Problème d'équipement informatique des patients que nous suivons.»*

Difficulté de transmission des documents et la prise de rendez vous :

- *«Difficulté et longueur pour joindre des ordonnances au patient»*
- *«Bilan pré-op plus compliqué à organiser »*
- *«Transmission des documents chronophage, ma discipline nécessite beaucoup d'interaction avec le patient et tous les patients ne sont pas aussi réceptifs»*
- *«Difficultés pour prendre les rendez-vous décidés durant la consultation»*
- *«Lorsqu'un prélèvement est nécessaire à l'issue de la téléconsultation cela compliqué les choses (envoi d'ordonnance, récupération des tubes par des circuits non prédéfinis ...)»*

Réponse concernant les patients, les spécialités et les maladies :

- *«Nécessité de consulter les examens radiologiques dans ma spécialité , et donc impossible en téléconsultation »*
- *«non adapté à certaines pathologies »*
- *«Lié à mon activité, nécessité de tests auditifs, otoscopie et examen des nystagmus, tout cela par téléconsultation est peu voir pas informatifs mais très bien pour des suivis simples, type post imagerie*
- *«Ne peut s'appliquer qu'à très peu de patients, la médecine ne se pratiquant pas à distance »*
- *«En tant que radiologique qui fait des consultations couplées à l'échographie ça n'est pas possible»*
- *«Inapproprié à la prise en charge de mes patients»*

BIBLIOGRAPHIE

1. Astruc, A., Sarfati, S. & Halioua, B. Télémédecine: les débuts de l'histoire. *Presse Médicale Form.* 1, 551–557, 2020.

2. Robin, I. La téléconsultation médicale : une pratique ancienne et délicate. *France Culture,* 2020.

3. Nez, C. G. Le CCMM (Centre de consultation médicale maritime).

4. Geneva, S. *A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development : report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva, 1997*.

5. *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1)*. *2009-879*, 2009.

6. *Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine*. *2010-1229*, 2010.

7. *Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine*. *2018-788*, 2018.

8. Le point sur la téléconsultation, *Conseil National de l'Ordre des Médecins*, 2019..

9. Médecine de contrôle à distance. *Conseil National de l'Ordre des Médecins,* 2020.

10. Alexandre Mathieu-Fritz - Université Gustave Eiffel (UGE). La crise sanitaire liée au Covid-19 marque-t-elle l'avènement de la télémédecine dans nos sociétés ?, 2021.

11. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 -Téléconsultation et télésoin. *Haute Autorité de Santé*, 2020.

12. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée- communiqué de presse du 16 septembre 2010 - Assurance Maladie.

13. Covid19, TéléO téléconsultations e-santé Occitanie.

14. Le Baromètre Télémédecine de l'Agence du Numérique en Santé (Agence du Numérique en Santé), janvier 2020.

15. Pinar, U. *et al.* Preliminary assessment of patient and physician satisfaction with the use of teleconsultation in urology during the COVID-19 pandemic. *World J. Urol.* 1–6, 2020.

16. Tenforde, A. S. *et al.* Feasibility and High Quality Measured in the Rapid Expansion of Telemedicine During COVID-19 for Sports and Musculoskeletal Medicine Practice. *Pm R* 10.1002/pmrj.12422, 2020.

17. Le numérique en santé - 25 projets de télémédecine passés à la loupe - Tome 1 : les grands enseignements - 2.3. Analyse transversale par priorité nationale, 2012.

18. Paul, D., Pearlson, K. & Mcdaniel, R. Assessing technological barriers to telemedicine: Technology-management implications. *Eng. Manag. IEEE Trans. On* 46, 279–288 (1999).

19. GABORIEAU, G. Ressenti des soignants avant et après la mise en place de téléconsultations entre le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan et différentes structures médicales isolées en Vendée. (Nantes, 2012).

20. Publication du baromètre télémédecine, Agence du Numérique en Santé, janvier 2020.

21. Bernard, M. & Turner, L. CA-208: Évaluation d'une interface de promotion de la relation médecin-patient. *Diabetes Metab.* 42, A92, 2016.

22. Ruiz de la Hermosa, A. *et al.* Teleconsultation in general surgery during Covid-19 pandemic, satisfaction survey and feasibility for future. *Minerva Surg,* 2021.

23. Tachakra, S., Newson, R., Wootton, R. & Stinson, A. Avoiding artificiality in teleconsultations. *J. Telemed. Telecare* 7 Suppl 1, 39–42, 2001.

24. Mathieu-Fritz, A. Les téléconsultations en santé mentale. *Reseaux* n° 207, 123–164, 2018.

25. Applegate, R. L. *et al.* Telemedicine Pre-anesthesia Evaluation: A Randomized Pilot Trial. *Telemed. E-Health* 19, 211–216, 2013.

