

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2021

n°2021-247

**PARTAGE DE SES COORDONNEES
PERSONNELLES AVEC SES PATIENTS EN
MEDECINE GENERALE : MOTIVATIONS,
FREINS, ET ENJEUX POUR LA PRATIQUE**

Etude qualitative auprès de 16 médecins généralistes

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 25 NOVEMBRE 2021

PAR

DEFOOR Lucie

Née le 25 avril 1994

Le Président du Jury : **Monsieur le Professeur Johann PELTIER**

Les Juges : **Madame le Professeur Amélie SELLIER-PETITPREZ**

Monsieur le Professeur Éric SERRA

Le Directeur de thèse : **Monsieur le Docteur Stephan VAN AUDENHAEGE**

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Johann PELTIER
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Chef du Service de Neurochirurgie
(Anatomie)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

Madame le Professeur Amélie SELLIER-PETITPREZ
Professeur Associé du Département de Médecine Générale

Un grand merci pour avoir consenti à évaluer ce travail, ainsi que pour votre investissement dans la formation qui a été la mienne.

Monsieur le Professeur Éric SERRA
Professeur Associé de Médecine de la douleur
Chef de Service Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
Département Interdisciplinaire de Soins de Support pour le Patient en Oncologie

Vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez croire à ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Stephan VAN AUDENHAEGE
Médecin Généraliste - Maître de Stage Universitaire

Merci pour ton aide dans ce travail. L'humanité de ta pratique est remarquable. Je suis infiniment reconnaissante d'avoir eu la chance d'apprendre à tes côtés.

A mes parents,

Je vous remercie de tout cœur de m'avoir transmis les valeurs qui font de moi celle que je suis. Je suis heureuse d'être l'aînée d'une fratrie qui a pu grandir dans une maison remplie de vie et d'amour.

A Thomas,

Le courage et l'esprit d'initiative sont des qualités qui n'auront de cesse de te définir. Un grand merci d'être à mes côtés aujourd'hui.

A Juliette,

Merci pour ton écoute attentive, tes boutades et ton sourire radieux. Je te souhaite la plus grande des réussites.

A Camille,

Je te remercie pour tes petites attentions, les confidences de tes doutes, ton sourire, ta douce voix qui a su bercer nos rassemblements de famille.

A mes grands- parents,

L'affection dont vous savez faire preuve envers chacun de vos petits-enfants, nous porte chacun dans nos projets respectifs. Un grand merci à vous deux pour l'exemple d'union et d'intégrité que vous nous montrez.

A Estelle,

Merci pour tous ces mets délicats du dimanche, préparés avec amour, et pour la chaleur de votre accueil au fil de ses années.

A Pascal,

Merci pour votre bienveillance, ainsi que pour votre implication dans les projets que nous entreprenons.

A Coline,

Tes exploits culinaires nous ont régalés cette année. Merci pour ton écoute attentive, et pour ta relecture dans ce travail.

A Mémé,

Merci pour l'affection que vous avez su me porter.

A Corentin,

Merci pour ton amour, l'accomplissement que tu me permets, et l'équilibre que tu me donnes. Un bel avenir nous attend, et j'ai hâte de le vivre avec toi.

A mes amis,

A Camille,

Merci pour ces années de colocation rue Lavalard, ton oreille attentive, tes conseils, et ta contribution à ce travail.

A Agnès et Chloé,

Merci d'avoir été à mes côtés durant ces années d'études.

A Romain, Camille Bataille, Camille et Justine Clavel,

Merci pour ces beaux moments d'amitié et votre soutien considérable tout au long de ces années.

Aux médecins qui ont édifié mon parcours,

A Séverine,

Tu as su m'apporter sérénité dans les moments de doute. Je te remercie pour la richesse de nos échanges mutuels, et la sollicitude sans faille dont tu as fait preuve.

A Claire,

En cette fin d'année de terminale, tu as su semer en moi, grâce à l'évidence de ta vocation, l'idée de l'engagement dans une voie qui ne cesse de m'épanouir. Je t'en remercie sincèrement.

A Marc,

Merci pour la sagesse de votre enseignement.

A Waldemar,

Dans cette campagne qui est le décor de ta pratique, j'ai exercé une médecine qui me plaît, le cœur léger. Merci pour ton accompagnement.

A Olivier,

Au fil de cette année, j'ai pu découvrir la belle personne que tu es. Merci de m'avoir accordé ta confiance.

A Véronique, Delphine, Sylvain, Janique et Sarah

Je suis heureuse de travailler à vos côtés et vous remercie pour votre présence pendant ces dernières semaines.

A Noy,

Merci de m'avoir partagé ta vision du métier au cours de nos moments d'amitié à Camplong. J'espère m'inscrire dans l'héritage de ton savoir-être.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude,

Nos échanges m'ont permis de gagner en maturité. Merci pour ces partages d'expériences.

Aux services hospitaliers qui ont participé à ma formation,

Aux différents services du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens qui m'ont accueillie pendant l'externat,

Merci pour la formation de terrain que vous m'avez accordée.

Au service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire de Ouagadougou,

Merci de m'avoir accueillie au début de mon internat. Vous avez contribué à faire de moi la clinicienne que je suis. L'expérience vécue à vos côtés a été une révélation de ce que peut être la médecine, et du sens qu'il nous appartient de donner à notre pratique.

Aux médecins et personnels soignants du Centre Hospitalier de Compiègne et de Noyon,

Dans chacun des services où j'ai été accueillie, j'ai su trouver plaisir au travail, et remise en question, ingrédients nécessaires à une formation de qualité. Heureuse d'avoir pu porter cette blouse blanche à vos côtés, je vous remercie pour cette transmission de savoirs, et de savoir « être ».

TABLE DES MATIERES :

I. INTRODUCTION.....	13
1) Choix du sujet	13
A) La relation médecin-patient et la question du don de soi	13
B) Les moyens de communication entre le médecin et son patient.....	16
C) Les questions soulevées.....	16
2) Cadre législatif :	19
A) Définition de la télémédecine	19
B) Le développement de la téléconsultation.....	20
C) La régulation téléphonique	21
D) Le téléconseil.....	22
E) Les devoirs et responsabilités du médecin	23
II. MATERIEL ET METHODES	27
1) Choix de la méthode.....	27
A) Méthode qualitative	27
B) Entretiens individuels semi-dirigés	27
2) Recrutement des participants	27
A) Choix des sujets	27
B) Mode de recrutement	28
C) Echantillonnage	28
3) Recueil des données.....	29
A) Le script d'entretien.....	29
B) Réalisation des entretiens	29
C) Retranscription des entretiens.....	29
D) Saturation des données	30
4) Méthode d'analyse.....	30
III. RESULTATS.....	31
1) Caractéristiques des participants et des entretiens	31
2) Analyse des résultats	32
A) Le partage de ses coordonnées personnelles	32
1) Les circonstances de partage.....	32
a. Les contextes cliniques incitatifs.....	32

b.	Les caractéristiques des patients	33
2)	Un partage choisi ?.....	34
a.	Une décision précautionneuse	34
b.	Un partage imprévu	34
c.	Un impératif ?.....	35
3)	Fréquence du partage	36
a.	Un partage peu fréquent	36
b.	Un partage systématique	36
4)	Et si c'était à refaire ?	36
a.	Une pratique remise en cause.....	36
b.	L'absence de regret	37
B)	Motivations.....	37
1)	Des avantages organisationnels ?.....	37
a.	Une meilleure coordination des soins ?.....	37
b.	Une optimisation de la pratique ?.....	40
2)	Des bienfaits relationnels ?	41
a.	Des motivations fondées	41
b.	Un gage de compétences humaines ?.....	42
c.	Renforcer son efficacité de soignant	43
C)	Freins	45
1)	L'anticipation de sollicitations inappropriées.....	45
a.	En termes de motif	45
b.	En termes de fréquence	46
c.	En termes de temporalité.....	46
d.	Des sollicitations intrusives ?.....	47
e.	Des patients sans scrupules ?	48
2)	L'appréhension des risques.....	49
a.	Risques pour le médecin	49
b.	Préjudices pour le patient	52
c.	Méfais relationnels	54
D)	Enjeux pour la pratique.....	55
1)	Les aspects médico-légaux	55
a.	Une pratique risquée.....	55

b.	Une mise en danger du patient ?	57
c.	S'assurer de la continuité des soins.....	59
d.	Le respect du secret médical	60
2)	La relation médecin patient : les perspectives évolutives	62
a.	Côté médecin : une transition générationnelle ?	62
b.	La santé comme un bien de consommation ?.....	64
c.	La mesure du don de soi.....	67
d.	L'appréhension de la dimension pédagogique	70
3)	L'influence du contexte pandémique, et le développement de la téléconsultation	71
a.	Un médecin plus disponible ?	71
b.	Vers un essor de la téléconsultation ?	72
c.	De l'échange informel à la cotation d'un acte.....	73
IV.	DISCUSSION	76
1)	Forces et faiblesses de l'étude :	76
A)	La méthode :	76
B)	Les participants :.....	78
2)	Discussion de nos résultats	80
A)	Le don de sa propre personne dans la perspective d'un marché de la santé.....	80
B)	La bonne distance soignant-soigné.....	84
C)	L'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle.....	86
V.	CONCLUSION	89
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	92
VII.	ANNEXES	95
1)	Annexe 1 : Réponse du CNOM	95
2)	Annexe 2: Script d'entretien initial	96

I. INTRODUCTION

1) Choix du sujet

Durant ces trois dernières années, les contours de la spécialité que nous avons choisie se sont dessinés. Le champ des possibles qu'elle nous offre, amène dans ses sillons des enjeux bio-psycho-sociaux variés. Les expériences vécues dans des cabinets de médecine générale pendant notre internat nous ont habilitée à les appréhender. Ainsi, c'est la confrontation aux réalités de la pratique qui nous a permis de déterminer notre sujet d'étude.

A) La relation médecin-patient et la question du don de soi

Nous avons profité des stages en ambulatoire pour nous immiscer dans la relation privilégiée qu'entretenaient nos Maîtres de Stage avec leurs patients. Les liens tissés au fil des années avec les malades semblaient donner une nouvelle dimension au soin.

C'est alors que nous avons saisi à quel point la relation entre le médecin et son patient bâtissait les fondements de la pratique, et qu'il s'agissait d'y prêter la plus grande attention, afin de renforcer notre efficacité de soignant.

Dans bien des situations, nous avons réalisé que les attentes des patients paraissaient décentrées du savoir biomédical que nous avons acquis. Plus précisément, notre rôle thérapeutique s'accomplissait non pas uniquement par l'utilisation de nos connaissances théoriques appliquées au cas singulier que nous rencontrions, mais aussi et surtout par notre relation privilégiée au patient.

De plus, nous étions forcée de constater que sans cet instrument, le soin prodigué aux malades ne semblait pas complet, et que, dénué de ce lien précieux, la seule application de notre apprentissage théorique ne s'avérait solutionner que partiellement les problèmes qui nous étaient exposés.

Nous nous rendions à l'évidence qu'il existait, bel et bien, un effet thérapeutique de la relation, et donc du médecin en lui-même. Cet outil universel, que constituait notre propre personne, commençait alors progressivement à s'affûter. Nous nous efforcions de remplir, grâce à lui, les missions d'écoute et de soin qui nous étaient confiées. Il nous est apparu que

notre mission de soignant ne pouvait s'accomplir sans un don de notre propre personne. Dès lors, s'est posée la question de savoir jusqu'où aller dans ce don : quelle devait être sa quantité, et ses conditions d'administration ?

Michael Balint a souligné cet effet thérapeutique de la relation (1), il écrit :

« La discussion a vite montré-et sans doute n'était-ce pas la première fois dans l'histoire de la médecine- que le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même. [...] Cependant, le séminaire ne tarda pas à découvrir qu'il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. Pour exprimer cette seconde découverte en un langage familier aux médecins : dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire sur sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien, etc. »

Ce don de soi, dans un souci de réponse aux sollicitations des patients en médecine générale, a semblé bien souvent dépasser le cadre de la consultation. En réalité, nous avons constaté que les médecins utilisaient de nombreux outils et modes de communication afin de les mettre au profit de la relation avec leurs patients. Cette communication à distance entre le médecin et son patient n'est pas nouvelle. En effet, les premières traces de médecine par lettres remontent au 2^e siècle, lorsque Galien évoque dans son traité *De logis affectis* (2), les conseils thérapeutiques qu'il prodigue à des patients trop éloignés géographiquement pour bénéficier d'une visite en face à face.

Cette correspondance existe aussi plus tard dans le domaine chirurgical, comme l'explique le célèbre chirurgien français Henri de Mondeville dans les années 1310 (3) :

«On nous demande fort souvent conseil, à nous chirurgiens, sur le traitement de maladies que nous n'avons pas vues, ni ne pouvons voir, à cause de l'absence et de l'éloignement des malades qui ne peuvent être transportés commodément, tandis que nous ne pouvons non plus nous rendre facilement auprès d'eux [...]. Dans les maladies faciles à guérir, dans les petites plaies récentes, par exemple dans les furoncles, apostèmes, légères contusions, etc., on peut donner une prescription curative à des personnes absentes.[...] Encore ne suffit-il pas au chirurgien de connaître l'état présent d'une maladie et d'un malade, il lui faut en plus connaître l'état passé et toute la marche de la maladie, et comparer l'un avec l'autre. Ceci ressort de l'autorité de Galien [...] [4]

Au XVIII^{ième} siècle, le Docteur Samuel Auguste Tissot réalise des consultations épistolaires rassemblées au nombre de 1300 dans le fonds Tissot. Parmi elles, nous citerons la correspondance avec Monsieur Vauthier datant du 15 mai 1772(4) :

«Je viens vous renouveler, Monsieur, ma priere de vouloir bien m'indiquer ce que vous croirés convenable à mon rétablissement, du moins pour recouvrer des forces à pouvoir marcher et sortir ; [...] [j'attends] la réponse que je vous supplie, Monsieur, de bien me vouloir faire [...] » [2]

Tissot lui répond le 2 juillet :

«L'ancienneté du mal diminue beaucoup l'esperance d'un soulagement considerable ; cependant, elle ne le rend pas absolument impossible, et les moyens que je crois les plus propres à l'operer sont:

1) Un regime doux et simple ; on doit eviter toutes les patisseries, graisses, fritures, salé, viandes noires, crèmes, ragouts, fromages, acides, thé, caffé, vins, liqueurs, pour ne vivre que de viandes tendres et légumes, surtout de chicorée, de fruits très mûrs, etquelques soupes farineuses et d'eau.[...]

5) On se fera d'abord appliquer six ventouses scarifiées sur une cuisse, et autant le landemain sur l'autre ; on les mettra sur les parties les plus souffrantes; on réiterera cette operation de quinze en quinze, pendant deux mois; on peut laisser fermer le cauterre au bout de 18 à 20 jours d'usage des remedes 52.» [2]

Ainsi, la téléconsultation pourrait s'inscrire dans l'évolution d'une correspondance médecin-patient telle que décrite précédemment. Lors de nos stages ambulatoires, nous avons constaté que les médecins généralistes correspondaient également avec leurs patients hors du cadre formel de la téléconsultation: il s'agissait essentiellement d'échanges téléphoniques ou de courriers électroniques. Certains praticiens rencontrés semblaient même parfois communiquer avec leur patientèle sur les réseaux sociaux.

B) Les moyens de communication entre le médecin et son patient

D'après une enquête de l'URPS menée auprès de médecins généralistes franciliens en 2012(5), les généralistes passeraient en moyenne plus de 7 heures au téléphone par semaine. Dans cette étude, 77,8% des appels provenaient de patients, et les généralistes répondaient en moyenne à 15 appels de leurs patients par jour. La durée moyenne des appels était de 2 minutes et 12 secondes. Parmi ces appels :

- 33% concernaient des demandes de conseils ou d'avis sur des résultats d'examens complémentaires.
- 45% concernaient des demandes de rendez-vous.

Cette grande disponibilité des médecins semblait s'étendre aux moyens directs de communication avec les patients, puisque :

- 47% des médecins interrogés échangeaient par e-mail avec leurs patients.
- 48% donnaient leur numéro de téléphone portable à leurs patients.

Cet état des lieux était déjà paru dans un article du Concours Médical la même année(6) : sur 100 médecins interrogés 16% avaient donné leur adresse mail à leurs patients, et 30% leur numéro de téléphone portable personnel, de façon systématique ou ponctuelle.

Le smartphone est devenu un outil de communication universel. En effet, comme nous pouvons le lire dans le baromètre du numérique de 2021(7), 94% de la population dispose d'un téléphone mobile, tandis que 84% de la population dispose d'un smartphone. Cet outil rassemble des possibilités d'échange par téléphone, mais aussi par courriel ou autres plateformes d'échanges variées. Il était détenu par l'intégralité des praticiens que nous avons rencontrés, et ceux-ci semblaient l'utiliser largement pour communiquer avec leurs patients. Certains s'appliquaient à masquer leur numéro lors des appels, d'autres non, ce qui impliquait alors que leurs patients détenaient leur numéro personnel.

C) Les questions soulevées

D'après nos observations, l'initiative du partage des coordonnées personnelles du médecin avec ses patients semblait naître de motivations diverses, et la condition de ce partage pouvait manifestement dépendre de la typologie du patient, entre autres choses.

Ce faisant, il n'était pas rare que les praticiens soient sollicités par leurs patients pour différents motifs, dont certains pouvaient correspondre aux études précédemment citées.

Lorsque ces modes de communication étaient employés, l'initiative des échanges pouvait émaner des deux parties :

De son côté, le médecin était parfois amené à partager ses coordonnées personnelles afin de faire face à certaines attentes des patients (urgences ressenties, avis sur une suite de prise en charge par exemple). De plus, il semblait vouloir satisfaire l'envie de rester « informé » de l'évolution clinique, et ce, parfois même en dehors des heures d'ouverture du cabinet. Il pouvait être amené à donner certaines indications thérapeutiques, ou des conseils de prise en charge dans certaines situations.

A notre connaissance, aucune étude antérieure n'avait interrogé les raisons de ce partage, (ou de la décision du non partage), qui nous a paru pourtant un phénomène fréquent dans la pratique.

Le patient, quant à lui, lorsqu'il avait accès aux coordonnées du médecin, le sollicitait par différents biais, (messages texte (SMS), appels ou courriels). Il semblait attendre de lui une réponse appropriée en termes de contenu et de délais. Dans l'étude de l'URPS précédemment citée (5), 56 % des médecins généralistes franciliens déclaraient se sentir harcelés par le téléphone, qui perturbe leurs consultations.

Les sollicitations se déroulaient parfois pendant les horaires d'ouverture du cabinet, ou sur un temps de repos (pause du midi, soirée, nuit, ou week-end). Le médecin n'était donc pas toujours en mesure de répondre aux sollicitations, ou le faisait dans des délais variables. D'ailleurs, du fait de l'utilisation du smartphone dans le cadre professionnel comme personnel, il ne paraissait pas toujours aisé de définir la limite entre le temps dédiée à notre pratique médicale, et le temps du « non médical ».

Nous nous sommes donc interrogée sur le contrat officieux qui est établi en partageant ses coordonnées personnelles avec ses patients. Ceci constitue-t-il une certaine garantie de disponibilité permanente pour le médecin ? Quels peuvent être les enjeux de ce partage non seulement sur la vie privée du praticien, mais également sur l'organisation de son exercice ?

Aussi, notre pratique en soins primaires nous expose à une grande diversité de motifs de recours, dont les urgences ressenties et réelles. Ce partage de coordonnées personnelles induisait des sollicitations de la part des patients qui posaient plusieurs problématiques:

D'une part, il était souvent difficile de percevoir quelle était l'affection potentielle derrière la plainte pour laquelle les patients pouvaient nous solliciter. Les demandes des patients dépassaient parfois ce que nous étions en capacité de leur donner : certains voulaient un diagnostic, d'autres une précision sur leur prise en charge, d'autres, encore, des documents administratifs.

D'autre part, le manque de médecins sur le secteur d'exercice conduisait parfois à un allongement des délais de rendez-vous. Ce phénomène paraissait être un des facteurs encourageant les praticiens à une gestion à distance de certains motifs de recours. Il paraissait arriver que ces échanges prennent la forme d'une véritable consultation, alors amputée de son temps clinique. Parfois même, l'entretien téléphonique conduisait à la rédaction d'une ordonnance.

Ces conseils, cette expertise ou ces soins, n'étaient la plupart du temps pas facturés au patient. Cependant, cette pratique constituait, d'après nos observations, une activité chronophage pour les médecins.

Parallèlement à ce constat, nous remarquons un essor de la téléconsultation, notre étude se déroulant dans le contexte de la Pandémie à Sars-Cov-2. Finalement, ces échanges étaient-ils du ressort de la téléconsultation ? Alors que les échanges téléphoniques auxquels nous assistions prenaient parfois la forme de véritables consultations par téléphone, leur pratique semblait être bien antérieure au développement de l'outil « téléconsultation ».

D'après nos sources, la comparaison de consultations par téléphone avec des consultations en « face-à-face » (8) semble montrer que les médecins utilisent le même canevas dans les deux cas, mais que les patients expriment des demandes plus ciblées au téléphone. Les périodes de silence qui caractérisent les conversations en face-à-face sont évidemment supprimées ; elles paraissent pourtant utiles pour percevoir des difficultés du patient. Enfin, les médecins sont moins enclins à poser des questions et à faire des demandes complémentaires, et préfèrent céder plus vite à des patients qui allèguent une pathologie en sollicitant en même temps un traitement. En résumé, le modèle général de conduite de la consultation au téléphone est assez identique, mais avec beaucoup moins de contenu, et peut-être une fragilisation du diagnostic, ceci ne paraissant pas dénué de risques pour le patient, comme pour le médecin.

D'après une étude menée aux Etats Unis en 2006 (9), un panel de généralistes ayant écouté les messages laissés par les patients sur leurs boîtes vocales a considéré que plus de 50% de ces messages sur répondeur étaient suffisamment inquiétants et auraient justifié une visite le jour même, hors heures ouvrables.

Comment la responsabilité du praticien peut-elle être engagée, en cas de non réponse ou de « mauvaise » réponse au patient qui sollicite le médecin aux moyens de ses coordonnées personnelles ?

Nous nous sommes interrogée sur les habitudes de communication des médecins généralistes avec leurs patients. Après une revue de la littérature, nous avons constaté que notre objet de réflexion n'avait pas été approfondi : aucun travail de recherche n'a été réalisé auprès des médecins généralistes sur les raisons du partage de leurs coordonnées personnelles, et des implications de ce choix dans leur pratique. Pourtant, il nous paraissait opportun d'étayer notre réflexion sur ce sujet, et de permettre ainsi aux praticiens de se situer quant à leurs modes de communication avec leurs patients. Il s'agirait également de permettre aux jeunes généralistes, futurs installés ou jeunes installés, d'avoir une réflexion documentée sur le sujet.

Nous avons donc défini notre objectif principal de recherche, qui était de mettre en lumière les motivations et les freins au partage de ses coordonnées personnelles avec les patients, et à en peser les différents enjeux pour la pratique de la médecine générale.

2) Cadre législatif :

A) Définition de la télémédecine

D'après le code de la santé publique (10):

« Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

- ***La téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours*

de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

- **La télé-expertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations de santé liées à la prise en charge d'un patient ;
- **La télésurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;
- **La téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- **La réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale des services d'aides médicales d'urgence des établissements de santé mais aussi par les médecins exerçant en activité libérale. »

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) s'appuie sur cet article de loi pour définir la télémédecine comme :

« Une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale ».

B) Le développement de la téléconsultation

Les conditions de la téléconsultation sont précisées le 10 août 2018 au Journal Officiel (11) dans l'accord de l'avenant 6 de la convention nationale organisant mes rapports entre les

médecins libéraux et l'Assurance Maladie. Pour rentrer dans le droit commun, la consultation doit comporter les modalités suivantes :

- le patient doit être orienté par le médecin traitant si ce n'est pas le médecin traitant qu'il consulte.
- le médecin doit avoir vu le patient dans les 12 derniers mois.
- le support vidéo est nécessaire.
- un compte-rendu de la consultation doit être archivé dans le dossier du patient.
- la consultation est facturée au même titre qu'une consultation « en présentiel » et prise en charge à 70% par l'Assurance Maladie.
- les échanges de documents doivent se faire à l'aide d'une messagerie sécurisée.

Les règles sont assouplies en 2020 avec le contexte pandémique : l'Etat modifie les conditions de prise en charge de télémédecine pour les patients atteints de Covid 19. Le décret du 9 Mars 2020 (12) précise les règles d'utilisation de la téléconsultation pour les patients potentiellement atteints par le Covid 19. Il permet la prise en charge à 100 % de la téléconsultation pour ces patients, même s'ils ne consultent pas leur médecin généraliste. Il permet également au praticien d'utiliser n'importe lequel des moyens technologiques actuellement disponibles pour réaliser une vidéoconsultation. Ce décret est par la suite actualisé pour permettre à tous de profiter des téléconsultations pendant cette période.

C) La régulation téléphonique

Dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 04 Août 2011(13) la régulation médicale est définie par « un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur. L'acte médical est une décision médicale qui implique la responsabilité individuelle du médecin. Cette décision s'appuie sur l'ensemble des éléments dont dispose le médecin. Sa finalité est d'apporter au patient « le juste soin et de ne pas lui faire perdre de chance. » D'après cette définition, elle relèverait donc uniquement de la pratique des médecins régulateurs, dans le cadre de soins urgents.

D) Le téléconseil

Le téléconseil, constitue une activité pratiquée de longue date par les médecins généralistes, lors d'échanges avec des patients connus. Il s'agit également du champ d'activité des médecins hospitaliers correspondant avec leurs patients, par exemple dans le cadre du suivi de pathologies chroniques. Il n'a pas de définition légale, n'entre pas dans le champ de la télémédecine ni de celui de la régulation.

Le téléconseil en ligne ouvert comme prestation par le secteur marchand n'entre pas non plus dans le champ de la définition légale de la télémédecine, bien qu'il engage la responsabilité du médecin qui le pratique. En l'état actuel des textes, ce type d'activité pourrait, selon le CNOM (14), être défini par le terme d'«orientation dans la prise en charge». Le médecin qui le pratique ne peut être rémunéré à l'acte mais à la vacation.

Le CNOM insiste déjà en 2011 sur le flou juridique qui existe quant à ces prestations, et la nécessité d'instaurer une réglementation plus explicite dans le domaine du téléconseil. Aussi, lors des appels téléphoniques en médecine générale, il arrive que le téléconseil prenne la forme d'une téléconsultation. Certains appels permettent de faire une forme de régulation, puisque les soins primaires comportent une partie de soins d'urgences vraies ou ressenties.

D'après les prévisions du CDOM, le suivi à distance grâce au téléphone et au courriel est appelé à s'intensifier et doit continuer de s'inscrire dans la relation de confiance établie entre un médecin et un patient qui se connaissent.

« L'activité médicale téléphonique fait, de longue date, partie du quotidien du médecin dans le suivi des patients qui lui font confiance et qu'il connaît pour assurer leur prise en charge. Avec le développement des messageries, on observe aujourd'hui des attentes vis-à-vis de l'utilisation du courrier électronique dans ce cadre. Ces activités engagent pleinement la responsabilité du médecin. »

Alors que nous prenons conscience que le suivi des pathologies chroniques occupe une grande place dans la pratique de la médecine générale, le CNOM considère tout conseil donné à un patient par téléphone comme acte médical. En qualité de médecin « traitant », assurant un suivi longitudinal de sa patientèle, le médecin généraliste aurait d'ailleurs à sa disposition des garanties de sécurité et de qualité puisqu'il dispose d'informations pertinentes (dossier

médical, résultats d'examens) qui l'aideraient à apprécier le motif de l'appel et lui permettraient de délivrer une réponse fiabilisée par le contact personnel établi précédemment. Cela constitue, pour le CNOM, un argument important en faveur de la reconnaissance spécifique de cet acte particulier. La forfaitisation de cette prise en charge, en matière de financement était déjà une piste de réflexion en 2012. Cependant, d'après l'article 53(15) du code de déontologie médicale, les conditions de facturation des honoraires sont toujours précisées, telles que suit :

« Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémédecine. Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. »

En ce qui concerne les courriers électroniques, le CDOM estimait en 2011 que si leur utilisation n'est pas dénuée de risques, ces échanges pourraient être mis au profit de la relation médecin-patient. L'élaboration d'un « espace santé » est en cours, d'après les précisions apportées par le CNOM en annexe 2. Cet espace pourrait notamment permettre de sécuriser les échanges médecin-patients.

E) Les devoirs et responsabilités du médecin

D'après l'article R.4127-9 du code de la santé publique (16) :

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

De plus, le médecin est soumis comme les autres citoyens au code pénal dans lequel figure à l'article 223-6, alinéa 2 (17):

« Sera puni des mêmes peines (5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans

risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Ainsi, plus que tout autre, le médecin doit apporter ce secours. Ces articles pourraient s'avérer une « arme redoutable » contre tout médecin si on les applique à tous les "appels d'urgence" et non plus seulement aux cas où le médecin se trouverait en présence d'une personne en péril.

Dans son commentaire de l'article 9 (18), le conseil de l'Ordre note les difficultés rencontrées en pratique, notamment en ce qui concerne l'évaluation de l'urgence :

« Il semble que les plaintes contre des médecins fondées sur cet article se sont faites plus nombreuses. Les sanctions judiciaires correspondent certes parfois à des négligences professionnelles coupables (abstention délibérée) mais aussi à un malheureux concours de circonstances ou à une défaillance involontaire (malentendu)[...] Les difficultés en cette matière viennent le plus souvent de malentendus, certaines personnes appelant "d'urgence" pour des malaises bénins. Les médecins sont souvent dérangés pour peu de chose. Ils s'y attendent et savent qu'on peut les tromper, dans les deux sens. Parfois, on emploie le mot "urgent" à la légère. Il y a aussi, de plus en plus souvent, une certaine désinvolture : la commodité prend le nom d'urgence. D'autres fois, ils regretteront qu'on ne leur ait pas signalé, lors de l'appel, la gravité de la situation. L'anxiété du patient, ou de son entourage, a vite fait de convaincre qu'il faut le médecin tout de suite et il faut admettre que l'appel pressé est légitime du moment que l'on a peur. Ces difficultés sont accentuées par la multiplication des communications téléphoniques, notamment en pédiatrie ou dans le cadre de la médecine ambulatoire.[...] L'exercice de la médecine deviendrait impossible si le médecin devait répondre immédiatement à tout appel. S'il ne peut y répondre personnellement dans l'instant, il lui reste à "s'assurer que la personne reçoit les soins nécessaires", c'est-à-dire qu'un autre médecin peut se rendre auprès d'elle, ou que le blessé peut être transporté sans retard dans un lieu de soins. Il faut qu'il s'assure personnellement de la prise en charge du patient. »

Nous serions tentée d'en conclure, qu'en donnant au patient ses coordonnées personnelles, le médecin accroît ses devoirs de disponibilité et d'assistance.

Dans une thèse de 2004 portant sur la responsabilité médicale du médecin généraliste face à l'appel téléphonique(19), parmi 69 médecins interrogés, 91,3% savaient qu'ils engageaient leur responsabilité lors d'un appel. Or, parmi ces médecins, 73,9% ne gardaient aucune traçabilité des échanges téléphoniques entretenus avec leurs patients. 85,5% des

médecins interrogés n'avaient jamais reçu de formation sur la prise en charge des appels téléphoniques. La perception de la responsabilité médicale lors du partage de son numéro de téléphone portable ou de son adresse mail à ses patients restait à questionner.

Ainsi, il nous a paru opportun de rappeler les différents niveaux de responsabilité médicale.

D'une part, la responsabilité morale concerne tout praticien : elle est celle dont le responsable ne répondra de ses actes que devant sa conscience.

D'autre part, chaque praticien peut être amené à répondre de ses actes à un triple niveau, en fonction de l'objectif poursuivi par le patient ou sa famille : le niveau pécuniaire, le niveau pénal, et le niveau disciplinaire.

Ainsi, les responsabilités administratives (service public) et civiles (médecine libérale) ont pour but essentiel de réparer, tout préjudice né soit de l'inexécution d'un contrat, soit de la violation du devoir général de ne causer aucun dommage à autrui. Elles visent donc à réparer les conséquences d'un fait préjudiciable pour autrui. D'après l'article 12-41 du code civil(20) :

*« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa **négligence** ou par son imprudence. »*

L'objectif poursuivi par le plaignant est alors celui d'une compensation financière du préjudice. Cela implique 3 conditions :

- Une faute : toute attitude qui par négligence, imprudence, malveillance, ne respecte pas les engagements contractuels du devoir de ne pas causer de dommage à autrui.
- Un préjudice : il s'agit du dommage causé par une personne qui peut être matériel, physique ou moral. Il doit être quantifiable, certain, direct et personnel.
- Un lien de causalité : l'existence d'un rapport étroit et direct entre la faute commise et l'effet de la cause qui est le préjudice.

La responsabilité pénale sanctionne une atteinte à l'ordre public par la commission d'un acte interdit par la loi. Elle s'exerce lorsque la faute reprochée constitue une infraction. L'objectif poursuivi par le plaignant est de voir l'auteur de l'infraction condamné à une peine d'amende et/ou de prison.

La responsabilité disciplinaire a pour mission de sanctionner un individu appartenant à un groupe : celui des médecins, pour manquement à une des règles édictées par ce groupe : il s'agit du code de déontologie. Le Conseil de l'Ordre peut donc condamner un médecin pour une faute professionnelle. Les sanctions prononcées peuvent aller de l'avertissement jusqu'à la radiation du tableau de l'Ordre.

Pour que le médecin puisse être sanctionné sur le plan pénal dans le cadre de l'article 223-6, il impute de prouver:

- que la personne pour laquelle on appelle soit réellement en péril,
- que le médecin en ait été clairement averti,
- qu'il se soit abstenu volontairement,
- qu'il ne puisse invoquer une excuse majeure (médecin occupé par un autre patient dans un état grave, un accouchement, une intervention chirurgicale ou lui-même sérieusement malade).

L'article 223-6 du code pénal, selon la jurisprudence, pèserait donc d'un poids particulier sur le médecin (18). Une négligence volontaire est inexcusable. Cependant, le risque est surtout celui d'une erreur d'appréciation, de la part du médecin, sur le degré de l'urgence. En médecine, l'erreur de pronostic paraît la plus difficile à admettre par des juges ou par l'entourage, et la plus répréhensible s'il s'agit d'une urgence.

Ces considérations semblent défendre l'hypothèse selon laquelle, le médecin, engage sa responsabilité, morale, civile, pénale et disciplinaire, dans la réponse qu'il donne à un patient par téléphone, et semblent pertinemment étayer l'intérêt de notre étude.

II. MATERIEL ET METHODES

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une étude par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés dans l'ancienne région administrative de Picardie.

1) Choix de la méthode

A) Méthode qualitative

La méthode qualitative est apparue comme particulièrement appropriée pour notre étude, puisque les facteurs étudiés sont subjectifs, et donc difficiles à mesurer. La recherche qualitative ne vise pas à quantifier ou à mesurer, mais plutôt à recueillir des données verbales, permettant une démarche interprétative. Cette méthode permet également d'explorer les émotions, ainsi que les expériences personnelles des participants. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension des comportements et des relations interhumaines. A ce titre, cette méthode de recherche paraît particulièrement adaptée à la médecine générale, puisqu'elle permet d'aborder de façon élargie les déterminants des soins primaires et du colloque singulier entre le médecin et son patient.

B) Entretiens individuels semi-dirigés

Cette technique d'entretien est apparue comme la plus adaptée pour notre étude. En effet, certains axes de l'entretien tels que les aspects médico-légaux de la pratique ou le récit d'expériences vécues auraient peut-être été plus difficiles à recueillir si nous avions opté pour des entretiens en groupe.

2) Recrutement des participants

A) Choix des sujets

Nous avons interrogé des médecins généralistes exerçant en libéral, dans les trois départements de l'ancienne région administrative de Picardie. Les critères d'inclusion étaient :

- docteurs en médecine générale
- exerçant en libéral
- installés ou remplaçants

- exerçant dans l'Aisne, l'Oise ou la Somme

B) Mode de recrutement

Les médecins participants ont été recrutés par un effet « boule de neige ». Les premiers médecins ont été recrutés parmi les connaissances du directeur ou de la doctorante. Puis, les participants suivants ont été recrutés par le biais des précédents, et ainsi de suite. Tous étaient invités par téléphone ou par mail à participer à l'étude. Nous expliquions alors brièvement l'objet de notre recherche, puis fixions une date et un lieu d'entretien.

Compte-tenu des mesures de distanciation sociales et du contexte sanitaire, il était proposé aux participants de réaliser un entretien en présentiel ou à distance, en utilisant leur plateforme de téléconsultation s'ils en possédaient une, ou bien à l'aide de la plateforme ZOOM.

Le nombre de médecins recrutés a été défini par la saturation des données. Celle-ci est obtenue lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours.

C) Echantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage dynamique en variation maximale. Pour cela, certaines variables, susceptibles d'influencer les résultats, ont été repérées et discrétisées en classes pertinentes, afin que nous puissions orienter le recrutement des futurs participants. En effet, la population à étudier devait être la plus largement échantillonnée de manière à explorer le plus diversement possible le thème étudié, et à permettre une richesse des données.

L'objectif n'était pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais de constituer un échantillon permettant la compréhension du thème de recherche.

Par conséquent, au milieu du parcours, un descriptif des participants a été réalisé sous forme de tableau, de façon à choisir les futurs sujets en fonction de variables qui étaient :

- le sexe
- l'âge
- le lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain)
- le mode d'exercice (médecin exerçant seul ou en groupe, médecin remplaçant)
- l'ancienneté d'installation si le médecin était installé
- le type de secrétariat

- l'importance de la patientèle
- la situation familiale

3) **Recueil des données**

A) **Le script d'entretien**

Nous avons élaboré un premier script d'entretien semi structuré, qui était composé de questions ouvertes, et de questions dites de relance, afin d'approfondir les réponses des participants. Celui-ci a été soumis à la commission des thèses du département de médecine générale de la faculté de médecine d'Amiens. La formulation de certaines questions a été modifiée après les deux premiers entretiens. Au fur et à mesure de notre enquête, le script d'entretien s'est enrichi de façon à confronter les hypothèses émergentes de notre étude aux futurs participants.

B) **Réalisation des entretiens**

Les entretiens comportaient 4 parties :

- Une première partie visant à présenter l'investigatrice, le sujet de l'étude et les raisons du choix de l'étude. Il était précisé au participant que nous procédions à l'enregistrement de l'entretien à l'aide d'un smartphone, que nous lui garantissons un anonymat et une absence de jugement.
- La deuxième partie consistait à caractériser le participant : son âge, son sexe, le nombre d'années d'installation, son milieu et sa structure d'exercice, le type de secrétariat, sa situation familiale.
- La troisième partie consistait à l'entretien en lui-même.
- La quatrième partie était un temps de partage et d'échange sur le sujet, et laissait au participant la possibilité d'ajouter des éléments, ou de nous poser des questions s'il le souhaitait. Nous remercions alors le participant et lui proposons de lui soumettre les résultats de nos travaux s'il le souhaitait.

C) **Retranscription des entretiens**

Chaque entretien a été retranscrit mot à mot après sa réalisation sur un fichier de traitement de texte (Microsoft Word) par la doctorante elle-même. Lors de la retranscription,

nous nous sommes attachée à anonymiser les entretiens ainsi qu'à retranscrire les intonations, rires, ou hésitations de façon à laisser transparaître le ressenti et l'expressivité des participants.

Nous nous sommes identifiée par la lettre L, et les médecins par la lettre M1, M2, M3 etc...

D) Saturation des données

La saturation des données nous est apparue après le quatorzième entretien. De façon à confirmer celle-ci, deux nouveaux entretiens ont été réalisés.

4) Méthode d'analyse

Le codage a été initié progressivement au cours de l'avancée des entretiens, à l'aide du logiciel NVIVO.

Il a consisté au découpage en unité de sens, c'est-à-dire à fractionner le discours des participants en fonction du sens de leurs réponses et des idées abordées, de façon à répondre à la question de recherche. Fragment par fragment, le discours des participants a été réarrangé en une liste de catégories faisant émerger des thèmes principaux.

Au terme de notre codage, nous avons procédé à une triangulation des chercheurs, en sollicitant une seconde investigatrice formée à la recherche qualitative, qui a relu et codé nos entretiens.

III. RESULTATS

1) Caractéristiques des participants et des entretiens

16 entretiens ont été réalisés entre avril 2020 et avril 2021. Du fait du contexte pandémique, 3 entretiens ont dû être réalisés à distance.