26. Mullen-Fortino, M. *et al.* Presurgical Assessment Using Telemedicine Technology: Impact on Efficiency, Effectiveness, and Patient Experience of Care. *Telemed. E-Health* 25, 137–142, 2019.

27. Role of telehealth in perioperative medicine for regional and rural patients in Queensland, Internal Medicine Journal, 2017.

28. Miner H, Fatehi, A., Ring, D. & Reichenberg, J. S. Clinician Telemedicine Perceptions During the COVID-19 Pandemic. *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 27, 508–512, 2021.

29. Hurley, E. T. *et al.* The Use and Acceptance of Telemedicine in Orthopedic Surgery During the COVID-19 Pandemic. *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 27, 657–662, 2021.

30. Didier M, Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain. Étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul. Université de Lorraine, 2015.

31. Hammersley, V. *et al.* Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *Br. J. Gen. Pract.* 69, e595–e604, 2019.

32. Faisabilité d'une téléconsultation d'anesthésie en chirurgie orthopédique programmée. *Prat. En Anesth. Réanimation*, 2021.

33. Catapan, S. de C. & Calvo, M. C. M. Teleconsultation: an Integrative Review of the Doctor-Patient Interaction Mediated by Technology. *Rev. Bras. Educ. Médica* 44, 2020.

34. Monziols M., Chaput H. *et al.* Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19, *Etudes&Résultats 1162, DREES 2020*

BOESCH Jade

Évaluation de la satisfaction de la pratique de la téléconsultation des professionnels de santé du CHU de Toulouse en 2021

La téléconsultation est de plus en plus utilisée dans les pratiques quotidiennes, particulièrement depuis le début de la pandémie à COVID-19. Évaluer la satisfaction des praticiens est essentiel afin de poursuivre son développement dans le futur.
Le but de l'étude était d'évaluer le taux de satisfaction vis à vis de la téléconsultation et les différents facteurs pouvant l'influencer. Cette étude descriptive, transversale était destinée à tous les docteurs séniors ayant pratiqué la télémédecine depuis le début de la pandémie (mars 2021) au CHU de Toulouse. Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme de 20 questions réalisé en ligne.

Le taux de réponse des praticiens était de 18,1% (145/800). 73,8% d'entre eux étaient satisfaits. Le facteur reconnu comme diminuant la satisfaction était l'utilisation du téléphone pour réaliser la téléconsultation *(p=0,018)*. La facilité d'utilisation était un facteur de satisfaction *(p=0,037)*. Les principales limites au développement de la téléconsultation d'après les praticiens étaient le risque de déshumanisation de la relation médecin-patient *(p=0,002)* et le risque d'erreur médical paressant plus important *(p=0,014).*

Les praticiens étudiés étaient majoritairement satisfaits par la téléconsultation. Cependant, l'amélioration des outils digitaux et la diminution des problèmes techniques est primordial pour la pratique future.

Evaluation of physicians' satisfaction with the use of teleconsultation in the Toulouse University Hospital in 2021

Physicians are showing increasing interest in the practice of teleconsultation, particularly since the onset of the pandemic of coronavirus disease (COVID-19). Physician satisfaction with telehealth use is important to support the development and promotion of telemedicine in the future.

This study aims to evaluate the physicians' satisfaction about the teleconsultation and the factors that may influence it.

This cross-sectional study was carried out among senior physicians working at the Toulouse University Hospital and who had practiced teleconsultation since the beginning of pandémic. Physicians who agreed to participate, completed an anonymous 20-items online survey.

Overall physician response rate was 18,1% (145/800), 73.8% were satisfied with teleconsultation. The main factors significantly decreasing physicians' satisfaction were the use of telephone for remote consultation *(p = 0.018)*. The ease of use of the teleconsultation digital tool increases satisfaction *(p= 0.037)*. One of the main limits of teleconsultations development reported by the physicians is the risk of dehumanization of the doctor-patient relationship *(p=0.002)* and the belief of greater risk of medical errors than in a face-to-face setting *(p=0.014)*.

This study shows that among the physicians that participated, are mostly satisfied with teleconsultation. However, improvements of digital tools are necessary to solve technical problems to insure a general use in the future.

Mots-clés : COVID-19, SARS-CoV-2, pandémie, télémédecine, téléconsultation, satisfaction, perspectives, avantages, obstacles, indications.

Discipline administrative : anesthésie-réanimation

Directeur de thèse : Dr SASSI Kaissar

Soutenue le 19/05/2022
Faculté de Médecine Purpan - 37, Allées Jules Guesde - 31000 Toulouse - France