	Sexe		Age		Lieu d'exercice			Mode d'exercice		Ancienneté d'installation				Secrétariat			Patientèle	Situation familiale			Réalisation de l'entretien		Durée de l'entretien
	F	H			Rural	Semi Rural	Urbain	Seul	En groupe	<5 ans	5<20ans	20-30 ans	>30 ans	Aucun	Télésecrétariat	Secrétaire présente au cabinet		Célibataire	En couple	Enfants	Présentiel	Distanciel	
M1		1	71		1			1				1		1				1	1	1		00:43:07	
M2	1		65		1				1			1			1			1	1		1	00:43:11	
M3		1	72				1								1			1	1		1	00:30:25	
M4		1	43				1			1						1		1	1			00:14:14	
M5		1	55				1				1							1	1			00:32:16	
M6		1	61				1					1						1	1			00:17:43	
M7		1	65				1					1				1		1	1			00:19:22	
M8		1	43				1						1			1		1	1			00:19:25	
M9	1		32				1									1		1	1			00:29:13	
M10		1	37				1									1		1	1			00:15:33	
M11		1	35				1									1		1	1			00:20:36	
M12		1	52				1					1						1	1			0:48:01	
M13		1	57				1					1						1	1		1	00:47:25	
M14		1	35				1						1			1		1	1			00:29:19	
M15		1	53				1											1	1			00:25:17	
M16		1	51				1											1	1			00:21:31	
Total	8	8	51,6875		6	8	2	7	9	2	5	4	4	1	8	7		15	14	13	3	00:28:32	
				Moyenne																			
				Médiane																			

Tableau 1 : Caractéristiques des participants, modalités et durée des entretiens
M=Médecin, médecin remplaçant

2) Analyse des résultats

Nous avons choisi de ne détailler ici que les extraits les plus explicites et diversifiés pour chaque code, afin de simplifier la lecture de notre travail. Lorsque nous avons fait le choix de ne pas mentionner certains extraits, les entretiens qui les comportent sont détaillés après le code concerné (le premier entretien est noté, E1, le deuxième E2...).

Les propos de chaque médecin sont précédés de la mention M puis du chiffre définissant l'ordre de réalisation des entretiens.

A) Le partage de ses coordonnées personnelles

1) Les circonstances de partage

a. Les contextes cliniques incitatifs

Interrogés en premier lieu sur les circonstances de partage de leurs coordonnées personnelles, les médecins de notre étude nous ont détaillé des situations concrètes dans lesquels ils avaient pu donner leur numéro de téléphone portable à leurs patients.

- **Gravité, cancer**

(E2, E9, E10)

M2 : « des patients qui ont des cancers, pour euh...leur éviter de passer par le standard et avoir une réponse un peu plus directe et rapide. »

M10 : « Circonstances, euh...de maladies graves, euh...chez des patients euh...euh...j'ai dû les joindre éventuellement de chez moi, et là je les ai joints ...euh...par texto en fait, voilà... »

- **Fin de vie**

(E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9)

M2 : « Après, euh...j'ai eu des personnes, des situations de mort imminente par exemple où je laisse aussi mon numéro, parce que humainement, on va pas laisser une voix artificielle orienter quelqu'un sur un décès imminent. »

M7 : « Je ne le fais que dans un cadre très précis, qui est celui de la fin de vie. Là j'estime qu'il est normal qu'on puisse me joindre vingt-quatre heures sur vingt-quatre. »

- **Initiation ou adaptation de traitement**

M2 : « Ça m'est arrivé de demander à des patients parce que vraiment j'étais un peu ennuyée, par exemple l'introduction d'un traitement chez une personne très âgée, et que je demandais de m'appeler pendant le weekend, parce que je savais qu'il y avait une famille non facilitante ou autre, et que ça me permettait d'accompagner la mise en route d'un traitement. »

M16 : « voilà, ça existe, je l'utilise ...enfin l'exemple type c'est quand même l'adaptation de l'antibiotique, euh...c'est vrai, ça par téléphone... »

- **Situations complexes**

M9 : « Alors, c'est des gens qui sont un peu, euh...ou j'ai eu un doute diagnostic, ou c'est le week-end, ou c'est un jour férié, etcetera, et...voilà...parfois ça m'est déjà arrivé de demander une bio un samedi matin et puis, euh...de pas avoir les résultats, de pas bosser le samedi matin, de récupérer les résultats auprès du labo ou de bidouiller pour réussir à les avoir via Apycrypt à la maison et de leur passer un coup de fil en disant...ben votre bio, c'est bon c'est rassurant, c'est pas rassurant, ...euh...ça... »

M9 : « Euh...alors, ce que j'appelle la carte VIP c'est sur les situations un peu borderline où tu sais pas trop comment ça peut évoluer, ou tu dis oui, bon...en théorie ce serait hospi, mais il est pas si mal, ou ...j'le sens pas trop mais j'ai pas d'argument pour...euh...à ce moment-là je leur dis...euh...si il y a le moindre souci, euh...vous rappelez le cabinet, si il n'y a plus de place, je vous trouve une, place, euh...voilà, et en général la carte VIP ils ne s'en servent pas...le fait de savoir qu'ils l'ont, euh...ça suffit à les rassurer »

b. Les caractéristiques des patients

La typologie de certains patients paraissait parfois conduire les médecins enquêtés à donner leur numéro de téléphone ou leur adresse mail :

- **Ancienneté de la relation médecin-patient**

(E1, E4, E5, E6, E8, E13)

M1 : « Il peut y avoir des patients qui sont aussi des amis, oui...qui sont devenus amis, aussi, oui..., c'est...ça peut arriver. »

M4 : « Mon meilleur copain, qui est patient, a mon numéro, oui. Euh, quelqu'un que je connais un peu de loin, c'est non. »

M6 : « ...bon puis c'est un peu...j pense que quand on les suit depuis longtemps, c'est un peu normal... »

M13 : « alors bon, là, la semaine dernière je l'ai fait parce que...une de...mes patientes que je connais depuis longtemps, que...je ne considère pas comme une amie mais enfin de qui je suis assez proche va faire rentrer sa mère dans une maison de retraite de la ville voisine, et cette maison de retraite n'a pas de médecin attitré donc elle me demandait si je connaissais dans la liste des médecins qui allaient à cette maison de retraite, certains confrères. »

- **Psychiatrie et risque suicidaire**

M2 : «...ensuite, j'ai des patients à risque suicidaire élevé, par exemple à qui j'ai donné mon numéro, et c'est maintenant des patients que je ferai passer à travers le système patients prioritaires dont je parlais tout à l'heure...mais bon ces gens-là ont gardé mon numéro...(rires) donc ils l'ont toujours.»

M2 : « Alors la majorité des patients à qui je l'ai donné c'était plutôt un moyen de les rassurer, en sachant qu'ils avaient quelqu'un de joignable en cas de détresse. Parce que majoritairement c'était des gens qui étaient un peu limite sur le plan psychiatrique. »

- **Patients âgés, ou suivis à domicile**

M2 : « C'est souvent des patients que je vais voir en visite, des patients très âgés, parce que ça m'est plus facile, enfin. Ils sont parfois en difficulté avec un système de téléconsultation virtuelle, et ça me permet à moi d'organiser les choses. »

M5 : « Voilà, c'est des patients que je suis depuis des années, qui sont chroniques, qui sont...euh....qui sont à domicile. »

2) Un partage choisi ?

a. Une décision précautionneuse

Six médecins ont souligné l'importance de sélectionner les patients à qui ils communiquent leur numéro (E1, E2, E5, E10, E12, E15) :

M2 : « ...j'avoue que je les sélectionne quand même un peu les patients à qui je donne mon numéro...c'est pas...c'est pas tout le monde. Il y a certains types de personnalités...qu'on sent en difficulté avec les limites d'emblée, je vais pas leur donner mon numéro de téléphone, là je...vais quand même me protéger. »

M5 : « Tu donnes pas ton numéro comme ça au bout de 10 minutes...tu le donnes quand les gens en ont vraiment besoin, quand il y a une relation de confiance, quand ça s'est noué depuis des années, quand, tu vois ? Bon, donc les gens ils savent qu'ils ont déjà eu 25 rhumes, que je leur ai jamais rien donné pour le rhume, qu'ils vont pas m'appeler à 22 heures parce que le bébé il tousse, tu vois, ça... (rires) »

b. Un partage imprévu

- **Par le médecin**

Parmi les médecins interrogés, six d'entre eux ont souligné qu'ils avaient déjà partagé leurs coordonnées de façon accidentelle (E1, E2, E6, E8, E11, E14) :

M11 : « Après j'ai donné mon numéro parfois aussi sans faire exprès, en appelant des gens de mon portable, en ayant oublié de retirer le...le numéro masqué, et du coup il y a des gens qui ont gardé mon numéro de téléphone comme ça »

M2 : « Ça fait 8 mois à peu près. J'ai testé ...au début on nous avait dit que ce serait possible avec WhatsApp mais j'ai essayé avec WhatsApp : gros défaut de WhatsApp, ça a donné mon numéro de téléphone à certains patients, ça je l'avais pas identifié non plus, donc j'ai arrêté (rires) parce que justement je ne choisissais plus à qui je le donnais, c'était forcément la personne qui avait demandé la téléconsultation. »

M6 : « c'est comme il y a un danger c'est quand il y a quelqu'un qui appelle c'est de donner son propre numéro de téléphone. J'ai connu ça il y a bien des années ...euh...une jeune femme qui avait un gros problème cancéro, puisqu'elle est décédée ...qui était sourde, qui n'entendait rien, qui n'était pas spécialement enfin...j'veis dire avec un QI un peu haut, euh...j'avais appelé un hôpital parisien pour qu'elle soit prise, j'avais donné mon numéro de portable, ou...non à l'époque c'était celui de la maison, le fixe de la maison, alors que...d'habitude elle était sourde, elle entendait pas, ...euh....elle repart chez elle, dix minutes après elle m'appelle parce qu'elle avait oublié de me demander ça...comme quoi (rires) faut bien bien faire attention, euh... »

- **A son insu**

Plusieurs enquêtés ont rapporté que la décision du partage de leurs coordonnées personnelles n'étaient parfois pas de leur fait.

M2 : « Il y a toujours un malin qui va le donner à quelqu'un d'autre dans la famille...et c'est ça le plus embêtant, mais j'ai un répondeur, et si c'est un jour où je ne travaille pas et un numéro que je ne connais pas, je ne vais pas répondre.»

M3 : « Alors ce qui est un peu plus embêtant, faudrait...à mon avis dans les mails. Parce que moi je n'ai pas de mail professionnel, c'est toujours mon mail privé, euh je pense que ...là il faudrait différencier, donner son mail professionnel et pas le privé. Parce qu'après, ce mail privé peut être repris par d'autres patients... Moi j'ai déjà eu le cas, en fait les patients disaient, ben tu sais il donne éventuellement des conseils, tiens voilà son mail, etc...donc ça c'est un peu embêtant, ça. »

M9 : « ...voilà, et évidemment l'infirmière m'a rappelée, du domicile de la patiente, qui a bien pris soin d'enregistrer, mon portable, et j'ai reçu un appel pour une gestion d'INR un week-end, quoi..... Bon.... Bon, c'est arrivé une fois, elle s'est excusée, etcetera, elle était en panique à ce moment-là, mais ...quand tu sens qu'il y a un potentiel... »

M14 : « ...et puis à côté de ça il y a des gens qui ont mon numéro pour d'autres choses : la pharmacie, la kiné, ou les professionnels, et qui m'appellent aussi à titre personnel, du coup, forcément. »

c. Un impératif ?

Certains médecins paraissent considérer ce partage de coordonnées comme une obligation (E2, E3, E5, E14) :

M14 : « Donc au final, je pense que c'est plus ou moins imposé un peu avec ce système de mi-temps »

M3 : « lorsqu'on accompagnait jusqu'à la fin le patient, ben quelque part on est obligé de donner son portable. »

M5 : « Mais pour revenir à ton sujet de départ, je pense que les coordonnées personnelles, ça fait partie du métier. »

3) Fréquence du partage

a. Un partage peu fréquent

La plupart des participants à l'étude ont insisté sur le fait que le partage de leurs coordonnées personnelles n'était pas une pratique courante (E1, E2, E6, E7, E8, E9, E10, E13, E15) :

M10 : « ...mais...euh....grosso modo je crois que je peux les compter sur les doigts de la main.»

M15 : « Non, non, (rires) Non non, mon adresse mail non. J'ai peut-être un patient qui l'a eue parce qu'il avait un truc à m'envoyer et je lui ai donné mon adresse pour qu'il me l'envoie, mais sinon jamais je ne communique avec les patients par adresse mail.»

M7 : « Ca m'arrive hyper rarement, hyper rarement parce que je conçois même pas qu'on puisse refiler son téléphone portable aux patients. »

b. Un partage systématique

Trois des médecins interrogés ont précisé qu'ils partageaient certaines de leurs coordonnées de façon systématique (E1, E13, E16) :

M1 : «...l'adresse mail, alors oui, je la communique, elle est inscrite , elle est inscrite sur mes ordonnances donc ils ont l'adresse mail automatiquement. »

M16 : «...bon...euh...le médecin avec qui je travaillais, en fait on n'avait pas de secrétariat, on laissait, notre numéro de téléphone portable en partant sur le répondeur, et....c'était parti comme ça (rires). »

4) Et si c'était à refaire ?

a. Une pratique remise en cause

Certains médecins portaient un regard critique sur ce choix de partage, et nous confiaient qu'ils avaient, pour certains, changé leur pratique au cours de leur exercice :

M11 : « Ça m'arrive très très très rarement, je l'ai fait au début, et j'ai vite arrêté (rires). »

M13 : « Alors, je l'ai eu fait (rires). Quand je me suis installée il y avait même mon numéro de portable sur mes ordonnances, euh...voilà, et puis maintenant je ne le fais plus jamais jamais jamais. »

M14 : « Et, euh...après, je pense que ce sera difficile de faire marche arrière, si j'avais pu, j'aurais dû réfléchir avant (rires) de franchir tout ça, parce qu'à la longue ça va peut-être

m'épuiser, c'est ce que je me dis aussi, mais que de toute façon, et ben...c'est un mode de vie, et puis...c'est une génération différente de celle d'avant, et ...les patients aussi changent de génération...et du coup, euh...je pense que chaque patient s'accorde avec le médecin qu'il a choisi.»

b. L'absence de regret

Deux praticiens ont stipulé qu'ils ne regrettaient pas leur décision :

M1 : « Ouais, alors : j'vais de dire très brièvement, c'est que moi j'ai jamais regretté d'avoir donné, lâcher mon téléphone perso. »

M3 : « Nan mais ça se passe bien....moi j'ai jamais regretté d'avoir donné mon portable.»

B) Motivations

1) Des avantages organisationnels ?

a. Une meilleure coordination des soins ?

Le partage des coordonnées personnelles paraissait permettre, pour les praticiens interrogés, d'assurer une meilleure coordination des soins.

• Suivi, adaptation thérapeutique

M12 : « mais c'est vrai que c'est pratique, parce que bon par exemple t'as des gens sous anticoagulants, le TP INR faut réajuster, hop, on se fait un texto, et on gagne du temps...les gens sont pas obligés de passer par une plateforme, téléphoner, attendre la réponse, rappeler, enfin voilà.....donc euh...je pense que c'est un gain de temps, mais qu'il faut que ce soit hyper cadré. »

M14 : « enfin...quand on a examiné quelqu'un, qu'on a vraiment un doute, j'ai prescrit l'antibio, mais j'attends la CRP pour savoir si on débute le traitement, euh...je lui explique des fois, et des fois je me dis ça va plus vite que je rappelle moi-même. Elle m'envoie la CRP en message, et puis je rappelle moi-même. C'est plus...des fois c'est plus simple. »

M16 : « Des....je sais pas par exemple, j'ai reçu, admettons, un ECBU, l'antibiogramme est là, il faut adapter, ben dans ces cas-là, voilà, je leur passe un petit coup de téléphone, et je leur dis de changer l'antibiotique, euh...je faxe l'ordonnance à la pharmacie »

• Partage de résultats

(E3, E10, E14, E15)

M10 : « J'ai dû...envoyer un texto ou donner mon numéro de téléphone pour dire si vraiment il y a un problème vous m'appellez, si vous avez des nouvelles du cancérologue chez qui j'avais envoyé etceterapour avoir des nouvelles plus rapidement ou pour rassurer les gens plus rapidement ou pour les aider »

M14 : « La pharmacienne qui m'a envoyé son résultat de doppler, bon ben j'ai attendu d'être au cabinet pour enregistrer son doppler dans son dossier, et puis j'ai pas forcément répondu, mais c'était pas forcément, c'était pour partager un document en fait...après c'est

vrai que toujours avec cette histoire de téléconsultation, maintenant on utilise le mail pour envoyer les arrêts de travail, pour envoyer les ordonnances, et...c'est un peu... »

M15 : « C'est pour me donner des informations la plupart du temps. [...] La plupart du temps c'est pour me dire je suis allé faire ça, le résultat c'est ça... »

- **Permettre la continuité des soins**

(E1, E9, E11, E12, E14, E15)

M1 : « On lui donne quelques signes, surtout en ce moment avec le Covid, on donne quelques signes d'alerte, mais la grande prudence, c'est de leur dire : rappelez moi, dès que...dès que vous êtes, euh...et il faut effectivement, assumer, et assurer la permanence téléphonique. »

M9 : « et les parents aussi, souvent, la petite bronchio ça pourrait ...euh...j pense que c'est déjà arrivé en disant ben écoutez...euh...il va bien aujourd'hui, mais c'est le week-end, je vous passe un petit coup de fil demain dans l'après-midi, pour m'assurer que tout va bien ...mais ils ont pas la carte VIP pour m'appeler à n'importe quelle heure du jour et de la nuit...»

M11 : « Oui, c'est ça, c'est comme euh...je faisais le samedi, et que des fois je leur faisais faire des prises de sang des choses comme ça, et que je travaille pas le lundi, ça faisait trop long, du coup je leur disais de me rappeler quand ils avaient les résultats pour savoir ce qu'on faisait. Ouais, c'était pour faire la continuité des soins, [...] »

M12 : « j'ai des patients qui ont déménagé, qui sont ...sur Nantes, ...bon...quand ils ont besoin d'un conseil, ils...ils me demandent...mais...je leur dis après il faut consulter sur place, je peux pas... »

M14 : « Après lui il est à temps plein...moi et ma collègue on est à mi-temps, donc il y a aussi des jours, des longues périodes des fois dans la semaine, où on n'est pas là, donc si les gens ils ont besoin parfois entre deux...et ben soit ils passent par celle qui est là, soit ils nous demandent directement. »

M15 : « Là j'ai une patiente, elle a le Covid, tous les soirs elle m'appelle, pour me dire comment ça va, pour me donner ses constantes, et voilà, quoi. C'est ça. »

- **Conseil médical, gestion de l'urgence évaluation de la gravité**

L'appréciation de l'urgence, et la dispensation de conseils, étaient, d'après plusieurs de nos enquêtés, facilitées par l'échange téléphonique direct avec le patient (E2, E9, E10, E12, E13, E14, E15, E16) :

M2 : « j'entends la gravité éventuelle et ça me permet d'organiser mes visites de manière plus adaptée »

M12 : « Non, après c'est pratique, ça permet de...si tu veux gérer des situations urgentes ou pas, mais c'est pas....enfin pour moi c'est juste pratique. »

M14 : « Et puis aussi parce que...je me mets à la place des gens, et que par exemple euh...un bébé qui a des plaques, ou de la fièvre, ben les gens ils ont envie de savoir tout de suite s'il faut consulter, ou attendre, si c'est grave ou pas grave... »

M15 : « Même si je ...ils me demandent de venir, c'est pas forcément que je vais y aller, c'est...j'ai aussi le week-end une vie, et ...voilà, mais je peux les conseiller, les aider, c'est déjà arrivé où des gens m'appellent, et que je dis, ben là il faut faire le 15, ça ne sert à rien que je vienne, quoi...C'est ça. »

M16 : «...en fait c'est des consultations en présentiel, et puis après, euh....euh...c'est, euh....c'est la consultation informelle, par téléphone, enfin c'est plus de l'avis, ce qui a toujours été avant, en fait, donc j'ai pas changé ...pour autant, mon....le conseil que je donne, je le donne toujours. »

- **Orienter le patient**

M11 : « Généralement c'était sur un...enfin le but principal de donner mon numéro, c'était une fois qu'ils ont eu un résultat, ils m'appellent, au plus vite, pour que je puisse leur donner la conduite à tenir, quoi. Soit d'aller aux urgences, soit de rappeler au cabinet, ou alors les rassurer leur dire qu'ils peuvent patienter, et qu'on...qu'on réévalue la semaine d'après, quoi. »

M5 : « Même là, tu vois, pendant une période particulière où je suis en arrêt maladie, euh...ils vont au cabinet, ils ont affaire à vous...euh....de temps en temps ils me sollicitent, mais c'est toujours très ponctuel, et c'est pour un avis, ou c'est pour dire « qu'est-ce que je fais, est-ce que je prends rendez-vous au cabinet, est-ce que j'ai besoin de voir Untel, qui est-ce que je vais voir »...mais c'est pas des consultations au téléphone... »

- **Un secours ponctuel**

D'après plusieurs participants, cette pratique servait entre autre chose à « dépanner » leurs patients (E3, E11, E12, E14) :

M11 : « Ces téléphones c'est un moyen utile, et indispensable à la réalisation de la profession, et de notre devoir d'assistance, parce qu'on a quand même un devoir d'assistance »

M14 : « C'est pas non plus du bénévolat, parce que les gens quand on les dépanne, un jour pour quelque chose, euh...ils reviennent forcément par la suite, ou les jours qui suivent, ou voilà...je me dis c'est pas très gênant.»

M3 : « mais il n'y avait pas de consultation vraie, c'était du dépannage, quoi...c'était plutôt du dépannage qu'une consultation. »

b. Une optimisation de la pratique ?

• Planification des soins

Parmi les enquêtés, trois nous ont décrit une meilleure organisation et planification de leurs journées de travail (E2, E14, E15) :

M14 : « Pour moi, c'est un peu comme du service, enfin ...un service à la personne, et puis on a beaucoup de boulot, et du coup des fois, gérer comme ça avec un petit coup de téléphone, ça évite...d'attendre deux jours, et de se surcharger le jour où je suis au cabinet....c'est aussi pour ça en général. »

M15 : « Enfin, mes messages aux patients, c'est...je vais passer demain matin à telle heure...c'est pour les prévenir, que je viens à telle...enfin voilà, telle heure, ou...c'est ça, c'est tout. »

M15 : « là c'est le mari d'une patiente qui me prévient que sa femme elle va rentrer, euh...à la maison, elle était hospitalisée est-ce que je peux passer, c'est ça, quoi, c'est pas médical-médical, c'est de l'organisation plutôt. »

• Gain de temps

Une des motivations soulevées lors de nos entretiens était celle du gain de temps, permis par les échanges téléphoniques directs avec les patients (E2, E12, E14, E16) :

M12 : « mais c'est vrai que c'est pratique, parce que bon par exemple t'as des gens sous anticoagulants, le TP INR faut réajuster, hop, on se fait un texto, et on gagne du temps...les gens sont pas obligés de passer par une plateforme, téléphoner, attendre la réponse, rappeler, enfin voilà.....donc euh...je pense que c'est un gain de temps »

M12 : « après le portable il est pratique, parce-que les gens je les connais bien, et que du coup tu peux gérer des situations, sans forcément, euh...aller en visite ou voir les gens en consultation. »

M14 : « pour moi c'est gagner du temps, que de faire un message « prenez rendez-vous », que de rappeler la secrétaire, qui va laisser un message, et en plus 9 fois sur 10 quand les gens ils m'appellent avec un numéro privé ou un masqué, je réponds pas, en fait, la technologie d'aujourd'hui pour moi elle fait gagner du temps, mais c'est sûr que sur le temps personnel... »

2) Des bienfaits relationnels ?

a. Des motivations fondées

- **La confiance**

Plusieurs des médecins de notre étude soulignaient combien la confiance en leurs patients pouvait les inciter à partager leur coordonnées. (E1, E5, E9, E10, E15) :

M1 : « Et.....ils n'en abusent pas, ces gens ...ils sont très très sérieux, et puis même après, quand la personne est décédée, j'ai l'impression quelquefois qu'ils ont la... (hésitation) pas la bienveillance, la gentillesse d'oublier mon téléphone pour ne pas s'en servir. Ils me rappellent après toujours sur le cabinet. Donc c'est ...c'est assez.....assez confort »

M1 : « C'est des patients, ouais....si comment te dire, c'est...un service, c'est le service euh...amical, c'est pas le service médical qui prime, service médical pour la personne amie, qui a le droit de me déranger, voilà. Et c'est...mais c'est assez...Bon évidemment que ...à mon âge aujourd'hui, euh...ils font justement très très attention à pas me déranger trop. Ils sont gentils. »

M5 : « Nan, pas la continuité des soins, à un moment il y a plus besoin de soins. C'est la confiance. Il m'est arrivé de donner mon téléphone à des gens, mais ils m'ont jamais appelé. C'est comme le fumeur qui a toujours des clopes sur lui mais qui a arrêté de fumer. »

M10 : « ...mais euh...après c'est des personnes, une fois que la maladie était passée j'ai plus eu aucun message. Et je leur ai expliqué que voilà. Pour cette période-là, j'étais dispo, après ils pouvaient oublier mon numéro de téléphone. J'ai peut-être pas précisé, mais euh...tu vois ? Donc voilà...en dehors de leur pathologie grave, euh....donc voilà, ils m'ont jamais demandé ben docteur j'ai mal au ventre, j'ai besoin de ci j'ai besoin de ça ...je savais que c'était des gens en qui je pouvais avoir confiance. Je le donne pas à tout le monde (rires). »

- **Le respect**

La moitié des enquêtés a tenu à souligner que leurs patients faisaient preuve de respect en utilisant avec parcimonie leur numéro de téléphone (E1, E2, E3, E5, E11, E12, E15, E16) :

M3 : « La plupart des gens je pense...nous respectent. Ceux qui nous respectent pas c'est que bon...soit ils sont très angoissés, névrotiques.... Nan mais ça se passe bien....moi j'ai jamais regretté d'avoir donné mon portable. »

M12 : « je ne suis pas dérangée le week-end, je ne suis pas dérangée la nuit, euh...les gens sont respectueux, quand même, euh...la plupart, de... de ta vie privée aussi, quoi, donc euh...les coups de fil...ou les SMS, euh....ça reste dans le cadre professionnel, dans les horaires professionnels, voilà. »

b. Un gage de compétences humaines ?

Certains médecins que nous avons interrogés avaient à cœur de défendre leurs compétences relationnelles et la dimension humaine de la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients. Ces aspects semblaient les motiver à donner leur numéro de téléphone ou leur adresse mail.

• Proximité

(E1, E5, E8, E12, E15)

M1 : « et puis leur dire que je suis pas loin...que je suis prêt à les aider. »

M1 : « J'ai l'impression qu'avec le téléphone, on peut améliorer la relation avec le patient, notre relation duelle, elle retrouve du sens, oui...et puis on arrive à rentrer...je dis pas que...ils rentrent dans notre intimité oui, eux oui... »

M12 : « Mais bon, après je vais appeler cet après-midi pour prendre des nouvelles, et...après les gens n'ont pas l'impression d'être un numéro, quoi...autant je trouve l'hôpital aujourd'hui c'est déshumanisé, que nous notre rôle en tout cas en médecine générale, ben c'est ce côté de proximité, et ...d'humain, de...de rassurer les gens, je pense que la part du psychosomatique elle est assez importante, quoi. »

M5 : « Complètement, complètement, ça dépend de ce que tu investis, et puis de ce que tu reçois, et de ce que tu es capable de donner aussi... C'est tout à fait particulier, il y a des patients que j'ai pas vus depuis 6 mois que je suis arrêté là, mais à qui je passe un petit coup de fil de temps en temps, et je sens que ça noue ...ça noue des liens, tu vois... »

M8 : « Je pense que c'est surtout pour rassurer, en disant, ben voilà, euh...s' il y a quoi que ce soit, ben il y a ...il y a...je suis, je suis là. »

M8 : « et puis pour bien soigner les gens, il faut quand même euh...avoir...euh...être proche, c'est bien, mais il faut pas être trop proche c'est pas bien non plus, je sais pas si c'est clair ce que je dis... »

• Obligeance

M14 : « j'vois pas trop, en tout cas à partir du moment où je suis plus au cabinet, je considère pas ça comme une consultation, c'est comme vous disiez tout à l'heure, un service...un service gratuit (rires). »

M14 : « Pour moi, c'est un peu comme du service, enfin ...un service à la personne, et puis on a beaucoup de boulot, et du coup des fois, gérer comme ça avec un petit coup de téléphone, ça évite...d'attendre deux jours, et de se surcharger le jour où je suis au cabinet....c'est aussi pour ça en général. »

M16 : « enfin voilà, quand on peut résoudre les choses au téléphone, quand on...quand on peut, aider, euh.....Ça coûte rien... »

• Réassurance

(E1, E2, E3, E8, E9, E10, E11, E12, E15) :

M1 : « c'est des patients que je suis déjà depuis un certain temps, et à qui je donne mon téléphone pour leur...pour les rassurer [...]. Et après j'ai continué de cette manière- là, toujours de répondre au téléphone, pour la bonne et simple raison, que j'ai voulu et je veux encore, de pouvoir décharger l'angoisse des gens qui appellent, parce qu' un appel il y a toujours quelque chose derrière...une angoisse, qui est plus importante, qui est moins importante, mais au moins lorsqu'ils ont le médecin au téléphone, la première réponse, le premier contact, qu'il y a , c'est d'apaiser le patient. »

M1 : « Tu sais ce qu'on dit souvent, rappelle-toi ... le médecin il y a un aphorisme, c'est que.... il guérit parfois, il soulage, souvent, et il reconforte toujours. »

M12 : « et c'est vrai que c'était une période où il y avait moins de consultations physiques, parce que les gens avaient peur de venir, où moi j'ai passé beaucoup de temps au téléphone, ne serait-ce que le côté psychologique, le soutien, le fait voilà, de ...de prendre des nouvellesah bah...c'est une relation de confiance, hein...moi je sais que les patients que j'ai pu suivre, ils sont tous venus après avec euh...une bouteille de champagne, ou un cadeau, ou...parce que j'ai passé du temps à les rassurer, et je pense que....notre rôle, il est thérapeutique, mais il est aussi psychologique, puisque la part psychologique, là dans le Covid, on le voit encore plus quoi... »

- **Humanité**

(E5, E7, E8, E12, E15) :

M15 : « Là c'est une patiente elle m'envoie les photos de son père, qui a 97 ans, c'était le jour de son anniversaire avec son gâteau. (rires) Son père c'est mon patient aussi, c'est pour ça...donc de ce fait là, je suis passée chez eux dans l'après-midi pour aller boire un petit café avec eux. (Rires). »

M7 : « Oui, et puis, c'est de l'humanité. Dans une situation de fin de vie, on peut avoir besoin de moi à tout moment, et si le...week-end arrive, alors je ne travaille pas le week-end, le patient est en difficulté, le médecin de garde risque de l'hospitaliser alors qu'il faut le laisser chez lui et le laisser mourir tranquillement, par exemple, vous voyez ? Il faut peut-être mettre en place une seringue d'hypnovel, etcetera et le médecin remplaçant qui peut être un interne, va pas forcément oser le faire, et il n'aura pas d'autre solution que de l'envoyer à l'hôpital, ce qui est de la maltraitance sur les fins de vie...Donc je pense à ces conditions-là bien particulières, sinon jec'est le côté humanité, quoi...mais l'humanité pour moi c'est pas pour le rhume ou la personne dépressive, l'humanité pour moi c'est la fin de vie. »

c. Renforcer son efficacité de soignant

- **Un échange privilégié médecin patient**

Un des médecins de notre étude a souligné l'importance qu'il accorde à échanger directement avec un patient, sans interlocuteur intermédiaire :

M15 : « et parce que je suis inquiète pour certains patients et que je préfère les avoir directement, et euh...si il y a un souci ils peuvent m'appeler, quoi. »

- **Une relation qui fait sens**

Un des enquêtés a souhaité insister sur le fait que ce partage faisait « sens » dans la relation médecin-patient :

M12 : « J'ai l'impression qu'avec le téléphone, on peut améliorer la relation avec le patient, notre relation duelle, elle retrouve du sens, oui... »

M12 : « mais je pense que quand on a ce relationnel-là avec les gens, c'est quelque part c'est le plus beau métier du monde, parce quet'as vraiment l'impression de leur apporter quelque chose, au-delà de....d'une ordonnance, c'est...le soutien psychologique »

- **Une relation bilatérale**

Les médecins paraissaient parfois pouvoir tirer eux-mêmes parti du lien relationnel tissé grâce au partage de leurs coordonnées (E2, E5, E15) :

M2 : « Ah....là on sent que la chaleur humaine marche dans les deux sens, parce que souvent, les messages que l'on reçoit c'est plutôt parce qu'on a besoin de nous. Et là tout d'un coup on se rend compte et ben...que dans certaines situations, extrêmes, il est vrai, (rires) on pense quand même à nous, alors qu'ils n'ont pas besoin de nous...et ça, c'est assez plaisant, j'avoue. Et j'ai même été surprise, il y en a j'avais oublié, qu'ils avaient mon numéro, et j'ai vu apparaître un petit message. »

M2 : « Euh, là j'ai eu le plaisir de recevoir des SMS de soutien, ça fait du bien »

M5 : « Non parce-que quelques fois la relation humaine elle est bien plus chaleureuse à travers un coup de téléphone ou une lettre, qu' à travers une consultation bâclée, hein....Moi il y a des gens qui passent au cabinet ça me fait ni chaud ni froid, et puis je reçois des petites cartes ou des courriers, ou j'écris à des patients, ou je téléphone à des patients, tu sens qu'il se passe un truc. »

- **La mission thérapeutique de la relation**

Lors de trois de nos entretiens, la relation médecin-patient a été évoquée comme ayant une vocation d'apaisement et de soin (E1, E2, E12) :

M1 : « Je parlais de ce principe, que ayant la possibilité de répondre, ben je devais répondre, et puis...j'avais encore l'idée d'être...le chevalier blanc, oui j'arrive, je vais vous sauver...enfin vous sauver, c'est peut-être pas le mot, mais ...je vais vous apporter un peu d'apaisement dans votre inquiétude »

M2 : « Et ces personnes-là elles ont parfois seulement besoin de savoir qu'il y a quelqu'un, qui... qui existe. Et parfois seulement savoir que quelqu'un existe, ça va permettre de passer des caps. »

C) Freins

1) L'anticipation de sollicitations inappropriées

a. En termes de motif

Lors de nos entretiens, les enquêtés nous ont confié qu'ils craignaient d'être contactés par leurs patients pour des demandes inadaptées ou abusives.

- **L'urgence ressentie**

(E4, E6, E8, E9, E10)

M10 : « Ben il y en a plein, des risques...c'est d'être débordé, après...par des multiples questions, euh... qui sont pas urgentes. »

M4 : « Toi ton frère il t'appelle il a mal à la poitrine tu fais comment ? Ton frère il t'appelle à deux heures du matin, son bébé il tousse ? Non mais c'est du vécu, hein...moi j'ai une belle sœur, le dimanche, elle t'appelle le vendredi soir à 10h, elle t'appelle le samedi à 4h du matin parce que le bébé il tousse...toi tu l'appelles à midi le lendemain, ils te répondent pas quoi...parce qu'ils sont occupés, ils ont un déjeuner en famille...par contre, toi, c'était urgent. Les gens ils t'appellent à n'importe quelle heure. »

M4 : « T'es chez toi tranquillement, on t'appelle, la professeur de l'école de musique a un truc dans l'œil depuis 5 jours, il faudrait que tu la vois ce matin...je veux dire mais c'est quoi le rapport, là....T'as la maison médicale de garde, t'as son médecin depuis 5 jours, et t'as les trucs ophtalmo...et puis on te harcèle, on t'appelle pas qu'une fois, on t'appelle une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, cinq fois six fois, quoi... Ben moi je vois les choses comme ça. »

M9 : « mais il y a si longtemps que ça euh...le p'tit dej' tranquille à 7h du mat, euh...j'ai eu une patiente qui m'a envoyé un mail en disant euh... «j'ai une douleur de l'oreille droite, qu'est-ce que je peux demander au pharmacien, à votre avis pour ma douleur, docteur »... »

- **Des abus**

(E4, E6, E8, E9, E10, E12, E13)

M10 : « Je pense, oui. Nan je pense que c'est la société qui a changé, et je pense qu'il n'y aura plus de médecin qui sera...qui voudra...euhdonner son portable et être disponible H24. Il y aura de l'abus. »

M10 : « euh....il m'aurait réveillé parce que sa femme faisait un arrêt cardiaque, euh...j'y allais avec plaisir...mais parce que sa femme est folle, et euh....nan voilà, je pense que c'est à force d'expériences comme ça, où tu as plus envie de ...de...d'être dévoué corps et âme à tous tes patients 24 sur 24, quoi...je pense qu'il y aurait de l'abus de la part des ...de la part des patients... »

M13 : « euh...ils en profitaient un petit peu, et ils profitaient un petit peu de ma gentillesse et de ma disponibilité, et donc du coup c'était pas une bonne chose ni pour eux, ni pour moi non plus, parce que j'y passais vraiment du temps. »

M6 : « Les risques, bon, c'est d'être...c'est que tu sois dérangée un peu pour n'importe quoi en médical, parce qu'ils n'arrivent pas à faire la part des choses, et des fois, ...ça m'est arrivé, de...de...trouver des messages...par mail ...à 3-4heures du matin, une ordonnance pour mon fils qui est à Nice pour avoir un traitement d'asthme, euh...ou...il y a pas longtemps, des demandes qui...qui ne sont pas urgentes. Il y a...il y a un week-end, là, j'en ai eu trois comme ça, trois pour des demandes de...d'ordonnance, de machins ou de ... »

M8 : « Et l'inverse est des fois vrai, vous avez des personnes, qui ontqui ont aucun scrupule à déranger le médecin pour euh...pour n'importe quoi, donc euh...le fait qu'il y ait soit une secrétaire pour faire barrage à la maison médicale, ou euh...ou une infirmière ou...un autre paramédical, euh...ça peut limiter un peu les mauvaises envies, on va dire... »

• **La dérivation du secrétariat**

Certains médecins redoutaient notamment que les patients utilisent leurs coordonnées pour prendre des rendez-vous, sans passer par le secrétariat (E11, E12, E15, E16) :

M11 : « Mais après les gens ils savent pas s'arrêter, et ils envoient des messages pendant les vacances, euh...pour avoir des rendez-vous parce que la secrétaire elle a dit non »

M12 : « Ben c'est que tu as déjà la partie rendez-vous qui est prise par les secrétaires, et que les gens si tu as 10 appels, et qu'il faut rajouter 10 personnes à un agenda qui est déjà rempli, euh...à un moment c'est très compliqué de dire non...et c'est là aussi qu'il y a une grande difficulté, c'est...quand tu connais les gens depuis longtemps, de pouvoir dire non, quand il y a ...alors après ça dépend du degré de l'urgence, hein...mais là tu te fais déborder parce que tu rajoutes, tu rajoutes, tu rajoutes, et que, ben...le soir, tu finis des fois à 22h. »

M15 : « Que ça déborde, et que...déjà qu'ils appellent pour avoir des rendez-vous, ça ce n'est pas mon travail, et puis, euh...qu'ils appellent le soir, la nuit, le week-end, c'est ça. »

b. En termes de fréquence

Plusieurs médecins nous ont relaté des expériences dissuasives, dans lesquelles ils avaient été assaillis de demandes itératives (E3, E6, E11, E15) :

M11 : « Il y en a un, euh...avec qui ça a été très très compliqué, parce qu'il m'envoyait vraiment des messages tout le temps, pour me dire est-ce que vous pouvez passer...c'est un monsieur que je voyais en visite à domicile, et toutes les 5 minutes il m'envoyait des messages pour me dire est ce que vous pouvez passer, est-ce que ci, est ce que ça... »

M15 : « j'avais une patiente une fois, elle habitait le village, et elle était hypochondriaque, elle appelait tous les jours, tous les jours... »

c. En termes de temporalité

Dans notre travail, il est ressorti qu'une des craintes était d'être dérangé à des horaires non appropriés, destinés au repos ou aux loisirs (E1, E4, E8, E9, E11) :

M8 : « et...les seules où je leur ai retiré, et c'est les seules c'est la maison de retraite parce qu'ils m'appelaient à n'importe quelle heure du jour et de la nuit et...y compris le week-end pour des choses qui n'étaient pas forcément urgentes...et là j'ai dit stop (rires), j'ai dit non, faut arrêter, et ils l'ont récupéré d'une autre manière, mais du coup ils ont arrêté, ils ont compris, ils ont arrêté de me déranger y compris le week-end... »

M9 : « « Docteur il va pas bien, il a mal là, est-ce que vous pouvez passer ? » Ah ben non, il est 23 heures je vais pas faire une demi-heure de route pour venir vous voir là, maintenant...euh... »

M11 : « mais après les gens ils savent pas s'arrêter, et ils envoient des messages pendant les vacances, euh...pour avoir des rendez-vous parce que la secrétaire elle a dit non, ou ...même euh...le week-end le dimanche matin à 9h parce que ça va pas, et qu'il faudrait que je vienne les voir en visite le dimanche après-midi. Donc j'ai arrêté. (rires) »

d. Des sollicitations intrusives ?

La plupart des médecins enquêtés pressentaient que ce partage pouvait donner lieu à des demandes envahissantes, pouvant avoir un effet néfaste sur leur qualité de vie (E1, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E12, E14, E15) :

M1 : « Je dois dire que le problème, ou l'agacement que je peux avoir c'est à 13h, ou autour de 13h, pendant le repas, immanquablement, il y a un coup de téléphone, pratiquement tous les jours ! Alors, je réponds avec la bouche pleine comme ça... » Ah, docteur je vous dérange ?...euh... Bah, oui, un petit peu ! (rires) Vous me rappelez ? Pour certains ils s'en rendent pas compte...et ...bon ça c'est le petit côté désagréable. »

M4 : « Oui, c'est tous les jours...(rires) oui, c'est ça quoi...Donc t'es chez toi avec ton petit téléphone portable, on t'a téléphoné, euh...Mr Untel il a pas son traitement ...c'est l'exemple de mon frère quoi...il a un petit traitement pour pas grand-chose, il t'appelle le samedi et le dimanche, et bien ..le samedi et le dimanche, il faut prendre son téléphone, faire un PDF, faire une photo...en fin de compte ça te prend toujours 5 ou 10 minutes...et si tu rappelles c'est un quart d'heure... »

M5 : « Invasif, intrusif...euh....chronophage, malsain, même...malsain... »

M7 : « Faut savoir couper sa vie professionnelle, hein...ça nous bouffe beaucoup, nous les médecins, si en plus il faut qu'on déborde sur la vie privée, euh....pourquoi ils m'appelleraient pas quand je suis sur les pistes de ski, ou....vous voyez ? »

M12 : « donc je l'ai fait, mais après c'est à chacun de trouver ses limites, quoi...mais c'est pas simple. C'est pas simple, parce que tu es vite envahie... »

M14 : « donc il y en a qui... m'ont demandé des trucs par SMS, et gentiment dans la journée je répondais que je n'étais pas au cabinet et... que je verrai plus tard. Mais après... c'est vrai que c'est dérangeant dans une journée, mais bon... c'est l'envers du décor....ça a pu être la

pharmacienne, hier, euh... une auxiliaire de vie qui m'a appelée aussi, qui est-ce qui m'a appelée ? C'est vrai que sur une journée où j'étais pas censée être au cabinet... une patiente, que je connais de mon prédécesseur et lui il a donné mon téléphone aussi... (rires)... il y a des cadeaux empoisonnés, comme ça (rires). »

e. Des patients sans scrupules ?

Sept des praticiens avec lesquels nous sommes entretenus ont évoqué le manque de décence de certains patients (E1, E4, E8, E9, E11, E14, E15) :

M1 : « ...là où c'est désagréable, c'est quand tu es à table avec des amis, et qu'on te dit, « ah ...ça y est, t'es docteur, ah vous êtes docteur, j'avais vous demander un petit truc » là...Moi au début je disais « nan je suis plombier », bon (rires) quand je partais en vacances (rires) mais bon c'était pour se protéger par ce que bon c'est vraiment chiant, les gens n'ont pas de discrétion, bon après tu rencontres ton garagiste tu dis tiens, ma voiture elle fait du bruit, tu voudrais pas regarder (rires) c'est pareil(rires) ... Mais tu vas chez lui, tu vas pas lui demander ça quand tu es entrain de dîner avec... »

M8 : « Alors les gens, déjà qu'ils savent où vous habitez, régulièrement euh...vous avez des gens qui viennent frapper au carreau, euh...y compris en pleine nuit, euh...une fois, deux fois, euh...donc maintenant euh...faut se protéger aussi, hein...on fait, je fais une à deux gardes par semaine, le week-end et les nuits où je ne suis pas de garde, je pense que j'ai le droit légitime de me reposer aussi, sinon, sinon... »

M11 : « Les risques c'est....surtout que les gens ils ont pas de limite, que... même si on est clair, qu'on essaie de leur faire comprendre qu'on a des horaires de travail, les gens ils dépassent un petit peu la situation, ils pensent qu'on est disponible H24, et qu'ils peuvent nous appeler pendant nos horaires de boulot, ou même pendant nos vacances, ou même parfois le soir et tout....sur des demandes qui ne sont pas toujours adaptées en plus, donc euh... »

M14 : « Mais les gens ils ne peuvent pas s'empêcher s'ils me voient à Carrefour, ou à la boulangerie, il y en a qui ne peuvent pas s'empêcher de me parler... de... un rendez-vous ou...c'est incroyable. C'est pour ça aussi que je pense que ma collègue elle n'a jamais voulu faire ses courses ici, ou... ou parce que sinon je crois qu'on est tout le temps dérangé, en fait, (rires) »

2) L'appréhension des risques

a. Risques pour le médecin

• Impacts sur l'activité professionnelle

Interrogés sur les risques de cette pratique, les médecins que nous avons rencontrés ont souligné en premier lieu les impacts potentiels sur leur pratique quotidienne, et les retentissements organisationnels.

○ Une activité chronophage

(E3, E4, E5, E12, E13, E15)

M3 : « Bon, en fait vous dites toujours cette phrase, nous il nous faudrait des journées de 35 heures, c'est vrai c'est très chronophage, parce que sans arrêt, comme dit mon épouse, ben...t'es sur ton portable, t'es sur ton écran, c'est...un vrai reproche, hein...ben il faut le reconnaître, c'est vrai. C'est vrai, on est sans arrêt connecté. »

M3 : « mais on s'aperçoit que...ça bouffe du temps...un temps, par exemple euh...au sujet de notre formation, moins de temps de lire par exemple, moins le temps »

M13 : « Ben...en partie parce que effectivement, euh...euh...j'ai été pendant ...donc c'était 2015, donc pendant 15 ans j'ai été extrêmement dérangée au téléphone, et donc je suis du genre assez bavarde, et... assez curieuse, et donc en fait, quand on me téléphone, ça me prend pas trente secondes, et donc c'est toujours très long, et donc j'ai besoin d'explications, et j'ai besoin de savoir pourquoi on me téléphone enfin... j'ai toujours besoin d'en savoir plus en quelque sorte et du coup je me suis aperçue qu'en fait, euh... j'étais pas présente pour les gens qui étaient en face de moi »

M15 : « Ben c'est la perte de temps, si euh... il y a trop trop de patients qui ont mon portable, enfin c'est une perte de temps, quoi... quand on est en consultation et que le téléphone il sonne tout le temps, déjà on a celui-là, en plus le portable, euh...des fois, euh... j'ai deux ou trois appels pendant une consultation, on ne reste pas concentré, donc c'est ça, surtout, aussi. C'est une perte de temps ! »

○ Une activité non rémunérée

(E2, E3, E7)

M2 : « Alors j'espère que la téléconsultation va permettre de le faire, parce qu'on a quand même un truc tout bête c'est qu'on est généraliste, et libéral, donc le travail qu'on fait mérite quand même une rémunération. Et quand on passe un quart d'heure, vingt minutes au téléphone avec quelqu'un, au téléphone, parce qu'on veut évaluer sa situation clinique, et qu'on n'est pas rémunéré, je trouve que c'est pas normal du tout. »

M7 : « en plus le coup de téléphone, sauf dans le cadre de la téléconsultation du service Covid, tout ce travail qu'on fait c'est zéro euro, hein...en Allemagne c'est payé comme une consultation un appel téléphonique, quand ils font un conseil téléphonique. En France c'est zéro euro. Je vais pas faire des actes à zéro euro, déjà que les actes à 25 c'est totalement

ridicule par rapport au reste de l'Europe, non, non...j'envisage pas ça, je vois pas, je vois pas. »

M7 : « Ben il manquerait plus que ça. Je suis en week-end. Je vais pas commencer à interpréter des radios le week-end. Ça c'est dans le cadre de la consultation : ils vont prendre rendez-vous, ils vont ramener leur résultat de scanner, enfin...je sais pas...je vais pas ...Lire des scanners gratuitement le dimanche....en quel honneur ? Un médecin hospitalier, il ne lit pas les scanners le dimanche ? Pourquoi voulez-vous qu'un libéral qui gagne 25 euros de l'acte fasse des choses gratuites, comme ça ? Je ne comprends absolument pas. »

○ Une désorganisation de l'activité de soins ?

(E4, E7, E12, E13, E14, E15)

M7 : « Enfin bon...les médecins qui travaillent toute la journée, qui voient des patients comme moi, et qui doivent à tout moment répondre au téléphone, ça n'a aucun sens...quoi...sur le plan médical. Et même sur le plan du stress, sur le plan de l'organisation du travail je vois pas bien. »

M13 : « On est déjà tellement sollicité pour 25 trucs en consultation, que si en plus il y a le téléphone qui sonne, et qu'il faut déjà penser à un autre patient à un autre problème...à régler d'autres trucs, c'est... pour moi c'est plus gérable. »

○ Une perte d'efficacité ? (E8, E13, E15)

M8 : « On a déjà des emplois du temps à rallonge, comme...on accepte tout le monde, tout le monde a le droit de se soigner, mais en contrepartie, il faut que nous aussi on ait le temps de se reposer, parce que si on est fatigué, ben on n'est pas efficace, et c'est là qu'on soigne mal les gens, qu'on fait des erreurs, des oublis, euh... qui peuvent être plus ou moins préjudiciables. »

M13 : « et je pense qu'en étant disponible en permanence, on... finit par se perdre soi-même et du coup par ne plus être efficace au travail, parce que ... euh... effectivement les jours où je suis fatiguée, parce que ça fait trop longtemps que j'ai pas pris de vacances, ou que... et ben il y a des sujets qui sont compliqués, et là par exemple en ce moment avec la covid, euh... si... à un moment tu prends pas le temps de te poser, de penser à autre chose et de faire autre chose, euh... ben je pense que ... »

○ Stress

(E7, E8, E9)

M8 : « Si on m'appelle, je sais que ça va me stresser, parce que ça va forcément être quelque chose de grave, et de...et de privé, on va dire. »

M9 : « Voilà, il y a aussi la charge psychologique de vivre avec ça après, voilà...et même pour un truc à la con te dire ben non là je rappelle pas c'est abusé, et ben je pense je suis un peu bileuse, etcetera, enfin... ça va me pourrir mon week-end en disant « Hé, il y a monsieur

machin qui m'a appelée et j'ai pas rappelé », euh... même si c'est pas justifié, donc j'essaie de mettre de la distance pour pas être emmerdée. »

○ Surmenage

(E3, E10, E11, E12, E13, E14, E15)

M10 : « ... et que...voilà, euh...les risques c'est que ça empiète sur ta vie privée, quoi... il y a plus de repos...il y a plus de rupture quand tu quittes le cabinet, euh... tu rentres chez toi et que tu sois encore en train de répondre à des questions, euh... de patients, donc ça c'est le premier risque je dirais, qu'il n'y ait plus de rupture entre ton cabinet et la maison. »

M11 : « ... c'est vraiment... le risque c'est de perdre un peu... comment dire... comment dire ça ? ... Ben on n'a plus de limite après, il y a plus de jours de repos, il n'y a plus de vacances, on est toujours stressé parce qu'on sait que les patients ils sont en demande, et du coup, euh... ben ... forcément si quelque chose de grave se passe, on est obligé d'intervenir, on peut jamais non plus se reposer, on peut jamais être tranquille, on est toujours l'esprit...l'esprit dans les patients, et... et on s'arrête plus quoi. Donc c'est vraiment, après d'être euh...d'être débordé, et... vite euh... surmené quoi. 'Fin moi c'est comme ça que je le ressentais même si il n'y avait pas beaucoup de patients qui le faisaient, j'avais l'impression que du... H24 du matin au soir même la nuit j'allais pouvoir être réveillée par le patient... »

M12 : « Mais l'épuisement moral, oui il existe, parce que... en plus, moi je suis toute seule, donc la lourdeur... psychologique, tu peux pas la partager avec un confrère.. .comme dans les cabinets de groupe. Donc après j'ai une amie qui est infirmière, avec qui je discute beaucoup, et puis un mari qui est aussi très à l'écoute, donc c'est vrai que le soir quand je rentre, bon, ben les moments compliqués de la journée, ben tu peux les évacuer, quoi. Et puis après j'ai fait une psychothérapie pendant 7 ans... euh... pour différentes raisons, mais aussi la raison professionnelle. »

M13 : « Alors je sais pas si c'est un droit, mais je pense que c'est un ...c'est une obligation pour euh...pour pas se...perdre soi-même. C'est-à-dire que s'il n'y a pas des moments où tu peux faire autre chose, où tu peux penser à autre chose, et où...je crois que progressivement t'apprends à faire ce que tu as à faire au moment où tu as à le faire, tu peux pas t'empêcher de penser à ce que tu aurais dû faire ou des choses comme ça. »

• **Un engagement en termes de responsabilité**

Plusieurs praticiens ont cité que l'engagement de responsabilité occasionné par ce partage de coordonnées constituait un frein (E2, E7, E8, E9) :

M2 : (à propos d'un patient) « Qui a une urgence et qui se dit: "Youpi, j'ai les coordonnées du médecin et donc je vais passer par là et automatiquement le médecin va le voir", ce qui est extrêmement dangereux. »

M8 : « Euh... et je pense que, c'est... c'est très très risqué parce-que... il y a plein d'éléments qu'on n'a pas, au téléphone, hein... Donc euh... moi, euh... on voit ça au niveau du SAMU, hein, le SAMU, ils font... c'est leur quotidien, et régulièrement ils font... il y a des problèmes,

et des plaintes et si et ça, parce que... ben... c'est pas facile ! C'est un travail qui n'est pas facile. Et on a... moi j'ai pas été formée à ça, et même en étant bien formé, on peut passer à côté de plein de choses, donc euh... tant qu'on peut l'éviter, c'est quand même mieux. »

M9 : « j'ai pas envie de prendre une mauvaise décision et parce que j'ai pas envie de me taper une demi-heure de route à remonter pour prendre en charge ou...voilà, je veux pas me mettre dans des situations...euh...qui seraient délicates pour moi... »

- **S'impliquer aux dépens de sa vie personnelle ?**

Un certain nombre de médecins craignaient que cette pratique leur demande davantage de disponibilité, cette activité débordant sur leur vie personnelle, venant retentir sur leur vie de famille (E3, E4, E7, E10, E12, E13, E14, E16) :

M7 : « Moi si j'étais dérangé pendant le week-end je crois que ma femme me ferait vraiment la gueule en disant « t'en n'as pas assez, t'en n'as pas déjà assez de la semaine, faut en plus que tu répondes à tes patients le week-end ? En plein milieu du film, ou au cinéma, ou pendant qu'on fait une promenade...? » Pour moi ça n'a aucun sens... »

M12 : « Et que quand tu as une vie de famille, un mari ou des enfants, euh...c'est compliqué pour le reste de la famille. Ben c'est un métier qui est exigeant, qui demande beaucoup de disponibilité, et puis les urgences, tu....tu peux pas savoir, tu peux avoir un après-midi, une journée tranquille. »

M13 : « Ben oui je pense que c'est beaucoup de choses à la fois, après de se laisser déborder ça c'est sûr, après pour la vie personnelle, on est déjà très peu dans la vie familiale, enfin moi j'y étais pas énormément, parce que effectivement, ben on a des amplitudes horaires qui sont importantes, et que même si effectivement on n'est pas au cabinet... enfin moi je travaille pas comme un... enfin je dirais que j'ai un gros trois quarts de temps, c'est-à-dire que ... je ... et puis je... fixe des limites que j'essaie de pas dépasser. Mais même en faisant ça je suis pas... je suis pas très... présente à la maison, et je l'ai jamais été énormément »

M14 : « en fait, la technologie d'aujourd'hui pour moi elle fait gagner du temps, mais c'est sûr que sur le temps personnel... »

M16 : « Oui, c'est ça aussi, après peut être qu'il y a le risque aussi, d'il n'y a pas d'heure, il n'y a pas de... et euh... non, avec les enfants, quand même je m'étais dit que...pour avoir vu l'expérience de générations précédentes, et de... que... et... les conséquences familiales un peu catastrophiques, (rires) je m'étais dit non, non, non, c'est pas possible, on ne peut pas faire deux choses à la fois... donc, euh... il y a ça aussi, hein... »

b. Préjudices pour le patient

Lors de nos entretiens, il est ressorti que cette pratique pouvait s'avérer risquée pour le patient. Des conséquences délétères étaient relatées aussi bien en cas de réponse qu'en cas de non réponses aux sollicitations.

- **Le patient sans réponse**

(E1, E2, E6, E8, E13, E14, E16)

M1 : « là où je crains un peu plus, c'est le SMS, qui va rester, pendant quelques jours, sans être lu, alors en général, les gens quand ils voient qu'on ne répond pas, ils...ils appellent. »

M2 : « en ce moment je reçois entre 150 et 200 mails par jour, donc c'est quand même le meilleur moyen de ne pas repérer un message qui pourrait avoir de l'importance. »

M16 : « voilà, c'est une boîte aux lettres, parce que c'est pareil, moi je le vois pas...je suis pas derrière tout le temps, si je le vois qu'au bout de...3 jours, ah, ben il fallait intervenir avant, oui, ça c'est...et puis c'est pareil, il y a ce côté, euh...il n'y a pas d'échange, quoi. »

- **Le sentiment de déception**

(E2, E8, E9, E14)

M8 : « Après le souci, c'est que...on donne son numéro de téléphone, mais on n'est pas là... euh... il faut pas non plus qu'on s'imagine que ben c'est pas parce qu'on va appeler qu'on va arriver dans les deux minutes, euh... techniquement c'est pas toujours, euh...Voilà, on... .on peut être soit en week-end, soit en vacances, soit en réunion, ou...j'en passe, hein, donc euh...»

M9 : « ... parce qu'ils pourraient être déçus de la réponse qui serait donnée, euh....il me faut une demi-heure pour revenir ici, fin...voilà. »

M9 : « ... et puis peut être que les patients attendraient des choses de moi auxquelles je ne peux pas répondre... »

- **Les dommages potentiels**

(E1, E5, E8, E9, E10, E13, E16)

M5 : « Ben parce que j'aurais peur d'être passé à côté d'un truc... clinique... que quand t'as les gens sous les mains, c'est de l'humain quoi... t'as... t'as de la matière. »

M9 : « mais les patients à qui t'as donné ton numéro, la bronchio où tu donnes ton numéro de portable en disant, ben vous me rappelez, euh... voilà, la maman essaie de t'appeler, euh... allez, au hasard je suis chez mon beau père où le réseau téléphonique ne passe pas, euh... j'ai l'appel trois heures plus tard, euh... entre deux ils attendaient que je rappelle, ils ont laissé un message, le gamin a fait un arrêt etcetera, quelle est ma responsabilité là-dedans ? Je te fais le scénario catastrophe, mais... et puis même si médico-légalement il n'y a peut-être pas de responsabilité, euh... ouais, comment je le vis, moi, après, quoi ? »

M10 : « c'est de faire des erreurs, en fait, par téléphone t'as pas forcément les gens en face de toi...donc tout dépend la question. Euh...voilà...si c'est moi qui envoie un message pour dire ben voilà...la prise de sang est bonne, je dirais qu'il n'y a pas de danger. Si c'est les patients qui commencent à te poser des questions sur... « j'ai mal là, est-ce que je peux prendre ci, est ce que je peux prendre ça » là ça devient dangereux. Surtout pour le patient.

Parce que tu l'as pas en face de toi, tu l'as pas examiné, et des conseils... en fin voilà. Tout dépend de la nature de la question, euh...en fait. »

c. Méfais relationnels

Plusieurs de nos enquêtés nous ont détaillé comment cette pratique pouvait avoir un effet néfaste sur la relation médecin-patient, au risque de ne plus servir son intérêt thérapeutique.

• Une relation dénaturée ?

(E12, E13, E16)

M12 : « moi le côté de la médecine qui me plaît, c'est le rapport humain, c'est... voilà, après s'il fallait faire que du téléphone, euh... ouh ! »

M13 : « tu vois pas comment les gens réagissent, et tu vois pas... comment tu peux... enfin... tu vois pas comment ils comprennent les choses. Et... je trouve que de les avoir en face, enfin de les avoir en face au cabinet, ça te permet quand même... enfin bon, tu donnes pas souvent, enfin du donnes pas toujours des diagnostics, un petit peu délicats, mais quand même, ça t'arrive, et tu vois pas comment ils réagissent, et tu peux pas, toi, interagir avec la façon dont ils réagissent. Donc moi, ça je le fais pas. »

• La gestion de la proximité

○ La nécessité d'une distance soignant-soigné ?

Parmi les participants, certains ont évoqué la nécessité de veiller à une distanciation entre le médecin et son patient. (E8, E9, E12)

M9 : « Voilà, parce que... je pense que... on peut pas être très objectif quand on est trop proche de ses patients, ou en tout cas quand on les a connus dans la vie perso avant la vie pro voilà...donc pour moi ça biaise les choses, voilà...tout comme j'essaie de ne pas prendre en charge les amis, la famille euh... »

M12 : « et en même temps tu crées une proximité qui fait que parfois les gens t'es plus le docteur, t'es Lucie, et c'est là où il faut essayer de remettre un petit peu les....les choses en place, quoi. »

M12 : « Ben, ça...ça dépend à quelles personnes...après je pense qu'il faut...faut savoir recadrer les gens quand ils commencent à empiéter euh...voilà.....moi il y a des gens à qui j'ai dit... « oui, on se connaît très bien » mais pour autant, je....vais pas dire oui à tout le monde, et que de toute façon je connais très bien tout le monde, maintenant (rires)....et que oui, tu fais un peu partie....pas de la famille, mais ...tu as les cartes de naissances, tu as les dragées pour les baptêmes, les communions... les gens... investissent aussi la relation, hein...mais...il faut, euh... ben il faut... qu'ils... malgré tout, qu'il reste une barrière. »

M12 : « Et à partir du moment où ils sont assis là, et moi de l'autre côté du bureau, euh...je suis le docteur. Et ça je pense que... c'est important, parce que... ben moi j'ai une amie elle avait mal à la tête régulièrement, et puis bon, qu'est- ce que tu fais tu donnes un doliprane, et

puis au bout d'un moment, j'ai dit écoute, viens au cabinet, et en fait elle avait des problèmes d'hypertension, donc bon... euh... sauf que quand t'es en famille, ou ... tu vas pas prendre la tension, donc euh... donc voilà »

○ Vers une relation ambiguë ?

(E5, E7, E9)

M7 : « Ben euh...que ça soit mal compris, et que dans le cadre d'une dépression il y ait une espèce de... bouée de sauvetage, le médecin j'ai son portable, je peux l'appeler à tout moment, et on commence par lui téléphoner, puis on le tutoie, puis on le prénomme, et puis...voilà quoi, on fantasme dessus, mais vous voyez ce que je veux dire, hein...c'est pas forcément réciproque....vous voyez un peu ? On n'est pas là pour ça, on est là pour faire de la médecine,... je sais pas moi... »

M9 : « J'ai été presque....pas harcelée mais par un patient qui était en fait le fils d'une de mes patientes, une fois, suivi par un psychiatre, etcetera, qui a passé un an à m'envoyer des mails, à me solliciter sur les réseaux sociaux, je pense que mon numéro de portable était encore dispo sur la liste du conseil de l'ordre, des médecins remplaçants, donc il avait réussi à trouver mon numéro de portable...[...] mais ça a duré un moment, quoi... L'été dernier je recevais encore des mots d'amis euh « je pense à vous, machin » enfin, voilà... « je sais pas ce que vous avez donné comme sirop, mais ça m'a fait tourner la tête, euh... » Ben, c'était de l'hélicidine, c'est de la bave d'escargot, monsieur...(rires) »

○ Le souci de l'équité des soins

M7 : « Alors, oui, alors là c'est autre chose, vous choisissez les patients à qui vous le donnez... c'est deux types de médecine, ceux qui ont accès à vous, ceux qui n'ont pas accès... parce que... vous n'êtes pas sûr d'eux... Allons au bout du truc, hein... »

M7 : « Ou alors ce serait vraiment... quelqu'un à qui je donnerais priorité par rapport aux autres, alors pourquoi, parce que je le trouve sympa, parce qu'elle est jolie, tout ça c'est pas très bien sur le plan ordinal non plus, quoi... parce que quelqu'un est sympathique, ou qu'il est riche, ou qu'il me donne 100 euros à chaque consult', à condition de pouvoir me joindre sur mon téléphone quand il veut...je sais pas, ça me paraît pas très bien, ça me paraît limite euh... pas normal. »

D) Enjeux pour la pratique

1) Les aspects médico-légaux

Les participants à l'étude nous ont détaillé la façon dont ils envisageaient l'engagement de leurs responsabilités par cette pratique.

a. Une pratique risquée

L'appréhension de l'engagement de responsabilité et celle des risques encourus était plurielle lors de nos entretiens. Parmi les enquêtés, nous induisons tantôt le questionnement, tantôt le relativisme.

- **La responsabilité**

M4 : « Nan mais tout le temps si tu veux... t'es tout le temps avec ton téléphone, et à partir du moment où tu es au contact, t'es au courant, t'es responsable. »

M4 : « A partir du moment où t'es au courant, t'es au courant. Là au jour d'aujourd'hui, tu peux demander à la secrétaire quand elle va arriver, là, quand il y a des résultats de laboratoires un peu tendancieux, on regarde sur le serveur, donc maintenant c'est le PC qui ... il y a marqué « résultat transféré par téléphone au DR... à telle heure ». Donc t'es responsable de tout ce que tu reçois. »

M13 : « Moi je crois que légalement, à partir du moment où ils laissent un message quelque part, à toi, d'accord, tu es responsable de ce que tu réponds, et si tu réponds pas tu es responsable aussi. D'accord, s'ils te laissent un message, en disant « ma femme a fait un malaise elle a perdu connaissance » si tu réagis pas, s'ils ont pas pensé à faire le 15, s'il n'y a pas quelqu'un qui vient derrière, je pense que c'est toi qui es responsable. J'en suis même quasi sûre... »

- **Le devoir d'assistance**

M7 : « ...parce-qu'en plus vous pouvez avoir des urgences, hein...style la patiente vous appelle pour vous dire qu'elle est gênée, qu'elle a mal dans la poitrine, euh...Qu'est-ce que vous allez faire, vous n'avez pas d'autre choix que d'y aller, quoi, en gros ».

M13 : « tu es peut être plus à même de répondre que moi, mais pour moi c'est on est responsable en tant que médecin, des messages... des messages qu'ils nous laissent... enfin... de la réponse... enfin... on est obligé de répondre aux sollicitations. »

- **La question assurancielle**

M3 : « Donc ça, je ne sais pas si tous les médecins sont au courant de ça... s'ils sont bien couverts, s'ils sont bien assurés, maintenant avec cette délégation de télé médecine, téléconsultation, etcetera... »

M3 : « Oui, alors je ne suis pas disponible, veuillez laisser un message, ça c'est ça... moi j'ai fait ça... mais je vous dis, sur le plan des assurances je ne sais pas,... bon je crois qu'on doit pouvoir se protéger, mais... bon je ne sais pas. »

- **Une source de questionnements**

(E1, E9, E14, E16)

M1 : « j'essaie de me couvrir un petit peu de ce côté, mais c'est pas sûr...niveau médico-légal je sais pas si je suis couvert complètement »

M14 : « Je pense du coup c'est un peu euh....enfin quelqu'un, je sais pas moi qui aurait quelque chose de grave et qui attendrait, qui m'appellerait 1, 2, 3, 4, 5 fois un jour où je n'ai pas envie de répondre où je ne peux pas répondre, ben je me dis que peut-être il va se mettre en danger, alors que ...On n'est qu'à 10 minutes du SAMU, enfin....je sais pas. Après est-ce que les gens peuvent m'en vouloir, ce jour-là si je n'ai pas répondu, après je suppose que non, mais après derrière, expliquer qu'ils ont mon numéro de téléphone personnel, et que

d'habitude je réponds, je pense que c'est entendable aussi (rires). Voilà, voilà, c'est plutôt ça, c'est plutôt le côté, comme vous disiez tout à l'heuremédicolégal qui m'inquièteenfin qui m'inquiète entre guillemets, après sinon, rendre service, on est là pour rendre service, donc euh... »

M14 : « C'est une organisation, après c'est peut être critiquable, et il y aura peut-être un jour où il y aura une bêtise, de faite, et où il y aura des suites....mais....après les gens ne peuvent pas me reprocher de pas être disponible non plus, du coup, mais d'être trop disponible, je sais que ça peut jouer des tours. »

- **Un agnosticisme ?**

(E5, E8, E16)

M5 : « Je me suis jamais posé la question. C'est pas le genre de questions que je me pose quand je rends service, ou quand je dépanne, ou quand je donne un conseil, je me dis pas, ah mince...si je me goure est-ce que je vais pas avoir des soucis avec la justice, ou avec l'ordre, ou.... »

M8 : Moi je pense qu'il faut pas trop y penser, parce que sinon on ne fait plus rien, hein.....le médicolégal, euh...bon...si...de toute façon on prend des risques tous les jours, euh...c'est toujours la balance bénéfice-risques, alors des fois...des fois....des fois on a raison, des fois on a tort, et il vaut mieux avoir plus souvent raison que tort, et surtout bien...et même quand on a le...et au cours d'une consultation, ben on n'a pas toujours le diagnostic, on n'a pas toujours le bon traitement, donc euh...quel est le risque d'envoyer le patient à la maison, ça des fois on se pose la question.

M8 : Mais...il y a pas que par téléphone...mais...moi j'essaie d'éviter de me poser la question, jusqu'ici j'ai jamais eu de problème important, pourvu que ça dure, hein, mais euh...ça peut arriver à n'importe qui, en téléconsultation comme en consultation classique, malheureusement...mais c'est pas ça qui me freine, je pense pas que ce soit un frein pour moi...c'est pas le côté médicolégal.

- b. Une mise en danger du patient ?**

Plusieurs des participants à l'étude nous ont détaillé comment cette pratique pouvait aboutir à des préjudices pour les patients, occasionnant d'éventuelles plaintes.

- **La non réponse**

(E1, E4, E7, E9, E13, E14)

M4 : « Imagine que demain, je sais pas moi Monsieur X il a une douleur à la poitrine qui sert, qui tord, je suis en train de faire un truc à la maison, et je me dis ah...je vais pas rappeler, parce qu'aujourd'hui c'est dimanche, et que le lendemain matin il fait un infarctus...Là son épouse va dire...Ben le docteur il était au courant, je lui ai laissé un message, il a pas rappelé. »

M7 : « Sur le plan médico-légal je pense qu'il y a de gros risques à filer son portable : déjà à pas répondre, ou à répondre de travers, à répondre je n'ai pas le temps, désolé je suis en train de dévaler une piste, justement, ou je suis au cinéma, ou je suis euh....voilà, si on donne son portable on s'engage à répondre...mais c'est des grosses, grosses responsabilités... »

M13 : « Alors moi la responsabilité médicale, elle commence à partir du moment où ils te laissent un message, et où...si tu réponds pas au message, c'est toi qui es en faute, c'est le médecin qui est en faute. C'est pour ça.....c'est en partie pour ça que je leur dis de ne pas utiliser....enfin je leur donne pas mon numéro de portable »

M14 : « Euh, bah...de...justement louper un appel, ou pas répondre un jour où ils ont vraiment besoin pour ceux qui ont vraiment tendance à user du téléphone facilement, et puis je pense que ça peut....ils peuvent nous en vouloir, après, euh...à part changer de médecin au sein du cabinet, euh....je pense pas qu'il y ait grand monde qui irait...porter plainte, ou...c'est pas pareil que faire une faute, que faire une faute médicale. »

- **La réponse : une prise de risque ?**

(E5, E8, E16)

M5 : « Donc, ça dépend où tu mets le curseur. Si tu veux plus prendre de risque, tu fais plus rien. Forcément, dès que tu fais quelque chose, tu prends le risque de te tromper ou de faire une erreur. Ben c'est la règle du jeu. Sinon tu restes au fond de ton lit. »

M8 : « mais euh....la médecine au téléphone, moi, ...on ne m'a pas appris à le faire. Euh...et je pense que, c'est... c'est très...très risqué parce-que...il y a plein d'éléments qu'on n'a pas, au téléphone

M16 : « parce que c'est eux qui m'envoient des SMS, et je leur dis, non, on ne parle pas en SMS, parce que...je trouve que le risque de non verbal, de non, dit, de passer à côté de quelque chose, ça, par contre, je m'en méfie comme de la..... »

- **Domages et plaintes**

(E1, E2, E10, E12, E14)

M1 : « enfin bon, c'est...la responsabilité médico-légale, dans la consultation téléphonique elle est immanquablement ...elle est... (hésitation)...on va dire qu'elle peut être recherchée, par un patient ou les ayants droits d'un patient qui n'est pas content. »

M10 : « Et ben je pense qu'on a tout faux. Ouais, je pense que si il arrivait quelque chose de grave, euh...je pense que le médecin il a tout faux...parce que n'importe qui peut se retourner contre le médecin pour ne pas l'avoir examiné. Même si...euh....on peut retrouver la trace que le patient a dit, ben non, j'ai pas le temps, ou...donnez-moi un conseil, qu'est-ce qu'il faut que je fasse, ben c'est le médecin qui a tout faux. Donc d'un point de vue médico-légal euh...je pense que...bon...enfin voilà...on a tort à 100%, et puis voilà, on met en danger le patient aussi... »

M12 : « Hum...Le fait de faire une ordonnance sans voir la personne, euh...d'un point de vue médicolégal, euh....enfin...c'est une erreur. J'engage ma responsabilité clairement, oui. Pour avoir fait partie du conseil de l'ordre...et de la commission des plaintes, et autres euh....oui (rires). Parce que tu le fais....tu le fais d'une manière, euh.....un peu à l'aveugle, puisque tu n'as pas vu la personne, donc après, euh...ou tu es sure de ce que tu fais, ou si tu n'es pas sure, il faut surtout pas le faire, enfin...des fois on a un petit sixième sens, qui....non, là.....voilà... »

M14 : « A mon avis il y aura beaucoup plus de procès, ou de choses comme ça, vis-à-vis de quelque chose qu'on aura écrit par SMS, ou dit, ou...sur un temps où on ne travaillait pas, euh...je pense que parfois au lieu de donner un avis entre deux rapidement, faudrait mieux.....rester indisponible pour les gens »

c. S'assurer de la continuité des soins

Une fois leurs coordonnées personnelles partagées, les médecins que nous avons rencontrés donnaient donc l'occasion aux patients de les tenir informés en tout instant. Ainsi, ils paraissaient se soucier d'assurer la continuité des soins, et ceci particulièrement dans les situations où ils n'étaient pas en mesure de répondre aux sollicitations.

• Une problématique ?

M1 : « on donne quelques signes d'alerte, mais la grande prudence, c'est de leur dire : rappelez mois, dès que...dès que vous êtes, euh...et il faut effectivement, assumer, et assurer la permanence téléphonique. Ça c'est ...c'est encore une autre....alors si on n'est pas capable de l'assumer, et de l'assurer, il faut trouver un moyen de le détourner sur un confrère ou de dire ah ben non vous appelez...faut...faut avoir une euh.... Une possibilité de repli et faut avoir.....faut trouver un confrère qui accepte de voir les urgences aussi. »

M2 : « Non, je dirais, je me méfierai quand même du téléphone, en encadrant bien effectivement pour la continuité des soins... »

• La gestion de la messagerie

○ L'orientation vers le 15

(E1, E2, E15)

M2 : « mais j'ai un répondeur, et si c'est un jour ou je ne travaille pas et un numéro que je ne connais pas, je ne vais pas répondre, et mon répondeur dit clairement de ne pas laisser de message, que c'est un téléphone personnel, que si je ne réponds pas c'est que je ne suis pas au travail, donc il faut, faire le 15 en cas d'urgence, ou laisser un message au niveau du cabinet médical »

M15 : « Alors j'ai un message, sur mon téléphone, si euh....en cas d'urgence vitale, faites le 15. Voilà, c'est tout, hein.... »

○ Les autres possibilités

(E1, E3, E5)

M1 : « Oui, alors de ne pas décrocher oui, mais il y a une réponse derrière, qui dit que je suis absent, ou en communication, rappelez...ou rappelez dans le quart d'heure quoi, à peu près...je m'en rappelle plus de ce que j'ai... »

M3 : « Oui, alors je ne suis pas disponible, veuillez laisser un message, ça c'est ça...moi j'ai fait ça...»

M5 : « Ce répondeur ne prend pas de message. Point. Pour tout le monde. »

○ Concernant l'adresse mail

M9 : « mais je me dis qu'il faudrait quand même s'y pencher ...et mettre un message de réponse automatique en disant euh...cette adresse mail est uniquement dédiée à ...vous envoyer des documents, et il n'y aura pas de réponse aux questions, pas de rendez-vous donné, et en cas d'urgence, merci de contacter le cabinet ou de faire le 15....exactement la même chose que ce qu'on peut faire euh....sur le répondeur du cabinet quand on n'est plus là...voilà. »

d. Le respect du secret médical

Lorsque le thème du secret médical était abordé, il donnait lieu à des réactions différentes chez les généralistes enquêtés :

• **La méfiance**

(E1, E2, E10, E13, E14, E15)

M1 : « Le premier c'est la couverture du secret médical. C'est tous ces moyens de communication sont pas d'une fiabilité à tout épreuve, peut-être. J'ai pas d'expérience très négative aujourd'hui, mais je pense qu'il est possible de se faire pirater son mail...et que dans ces cas là...alors tu vas me dire que les logiciels sont faits pour être couverts par une sécurité mais...le...la boîte mail elle est peut-être pas si étanche que ça. Sauf en passant par les boîtes mail sécurisées (apycrypt ou MS santé, etc...) et ça c'est les échanges que l'on peut avoir entre partenaires, entre confrères ou entre labo...et hôpital. »

M2 : « L'adresse mail c'est beaucoup plus délicat car effectivement on peut être hacké, et tout ce qu'on passe par mail, le secret n'est pas assuré. Donc c'est une des raisons supplémentaires pour laquelle mon adresse mail ne doit pas servir pour le soin. Toutes les ordonnances et autres, ça passe par la téléconsultation, et pas par le mail privé. »

M10 : « Et ouais, c'est pareil, je pense que...alors après on n'a jamais la certitude que c'est vraiment le patient qui nous pose des questions, en fait. Donc euh...d'un point de vue secret médical je pense qu'on a tout faux aussi...même si c'est le portable, qui me dit que c'est pas son mari qui nous envoie un message, enfin voilà, n'importe qui, quoi...et puis après il y a des

traces de partout donc ça peut être accessible par n'importe qui...donc en effet, d'un point de vue secret médical, euh...c'est pas terrible. »

M13 : « Mais je me verrais pas donner....des données médicales, enfin....mettre des données médicales sur un mail à destinée d'un patient. Je....me verrais pas le faire. »

M14 : « c'est vrai qu'on peut être mis en port- à faux vis-à-vis de ça, mais dans les messages et les coups de téléphone, j'essaie quand même de faire attention. Je sais que la dérive c'est beaucoup vis-à-vis du secret médical »

M15 : « C'est vrai que des fois il y a des photos aussi, de pansements, de plaies, ça les photos je les enlève, en fait, quand j'ai vu, je les efface. Mais j'ai pas....c'est pas sécurisé, hein, sur mon téléphone, c'est ça....je...je sais. »

- **Le relativisme**

M1 : « Avec les patients, alors...est-ce qu'il faut s'inquiéter beaucoup du secret qui pourrait être mis en défaut...Ouais, c'est une question. J'ai pas la réponse. Et puis personnellement, je suis pas très inquiet. »

M3 : « Alors, le secret médical, ...on fait attention à ce qu'on dit, mais...étant donné que c'est de patient à médecin, euh...non, quand je réponds directement à un patient ou à une patiente, c'est lui directement, c'est pas son mari, c'est pas sa grand-mère... »

M6 : « Ben le problème...bon, t'as toujours les piratages, mais bon, quand on pratiquait beaucoup par courriers...c'est ça qui m'a toujours énervé de se dire ben oui le secret médical, il faut des messageries cryptées, euh...alors moi j'en ai des messageries cryptées, mais si tu veux tu peux pas les utiliser parce que eux, ne l'ont pas, et après ça on nous a dit, bon les fax, il y a danger...que ça parte....bon effectivement, mais quand tu envoies un courrier, t'es jamais sure qu'il arrive. La dessus, ça m'a toujours énervé qu'on se refuge derrière les messageries cryptées et tout, alors que parmi les courriers, ... bon il en rentre de moins en moins mais il en rentre euh...il y a encore des journées il rentre pas mal de courriers des hôpitaux et tout, n'importe qui peut tomber dessus, tu vois un truc médecin, tu peux l'intercepter. »

M6 : « Ou, enfin bon a priori si tu fais une erreur sur...si....ton adresse n'est pas bonne ton mail te revient comme mail inconnu ? Nan je sais pas, je pense que pour moi, c'est pas...un problème. »

M6 : « C'est certainement moins dangereux qu'un fax, qui arrive sur un appareil, et tout le monde le voit, théoriquement...tout le monde a sa messagerie, au moins avec un mot de passe. »

2) La relation médecin patient : les perspectives évolutives

a. Côté médecin : une transition générationnelle ?

Il nous a semblé que la décision du partage de ses coordonnées personnelles se fondait sur des arguments de priorités d'ordre générationnel.

- **L'ancienne génération**

- Une abnégation ?

(E6, E7, E8, E16)

M6 : « Ouais, je ...j'pense qu'il y a eu ...les anciennes générations comme nous, on nous a formatés d'une certaine façon, il fallaitqu'on vive euhon a du mal à dire non »

M7 : « ...mais sinon...depuis quand on est corvéable vingt-quatre heure sur vingt-quatre ? Ça c'est de la médecine de campagne d'il y a plus de trente ans ou quarante ans... »

M16 : « Parce qu'avant, euh...le médecin il était corvéable, jusqu'à....il y avait pas....voilà, le médecin c'était lui qui était de garde, il y avait pas une permanence de...donc euh oui, donc... »

- Le sacrifice de la vie de famille ?

(E2, E6, E16)

M2 : « Moi j'étais obligée de faire venir des dames qui s'occupaient de mes enfants, même si j'étais disponible, au cas où il y aurait un appel pendant ce temps là...voilà... »

M6 : « mais bon je pense que nous on a ...on a trop fait quand même....moi il y a des moments j'ai raté des mariages dans la famille, parce que mon remplaçant m'a fait faux bond et puis je voulais pas fermer...maintenant plus personne le ferait. »

M16 : « avec les enfants, quand même je m'étais dit que...pour avoir vu l'expérience de générations précédentes, et de....que...et....les conséquences familiales un peu catastrophiques, (rires) je m'étais dit non, non, non, c'est pas possible, on ne peut pas faire deux choses à la fois... »

- **La nouvelle génération**

- La dynamique du changement

(E2, E6, E7, E10)

M2 : « et puis maintenant il va y avoir de nouveau plus de jeunes médecins, donc ça va aussi bouleverser les modes d'exercice »

M6 : « moi je pense que tout ça, ça va changer avec les nouvelles générations... »

M7 : « vous me rappelez vraiment la médecine de campagne que j'ai connue il y a trente ans, et dont les jeunes médecins ne veulent plus entendre parler. »

M10 : « C'est compliqué, c'est-à-dire que...enfin non...je pense que la médecine générale a changé, ce sera plus euh...ce sera plus comme avant, après le problème c'est que les gens ont changé aussi, c'est pas que la médecine qui a changé, c'est les gens aussi ont changé, euh... »

○ Des médecins plus connectés ?

(E10, E12, E14)

M10 : « Après c'est compliqué quand t'es jeune médecin t'as plein de copains, euh...avec qui t'étais au lycée et qui te voient toujours, et qui te posent des questions, parfois...qui veulent des conseils par Messenger... »

M12 : « Voilà. Après les jeunes médecins seront à mon avis, beaucoup plus...dans toutes ces nouvelles technologies, je pense... »

M14 : « Après moi je suis de la jeune génération (rires) je passe mes soirées sur mon téléphone, je fais tous mes mails au fur et à mesure, enfin j'essaie en tout cas, peut-être que je passe plus de temps sur mon téléphone aussi, c'est sûr, que eux. Je sais pas si...certainement que ça joue mais... »

○ Les résolutions : le temps du repos et la préservation de la vie de famille

(E2, E6, E7, E9, E10, E16)

M9 : « Oui, je pense qu'on est plus à bosser comme ça maintenant, il y a plus de gens qui se partagent des patientèles en faisant des mi-temps, en disant si je ne suis pas là il y a mon collègue, euh... »

M9 : « on n'est plus à vouloir faire 8h 20h tous les jours...euh...voilà, ...de par notre envie d'avoir une vie en dehors de la médecine, même si la médecine c'est génial »

M10 : « tu as plus envie de ...de...d'être dévoué corps et âme à tous tes patients 24 sur 24, quoi... »

M16 : « Non, je pense que les nouvelles générations font plus attention, il me semble, qu'avant. »

M2 : « je pense que c'est important de pouvoir le respecter, et je...moi qui suis vieille, je vous le dis déjà (rires) donc je me dis que la génération montante, où en plus il y a une implication vis-à-vis de la vie privée, la vie de loisirs, la vie de famille qui est encore plus importante que ma génération...»

M6 : « les médecins qui s'installent, les rares qui s'installent n'ont pas du tout la même conception de....vous n'avez pas du tout été habitués...moi ce que je vois avec tous les internes que j'ai eus, la majorité, ils privilégient quand même la vie de famille »

M7 : « La vie d'aujourd'hui, c'est que...mercredi matin, il y a je ne sais pas...leçon d'équitation, et bien vous allez faire votre leçon d'équitation avec votre enfant, et vous ne

consultez pas pendant ce temps-là, et vous surveillez votre enfant, et vous l'applaudissez et pendant ce temps- là il n'est pas question qu'il y ait un patient qui vous appelle pour vous dire docteur, je tousse toujours.... ? »

b. La santé comme un bien de consommation ?

Parallèlement aux enjeux relationnels évoqués, une des préoccupations de nos enquêtés était celle d'une transformation du système de soins, dans lequel la santé semblait être approchée de plus en plus par les patients et par eux même comme un bien de consommation.

• L'offre et la demande

(E2, E3)

M2 : « Mais si parce qu'il faut bien qu'on vende notre métier quelque part....c'est horrible à dire mais c'est vrai ! Et effectivement cette offre de réponse immédiate, il faut qu'on puisse l'assurer nous-mêmes, parce que là en ce moment dans les pharmacies, ils commencent à installer des cabines de téléconsultation, donc l'assurance, offre des téléconsultations, les grosses entreprises offrent des téléconsultations à leurs employés parce que comme ça ils ont pas besoin de partir, ils peuvent se soigner ils sont plus compétitif dans leur entreprise, donc il y a des contrats, et hors sécurité sociale. »

M2 : « Pour le coup je crois vraiment qu'on est dans une recomposition complète de l'offre de soins, et que ce qui est en train de se passer avec le Covid va l'accélérer qui plus est. »

M3 : « Bah, ça peut modifier...oui et non, parce que...ce type de circonstances, quand il y a assez de médecins, c'est bien, mais quand il y en a moins, au moins, les gens sont satisfaits d'avoir ça...alors c'est sûr que c'est plus la même pratique... »

• Un consumérisme médical

(E12)

M12 : « Oui, il y a de toute façon, on est dans une société de consommation, et la médecine est une consommation comme une autre. »

• Des patients consommateurs ?

○ Des exigences croissantes ?

(E4, E5, E6, E12, E13, E14)

M4 : « Nan, les gens ils appellent pour tout et n'importe quoi, j'ai besoin d'un arrêt de travail, j'ai besoin d'une consultation. Là au jour d'aujourd'hui j'ai des amis de ma secrétaire qui sont amis, patients, t'as un coup de téléphone le dimanche à 17h...demain il faudrait que tu vois mon fils, demain faudrait que tu fasses ci, voilà t'as ça, quoi...t'as ça tout le temps quoi... »

M5 : « Oui, c'est vrai, il y a des gens qui sont comme ça. Ils viennent avec une liste. Qui arrivent en sachant déjà mieux que toi. »

M5 : « faut pas que les patients ils pensent que le médecin est corvéable à merci, et est leur pizzaiolo de la médecine, soit leur pizzaiolo de la médecine...Mais c'est une façon d'être générale, hein... »

M6 : « et...j'en suis à plus de trente ans d'exercice, et tu te dis...t'as fait plein de choses et plus t'en fais plus ils en veulent, quoi... »

M12 : « donc euh...voilà, derrière c'est décalé, et il y a des gens qui...voilà, qui vont appeler à 5h de l'après-midi pour me dire qu'ils sont bloqués du dos, et....tu dis non, ils ne sont pas contents... »

M13 : « C'était parce qu'ils avaient décidé de téléphoner à ce moment-là et qu'il fallait une réponse, euh....que ce soit pour prendre rendez-vous, que ce soit pour essayer d'avoir un renouvellement sans me voir, c'est... ».

○ La quête de l'immédiateté

(E6, E7, E8, E10, E11, E12, E14)

M10 : « parce que les gens ont changé....il leur faut tout tout de suite, euh....c'est pas pour te dégoûter de la médecine générale, hein, euh.....il leur faut tout tout de suite et je pense que ce serait l'ouverture à des débordements, euh...incroyables ! »

M11 : « Alors, pour les gens, oui...je dirais qu'on entre un peu dans une aire de la...drive médecine quoi, ils arrivent, il faut qu'ils aient tout, tout de suite, maintenant, avec une réponse immédiate...et limite euh....ben voilà, ma collègue elle a sorti sa baguette magique (rires) pour répondre aux gens qui ne sont pas patients (rires). »

M12 : « de toute façon maintenant les gens aujourd'hui c'est j'ai un problème, c'est tout de suite, maintenant, même si ça fait 15 jours qu'ils....qu'ils ont ce problème. »

M14 : « Oui, ben c'est un peu ça, hein, et moi aussi je suis un peu tout tout de suite, et je comprends qu'ils soient aussi comme ça, mais c'est ce que je dis tout le temps, ça me pèse, le dernier jour avant les vacances je suis fort énervée parce qu'ils se déchainent en disant elle va partir pendant une semaine, donc tout un petit grain de sel devient...(rires) une montagne pour chacun, et ...même les infirmières, elles nous mettent des petits papiers dans notre boîte : faire l'ordonnance du pilulier de ci, et puis ça, et puis machin, et puis en fait je me dis...j'ai envie de leur dire, ben...vis ma vis, et viens vivre un vendredi avec moi, et ils croient que le boulot est facile, mais... »

○ Le respect du médecin en perdition ?

(E6, E10, E12, E13, E14)

M6 : « que maintenant, c'est plus...euh...le lien s'est peut-être un peu distendu avec le corps médical et ...les patients...c'est un peu plus...service...service à la personne...lié aussi, au fait que....bon ...on nous respecte beaucoup moins qu'avant, hein... »

M10 : « euh....moi je trouve, alors c'est peut être exagéré, hein....qu'il n' y a plus le respect du médecin, comme il y avait avant. Voilà. Moi j'ai une anecdote, une fois...quand même, hein...un voisin qui a sonné chez moi une fois à 2 heures du matin, donc ça fait un drôle d'effet, hein...parce que ...sa femme pétait un plomb. Il arrivait pas à la calmer. »

M10 : « Après je parle pour les français, je sais pas dans d'autres pays, mais je trouve que la mentalité française elle a quand même bien changé. Il n'y a plus de respect. Très peu. »

M12 : « après les gens ils étaient au courant, ils ont....pour certains été très respectueux, d'autres, pendant que j'étais en arrêt sont venus sonner à la maison, euh....les gens aujourd'hui, c'est... « moi, je », on est dans une société très égoïste, quoi...alors heureusement, ça n'arrive pas tous les...tout le temps, mais.... »

M13 : « tu peux être sûr qu'une fois sur deux ou qu'une fois sur trois ils n'honorent pas le rendez-vous, parce qu'ils ont trouvé....plus rapidement, plus près, plus...je sais pas quoi...quelle que soit la raison, puisque de toute façon tu ne sais pas la raison, puisque tu ne les vois pas, mais...les lapins que j'ai, alors j'en n'ai pas énormément, mais les lapins que j'ai c'est des gens que je ne connais pas. »

- **Des médecins en recherche de compétitivité ?**

M2 : « Mais si parce qu'il faut bien qu'on vende notre métier quelque part....c'est horrible à dire mais c'est vrai ! Et effectivement cette offre de réponse immédiate, il faut qu'on puisse l'assurer nous-mêmes, parce que là en ce moment dans les pharmacies, ils commencent à installer des cabines de téléconsultation, donc l'assurance, offre des téléconsultations, les grosses entreprises offrent des téléconsultations à leurs employés...[...]Il y a plein de choses qui vont bouger, par contre il faut qu'on soit vigilant, en tant que médecins généralistes libéraux, et qu'on continue à mettre une pression pour garder une fonction dans tout ce système »

M7 : « peut-être en plein centre de Lille, où ils vont se battre pour un patient, on aurait des réponses différentes, où les médecins seront prêts à tout...pour....pour...récupérer un patient ? Mais ils sont juste idiots ? Qu'est-ce qu'ils ont tous été s'installer à Lille, ou en plein centre d'Amiens, alors qu'il y avait de la place à la campagne ? C'est tout...C'est la notion de chef d'entreprise. C'est comme si vous créez un restaurant, quand vous serez installé. Si vous créez le 48^{ième} restaurant de la ville de je ne sais où, euh...pourquoi voulez-vous que les gens viennent manger chez vous ? Ça n'arrivera jamais...sauf si vous allez leur donner beaucoup de choses pour 25 euros, pour essayer de les garder et donc c'est comme si vous aviez un menu à 25 euros vous proposiez des plats gastronomiques pour qu'ils reviennent...ça durera pas longtemps, votre truc...ça va se casser la gueule très vite, ce n'est pas tenable... »

c. La mesure du don de soi

Certains des praticiens interrogés se sont exprimés sur la nécessité de doser le don de soi-même dans la pratique.

- **La mission sacerdotale**

- Un temps révolu ?

(E2, E6, E7, E9, E10, E13, E16)

M7 : « C'est les prêtres...pour parler de sacerdoce, faut être prêtre...mais c'est fini, ça existe plus...Sacerdoce, c'est ...tout faire pour qu'il n'y ait plus de médecin qui s'installe, d'accord ? »

M9 : « Et jusque-là ça se passe bien, enfin les gens comprennent bien que...que le médecin qu'on peut joindre 24h sur 24h et ben c'est pas possible, euh...est-ce que vous vous accepteriez d'être appelé par votre patron n'importe quand, à n'importe quelle heure du jour et de la nuit....et ben non, et ben je dis voilà, la société a évolué, et concrètement j'aurais ni fait médecine générale, et je ne me serais pas installée ici si on m'avait demandé ça, quoi... »

M13 : « ...enfin, pour moi il n'y a aucune raison pour qu'on soit obligé....enfin, on n'a pas signé pour être présent 24h sur 24, 7 jours sur 7, il y a un moment où....c'est comme un jour de congé de la semaine, c'est comme prendre des vacances régulièrement, de toute façon....on est libéral, et on est... ».

M16 : « Non, je pense que les nouvelles générations font plus attention, il me semble, qu'avant. Parce qu'avant, euh...le médecin il était corvéable, jusqu'à....il y avait pas....voilà, le médecin c'était lui qui était de garde, il y avait pas une permanence de...donc euh oui, donc... »

- Une réalité encore actuelle ?

(E3, E4, E6, E9, E12, E13)

M3 : « mais bon...à mon avis quand on aime, on ne compte pas (rires). »

M4 : « Moi j'ai eu la réflexion d'une dame de...qui m'a dit une fois toute façon vous avez fait médecine, c'est un sacerdoce, c'est vous qui avez décidé, c'est vous qui avez voulu, vous allez travailler 7j/7, 24h/24, c'est comme ça...Moi mon père était kiné, donc il travaillait tout le temps...et puis vous n'aviez qu'à pas faire médecine si vous ne vouliez pas travailler tous les jours....c'est ce qu'on nous dit, oui... »

M6 : « après il faut un juste milieu entre toute chose, je pense que....ils ont pas forcément raison sur tout, parce que bon, quand on sait qu'on s'engage dans la médecine, on s'engage dans un sacerdoce, mais bon je pense que nous on a ...on a trop fait quand même... ».

- **Se prémunir d'un engrenage ?**

(E5, E6, E7, E13)

M5 : « Parce que tu sens que si tu mets le doigt, ça va vite arriver au poignet, puis le coude, puis te retrouver euh...manchot. »

M6 : « et...j'en suis à plus de trente ans d'exercice, et tu te dis...t'as fait plein de choses et plus t'en fais plus ils en veulent, quoi... »

M7 : « Donc tout ça c'est des faux trucs qui vous pourrissent la vie pour le restant de vos jours. Si vous commencez à répondre au téléphone, toute votre vie vous allez le faire...parce que les gens ne comprendraient pas qu'on leur dise, ah bah c'est fini, ou que vous les mettiez en indésirable, ou... »

M13 : « Oui nan mais c'est vrai que c'est des bonnes questions, et c'est vrai que...c'est difficile de mettre des limites, et c'est vrai que...plus tu leur en donnes et plus tu donnes du temps, et plus ils en prennent, ça c'est clair. »

- **Se préserver : une nécessité ?**

(E1, E2, E4, E7, E8, E12, E13, E15)

M1 : « quand on commence sa carrière, on s'installe, il faut prendre des mesures efficaces, pour se ménager, des espaces de liberté, de vie, personnelle, de vie professionnelle, entre les deux, il faut avoir de...des frontières. »

M1 : « mais aussi il faut ménager, euh...une journée de repos par semaine, deux jours avec le dimanche, et peut être une autre demi- journée, une demi -journée ou une journée, qui pourrait être un journée de formation personnelle, qui reste dans le travail, mais qui participe aussi à une certaine tranquillité pour travailler, et se former. »

M2 : « Mais quand on arrive à savoir...et chacun on sera différent, hein, il y en a qui pourront donner beaucoup, d'autres ont besoin de plus de temps de récupération, et un soignant efficace c'est un soignant qui va bien, hein, ça c'est sur aussi. »

M2 : « mais il est clair qu'aujourd'hui je suis quand même sur un système qui me protège beaucoup dans l'accès patient, eux ils peuvent le faire mais ce n'est pas dans un mode envahissant dans mon exercice, ni sur ma vie privée, et sais que je basculerai beaucoup plus sur la téléconsultation dans les mois et les années qui viennent »

M8 : « la médecine c'est pasc'est pas...faut pas.....faut qu'on soit à l'écoute, mais c'est du donnant donnant. On a besoin de se reposer, on a besoin de rester humain avant tout. »

M12 : « Ben moi j'essaie de prendre des vacances assez régulièrement (rires) ...c'est ...un peu comme les enfants (rires) parce que psychologiquement, c'est ...waouh. J'ai besoin de faire le vide. »

M12 : « sinon je crois que tu fais le Burn-outeuh....parce que bon...c'est des journées de 12-13h...t'enquilles les heures, là après le Covid j'étais fatiguée, donc euh....à un moment

donné, faut aussi dire , bon ben là, oui, je m'arrête, euh...mais c'est compliqué, c'est compliqué... »

M13 : » je pense que c'est un ...c'est une obligation pour euh...pour pas se...perdre soi-même. C'est-à-dire que s'il n'y a pas des moments où tu peux faire autre chose, où tu peux penser à autre chose, et où.... »

M15 : « voilà....j'ai beaucoup d'activités professionnelles, et il faut que je coupe quand je suis à la maison, il faut que je fasse autre chose, et....ne plus penser au travail, quoi, c'est pas facile, hein, tout le temps, tout le temps, tout le temps....Et puis, quand je suis là, je suis là, quoi....je suis disponible, toute la journée. »

- **Poser des limites : un apprentissage ?**

(E1, E2, E5, E12, E13)

M2 : « et donc il a fallu que je travaille sur moi (rires) comme on dit avec élégance, pour apprendre à dire non, apprendre à formaliser le non, c'est des choses qui n'étaient pas spontanées chez moi. Aujourd'hui, ce que j'ai bien compris finalement, c'est que l'autre prend ce que je lui donne. Donc il faut que je mesure moi ce que je suis prête à donner, pour lui expliquer comment et pourquoi je lui donne. »

M13 : « Mais ce n'est pas facile à mettre en place, et je pense que...mais je je....effectivement, de dire non, et de fixer les choses, ça s'apprend. »

- **La frontière vie privée- vie professionnelle**

M4 : « mais moi je pense, il faut que tu gardes un peu d'anonymat, il faut que tu restes un peu... »

M7 : « Faut savoir couper sa vie professionnelle, hein...ça nous bouffe beaucoup, nous les médecins, si en plus il faut qu'on déborde sur la vie privée, euh....pourquoi ils m'appelleraient pas quand je suis sur les pistes de ski, ou....vous voyez ? »

M9 : « voilà, j'essaie de vraiment bien séparer les deux. Et puis....euh...jeles amis des amis...euh....j'essaie d'avoir une patientèle qui soit la plus indépendante de ma vie personnelle possible... »

M13 : « par contre quand je sors du cabinet je redeviens Madame ...je ne suis plus médecin, et je fais tout pour qu'on ne m'embête pas sur...d'un point de vue médical. Je fais des...je dois être la plus rapide à faire des courses, enfin c'est pas moi qui fais les courses, mais je suis la plus rapide à faire des courses...Parce qu'on ne peut pas m'approcher....je ...suis très secrète. »

M13 : « On a déjà pas, peu de moments où on est euh....enfin on est déjà extrêmement sollicité au cabinet, quand je suis à l'extérieur, et je pense que c'est en partie pour ça que j'ai une vie sociale très peu développée, enfin en tout cas, euh...dans mon village ou dans ma ville si tu veux, mais...et si tu veux quand je me présente je suis pas le Docteur X, je suis Madame

X, tout ce que tu veux, mais pas....mais paset quand on me dit « ben je vous présente le Docteur X », je dis non, je suis pas... »

- **Une mise à distance avec l'expérience ?**

(E5, E6, E8, E13)

M8 : « Mais après c'est pas...j'ai pas l'impression non plus de donner ma vie à mes patients...mais ça je pense que...c'est avec le temps, hein...au départ quand...quand j'étais plus jeune, au départ je me suis pas posé la question, jusqu'au moment où je me suis retrouvé avec euh...voilà...il y a...il y a quelques années, je me suis rendu compte, que...il fallait que je me mette un peu plus en recul, et là, par contre là, j'ai mis vraiment une certaine distance, une certaine barrière, à pas dépasser...une certaine limite à ne pas dépasser...bon...j'essaie de m'y tenir ... »

M13 : « mais je pense que c'est aussi l'expérience qui fait aussi qu'on se blinde un petit peu, et...même par rapport à mes plages horaires, il y a ...pendant très longtemps j'avais pas de jour où je travaillais pas, et puis ma collègue justement a fait....mais il y a 15 ans maintenant, une dépression et a été arrêtée pendant 3 mois, et juste à la suite de ça, j'ai pris un jour de congés dans la semaine...pour pas...enfin pour essayer de souffler un petit peu et pas se laisser trop déborder.... »

M13 : « Euh...je sais pas euh....je...peut être à ajouter que...je pense qu'on évolue dans le temps, avec l'expérience. Je pense que...qu'on n'est pas comme ça au départ, et on est peut-être pas...enfin j'étais probablementdifférente enfin je suis différente maintenant de ce que j'étais quand je me suis installée il y a presque 25 ans maintenant. Et...et je pense que....on prend probablement un peu d'assurance, et on prend aussi un peu de recul par rapport à notre travail qui est déjà extrêmement...extrêmement prenant »

d. L'appréhension de la dimension pédagogique

D'après plusieurs de nos enquêtés, le partage de ses coordonnées impliquait qu'ils fassent l'usage de quelques principes éducatifs avec leurs patients. Il s'agissait de leur apprendre à utiliser ces coordonnées de façon pertinente, et de leur faire savoir, dans certains cas, leur désapprobation à une utilisation déraisonnée. Cette dimension éducative semblait refléter un aspect important de la pratique de la médecine générale.

- **La mission éducative du médecin**

(E5, E12, E15, E16)

M5 : « Donc les gens qui t'apprécient, ils viennent te voir parce qu'ils apprécient tes compétences médicales, ou tes compétences humaines, tes qualités humaines. Ils sont un peu sur les mêmes rails que toi, ils savent jusqu'où il faut aller, c'est comme les enfants...hein...que tu éduques, ils savent que là il y a une limite qu'il ne faut pas franchir. »

M12 : « Donc bon...après, les gens c'est aussi...une patientèle que tu éduques. Et on dit souvent que les patients sont le reflet de ce que tu es, et que...bon les familles avec les enfants en bas âge et tout ça, les conseils que tu peux donner, en disant ben voilà, s'il y a ça, faut faire ça, si il y a ça, faut faire ça....il y a tout un principe éducatif, aussi, à donner, à avoir des clés, et...éviter que les gens ne viennent....pour un rien. »

M12 : « Mais tu as pas...t'as des demandes, effectivement qui sont....enfin qui sont je dirais...incongrues, mais ça je me gêne pas pour le dire. Et....le plus souvent ils ne recommencent pas....et puis de toute façon il y a un moment où je dis non »

- **Mises au point et recadrages**

(E2, E5, E13)

M2 : « Bien....alors...pas vraiment, parce que...j'ai travaillé ma manière de communiquer et si quelqu'un devient envahissant avec ce système-là, je peux lui expliquer clairement, que l'on ne peut pas utiliser ce moyen-là de cette manière. Avec amabilité, mais en lui expliquant justement pourquoi ce n'est pas le meilleur des moyens »

M5 : « Tiens tu vois hier...c'est marrant parce que j'ai eu une sollicitation euh..... et donc euh...j'ai tout de suite mis le holà en disant « tu vois ça avec mon remplaçant, t'en discutes avec lui, et pas avec moi en ce moment » ».

M7 : « c'est pas le patient qui décide, sinon on se fait bouffer... »

M13 : « Je fais de la médecine, je...je me suis fait encore engueuler... enfin soi-disant... par un patient cet après-midi parce qu'il n'arrivait pas à joindre le secrétariat, j'ai dit écoutez, moi je veux bien mais à ce moment-là je ne fais plus de médecine : je fais du secrétariat mais je ne fais pas de médecine, donc voilà... »

M13 : « je... je pense que je suis un petit peu dirigiste, enfin je peux être un petit peu cassante de temps en temps, parce que effectivement euh...faut pas trop m'embêter. »

3) L'influence du contexte pandémique, et le développement de la téléconsultation

a. Un médecin plus disponible ?

Notre étude s'étant déroulée pendant les vagues successives de la pandémie Sars-Cov-2, deux des médecins ont avoué qu'ils avaient pu faire preuve d'une sollicitude accrue envers leur patientèle.

M1 : « Complètement, t'as raison, c'est dans le ...c'est...aujourd'hui c'est pas la même chose je suis ...là dans le cadre du confinement je suis disponible 24 sur 24, enfin...pratiquement...mais je ferme mon téléphone le soir, enfin...à 20h, je ferme le téléphone du cabinet. »

M12 : « après c'est...là avec le Covid j'ai eu des familles impactées, où...là elles avaient toutes mon portable, parce que là...on était en plus au début de l'épidémie, on savait pas trop...donc les gens avaient mon numéro au cas où...il y avait des symptômes qui apparaissaient...et la plupart n'ont pas appelé, hein...mais le fait de savoir que du coup ils pouvaient me joindre en direct et bien c'était important »

M12 : « et c'est vrai que c'était une période où il y avait moins de consultations physiques, parce que les gens avaient peur de venir, où moi j'ai passé beaucoup de temps au téléphone, ne serait-ce que le côté psychologique, le soutien, le fait voilà, de ...de prendre des nouvellesah bah...c'est une relation de confiance, hein...moi je sais que les patients que j'ai pu suivre, ils sont tous venus après avec euh...une bouteille de champagne, ou un cadeau, ou...parce que j'ai passé du temps à les rassurer, et je pense que...notre rôle, il est thérapeutique, mais il est aussi psychologique, puisque la part psychologique, là dans le Covid, on le voit encore plus quoi... »

b. Vers un essor de la téléconsultation ?

Pendant la pandémie, les actes de téléconsultations ont été promus, afin, notamment, de limiter le risque de contagion. Il était alors stipulé que la téléconsultation pouvait se faire par vidéo ou par téléphone. Plusieurs des médecins interrogés ont réagi face à ce nouveau modèle d'échange relationnel

• Le nouvel élan de la téléconsultation

(E2, E3, E8, E13)

M2 : « Pour le coup je crois vraiment qu'on est dans une recomposition complète de l'offre de soins, et que ce qui est en train de se passer avec le Covid va l'accélérer qui plus est. »

M2 : « et sais que je basculerai beaucoup plus sur la téléconsultation dans les mois et les années qui viennent »

M3 : « et...moi je pense que ...c'est même plus un avenir...moi je pense que la téléconsultation, la télé médecine, elle est partie, je pense que cette épidémie elle va booster, actuellement cette découverte ».

M8 : « pendant la première vague du Covid, on faisait des téléconsultations avec les infirmières, avec WhatsApp, et ça se passait très bien, euh...sanset les gens étaient très contents, hein ...les patients étaient très contents, en disant bah voilà, on s'occupe de moi, je suis pas abandonné tout seul chez moi, et je pense que...l'infirmière peut être premier recours, et elles vont avoir , et les patients vont avoir beaucoup plus recours aux infirmières que nous appeler nous dans certains cas, en disant ben on va pas le déranger pour ça, alors que des fois, si , il faut. »

M13 : « mais c'est vrai que ça a pu rendre service pour un certain nombre de choses pendant la....pendant la pandémie parce que effectivement ils pouvaient pas se déplacer... »

- **Le scepticisme face à la téléconsultation**

M5 : « Ca a plutôt renforcé mes certitudes...à savoir que le cœur du métier c'est surtout l'examen clinique, et l'anatomie en particulier, en ce qui me concerne, pour ma pratique. Après le Covid, c'est une situation de stress, qui a été générée par l'état d'urgence sanitaire, les décisions politiques et le tapage médiatique qui a été fait autour de ça, on a créé une peur, on continue à créer une peur, qui stresse les gens, mais complètement injustifiée pour moi.... »

M5 : « Comme tout le monde je me suis intéressé à la téléconsultation, car je pense que ça va être quand même une voie de développement de la médecine à l'avenir, mais....tout le monde s'est jeté dessus en même temps de manière complètement désordonnée, on a créé des sites, venez chez nous, on a fait 6 mois d'abonnement gratuit...On a fait tout...et je crois qu'aujourd'hui il faut revenir en arrière »

- c. **De l'échange informel à la cotation d'un acte**

Plusieurs de nos enquêtés ont rapproché, et comparé la téléconsultation avec les conseils ou soins dispensés antérieurement par le biais du partage de leurs coordonnées personnelles. Leur vision de la dispensation de soins par ces moyens communicationnels semblait évoluer.

- **Une valorisation attendue pour des actes antérieurement non rémunérés ?**

M2 : « Ça s'appelle une téléconsultation ce que je fais quand ils m'appellent, mais ça n'est pas habituellement reconnu, puisque ça passait par le biais d'un téléphone, et que l'outil téléconsultation est plus récent. »

M2 : « Alors j'espère que la téléconsultation va permettre de le faire, parce qu'on a quand même un truc tout bête c'est qu'on est généraliste, et libéral, donc le travail qu'on fait mérite quand même une rémunération. Et quand on passe un quart d'heure, vingt minutes au téléphone avec quelqu'un, au téléphone, parce qu'on veut évaluer sa situation clinique, et qu'on n'est pas rémunéré, je trouve que c'est pas normal du tout. »

M3 : « Ouais ouais....ouais, moi je pense que cette épidémie a révélé tout ça, et non, je pense que ça a été positif. La seule chose qu'on avait avant tout ça, c'est le nombre de consultations qu'on faisait entre guillemets sans être payé, ça s'apprêtait entre guillemets à un rien quoi ! »

M16 : « Alors, voilà : j'ai une caméra, mais la téléconsultation j'avoue que...j'ai beaucoup de...j'ai beaucoup de mal...je....en fait c'est des consultations en présentiel, et puis après, euh....euh...c'est, euh....c'est la consultation informelle, par téléphone, enfin c'est plus de l'avis, ce qui a toujours été avant, en fait, donc j'ai pas changé ...pour autant, mon....le conseil que je donne, je le donne toujours. Mais je suis pas ...en fait, je ne suis pas passée à la téléconsultation... »

- **Téléconsultation ou échanges informels ?**

Plusieurs participants ont dessiné les contours de la téléconsultation comme une pratique différente de celle réalisée lors des échanges informels, par mail ou par téléphone avec leurs patients. Ils évoquaient des éléments distinctifs :

- La réalisation au cabinet

M14 : « Je vais dire, il y a deux ans, quand il n'y avait pas le Covid, on faisait déjà, ça posait pas de problème...là où ça se substitue, bah...j'vois pas trop, en tout cas à partir du moment où je suis plus au cabinet, je ne considère pas ça comme une consultation, c'est comme vous disiez tout à l'heure, un service...un service gratuit (rires). »

- La présence d'une infirmière

M3 : « moi j'ai découvert, ça...parce-que quand j'étais installé, c'était pas aussi fréquent...c'était pas aussi fréquent, ou alors quand il y avait une secrétaire, la secrétaire répondait à la question qu'ils avaient posée, mais il n'y avait pas de consultation vraie, c'était du dépannage, quoi...c'était plutôt du dépannage qu'une consultation. Pour moi ce qui serait bien, c'est qu'on arrive à identifier, enfin si c'est possible...mettre par exemple l'infirmier, qui serait un petit peu plus outillé, parce que c'est vrai, euh...prendre la tension artérielle, bon ça c'est encore possible les patients sont équipés, mais...que l'infirmier/l'infirmière nous aide dans cette téléconsultation, alors je sais que ça peut exister, mais çaça serait un peu plus parfait, parce que...une téléconsultation, euh...ben on peut pas prendre la tension, on peut pas prendre la température, on peut pas prendre l'oxymétrie, on peut pas ausculter, etc...alors qu'éventuellement, on pourrait dire bah en fait, telle ou telle infirmière ce jour-là, est là, et en fait on a téléconsultation »

M7 : « Alors la téléconsultation, d'abord c'est clair, j'ai mis un frein, c'est d'abord je ne la fais qu'avec des infirmières, c'est-à-dire que le patient est accompagné par une infirmière, et c'est l'infirmière qui a mon portable, d'accord, c'est jamais le patient...comme ça il peut pas me rappeler derrière ou...voilà...Ça c'est un grand principe que j'ai mis en place, sinon.....c'est fini, ils peuvent m'appeler quand ils ont envie.... »

M8 : « Alors le problème de la téléconsultation, nous on l'a fait uniquement en présence des infirmières, et en visio. Sauf quand il y avait des problèmes d'internet et que ce n'était pas possible, mais il y avait toujours quelqu'un sur place, qui prenait la tension, la température, la saturation, et puis qui éventuellement traduisait les questions qu'on posait si les gens n'entendaient pas bien, ou s'ils n'avaient pas bien compris, et puis déjà regardaient si au niveau médicaments il manquait quelque chose ou pas....donc on a jamais fait de téléconsultation sans présence d'un paramédical euh...essentiellement les infirmières, avec don euh....je pense que c'est vraiment important, c'est vraiment important decette nuance, hein... »

- Voir le patient

M2 : « Autrement maintenant, je proposerais une téléconsultation. Et effectivement, qu'on voit la tête de la personne en plus de la voix, euh...c'est quand même un nombre d'informations

complémentaires qu'on apprécie tout à fait. Maintenant quand je n'ai plus qu'un téléphone, euh...(rires) je me sens moins sûre de moi. »

M2 : « Mais au téléphone je ferais la même chose, hein...si ce n'est que là j'ai vu la tête de la dame, et donc la tête de quelqu'un qui fait très infecté qui va très mal, c'est pas la même tête ... (rires) donc ça me donne des éléments supplémentaires pour oser faire ça. »

○ La facturation

Deux des médecins enquêtés estimaient que les limites entre les conseils et soins dispensés de façon informelle antérieurement, et la téléconsultation n'étaient pas claires. La question de la facturation de l'acte semblait un élément limitant.

M9 : « Euh....alors la téléconsultation c'est très nouveau dans ma pratique...euh...je l'utilise très peu maintenant, hors Covid, euh...ça pourrait être une téléconsult, hein...j'ai jamais envisagé le truc...euh...je pense que ça ne me traverserait pas l'esprit d'en faire une téléconsult et de coter un acte au cabinet le lundi matin, en disant au fait j'ai Mr Bidule que j'ai rappelé, enfin...mais pourquoi pas, finalement ?Ca se justifierait.....voilà, euh...après je suis quand même assez attachée à mes patients pour pas facturer tout et n'importe quoi (rires) »

M14 : « ça a un petit peu ...Légitimé le téléphone, euh...coter un acte euh...je fais pas ça personnellement, ça j'estime que si quelqu'un vient pour un acte euh...pour une douleur abdo, que je lui prescris une prise de sang, que je mets en suspens le traitement en attendant ses résultats, ben...le soir c'est toujours la même consultation, évidemment que je rappelle, mais je vais pas leur coter une téléconsultation pour ça. (rires) »

M14 : « Et puis je me verrais pas...coter une consultation le lendemain d'avoir appelé quelqu'un pour le renseigner sur quelque chose (rires), c'est pas mon truc, mais peut-être qu'après il y en a qui le font, je ne sais pas. »

• **Une nouvelle alternative au partage de ses coordonnées personnelles ?**

Pour un des participants, l'essor de la téléconsultation permettait de satisfaire les demandes, en valorisant le travail fourni par le médecin. Il pouvait, dans ce sens, constituer une voie alternative au partage de ses coordonnées, pour répondre à des besoins similaires, en impliquant davantage le patient.

M2 : « Donc effectivement, la téléconsultation va permettre d'apporter des réponses un petit peu rapides, à des patients mais en les faisant participer. C'est à dire que là encore, on va peut-être pouvoir les faire évoluer eux sur la perception qu'ils ont de ce qu'on leur doit. Parce que dans cette relation, moi je suis quelqu'un qui aurait tendance à se faire un peu avoir au départ. Naturellement, je suis plutôt quelqu'un qui va se faire avoir. »

M2 : « et c'est vrai que l'arrivée de la téléconsultation, pour moi, dans la plupart des cas, ça va être il y a plus de raison de donner mon numéro de téléphone. »

IV. DISCUSSION

1) Forces et faiblesses de l'étude :

A) La méthode :

Notre objectif était d'approcher les déterminants d'un comportement et à en rechercher des justifications auprès de leurs acteurs. Ainsi, la méthode qualitative nous est apparue comme la plus appropriée pour répondre à cet objectif, dans la mesure où elle permet le recueil d'expériences singulières, et d'opinions subjectives. Longtemps opposée à la méthode quantitative, la méthode qualitative paraît plutôt en être complémentaire, et particulièrement adaptée pour explorer le champ de la relation médecin-patient.

Notre but n'était en aucun cas de répondre à la question « Faut-il partager ses coordonnées personnelles avec ses patients, en médecine générale ? »

En réalité, il s'agit à travers ce travail de « penser notre pratique », c'est à dire de produire du sens, d'interroger notre « agir » actuel, et peut-être de façonner celui de demain.

En effet, notre rôle de soignant est permis par le partage d'une même condition avec le patient, la condition humaine. C'est précisément cette condition qui octroie à chaque soignant la capacité de pouvoir « *sentir, donner son attention, comparer, juger, réfléchir, imaginer, raisonner, désirer, avoir des passions, espérer, craindre* ». C'est en ces termes que Condillac définit la pensée dans *La logique, ou les premiers développements de l'art de penser* (21)

Réciproquement, exercer cette pensée ne nous permet-il pas d'endosser véritablement notre rôle de soignant ? Rappelons que Descartes (22) déclare que le sujet pensant est celui dont l'existence ne peut être remise en doute : « *Je pense donc je suis* ». Par le fait de donner du sens à ses propres pratiques, et de prendre le temps de « penser », le soignant semble incarner toute sa dimension humaine. Ne peut-il ainsi pas mieux « prendre soin » de l'autre?

Notre objet d'étude questionne non seulement la nature des moyens de communication médecin-patient, mais également la portée de l'investissement personnel du médecin dans la relation avec son patient, dans un contexte de mise à disposition de nouveaux outils technologiques, ainsi que la difficulté de la différenciation des sphères privée et professionnelle pour les médecins généralistes. Cette différenciation est en effet bousculée par la possibilité donnée au patient, de joindre son médecin en dehors de ses heures d'exercice. C'est pourquoi nous discuterons nos résultats autour de ces trois piliers réflexifs, qui

paraissent donner à notre travail son originalité, en comparaison aux travaux déjà réalisés dans la littérature. De cette interrogation du « pourquoi » peut également émerger un faisceau de nouvelles attentes et besoins du côté soignant comme du soigné dont nous tenterons de faire l'ébauche.

Notre choix s'est porté sur les entretiens individuels, de façon à accorder un temps assez conséquent à chaque participant, et d'aborder nos axes d'entretiens de façon plus détaillée. Il s'agissait aussi de favoriser une expression plus libre des participants. En effet, les récits d'expériences vécues auraient sans doute été plus difficiles à recueillir si nous avions opté pour des entretiens en groupe.

Notre trame d'entretien avait été détaillée et soumise à la commission des thèses du département de médecine générale de la faculté d'Amiens. Nous nous sommes rendue par la suite à deux ateliers appelés respectivement « Thèse » et « Recherche qualitative », proposés par ce même département, afin d'y vérifier la pertinence de notre trame d'entretien, et de nous initier au codage à l'aide du Logiciel NVIVO. Notre démarche s'est également appuyée sur la lecture d'articles d'initiation à la méthode qualitative (23).

La plupart des entretiens ont été réalisés en face à face, dans les cabinets des médecins interrogés, ce qui permettait une confidentialité et un cadre serein au recueil de nos données. Cependant, du fait du contexte pandémique, nous avons respecté le choix de trois des participants, qui ont opté pour un échange à distance.

Nous avons prêté attention à maintenir une objectivité dans la réalisation du codage et l'analyse de nos résultats. Cependant, un biais d'interprétation est toujours possible. Nous avons procédé à une vérification de nos données par une deuxième investigatrice, dans le but d'exploiter au maximum le contenu, et de minimiser ce facteur de confusion. Toutefois, il n'est pas exclu qu'il existe une subjectivité dans le codage de nos données.

Malgré nos efforts pour nous former à la recherche qualitative, il est certain que notre faible expérience et notre jeune âge, ainsi que notre position de jeune médecin, ont pu influencer le déroulement des entretiens. Si nous garantissions une absence de jugement à nos participants, il est possible que certains médecins aient été freinés dans leurs réponses, ou aient omis de relater certains faits de peur d'être jugés par une future consœur.

Les coordonnées personnelles du médecin étaient définies dans notre travail par le numéro de téléphone portable personnel, ainsi que l'adresse mail personnelle du médecin.

Pourtant, ces modes de communication paraissent bien distincts, et pourraient ne pas répondre aux mêmes besoins d'échange. En effet, les échanges par courriers électroniques pourraient impliquer une nature moins urgente, et peut-être des sollicitations moins intrusives de la part des patients. De même, les échanges téléphoniques impliquent non seulement les appels, mais également des échanges de messages SMS. De ce fait, les motivations et les freins au partage auraient pu être explicités de façon dissociée dans notre travail. Cependant, le questionnement sur la responsabilité médicale de la lecture et de la réponse aux sollicitations par ces deux outils de communication, paraît de même importance quel que soit le moyen utilisé. Le médecin pouvant recevoir des sollicitations par ces deux moyens de communication sur son temps privé de la part de ses patients, fait le choix du partage en s'appuyant sur des motivations de même champ, comme il peut s'exposer à des dérives communes à ces deux modes de communication.

B) Les participants :

L'objectif de notre travail était de recueillir une diversité de points-de-vue, et non d'être représentatif. Toutefois, comparer les caractéristiques des médecins interrogés à la population étudiée nous permet de nous situer au sein de celle-ci.

Les médecins généralistes que nous avons interrogés étaient en moyenne âgés de 51,7 ans, soit un âge proche de la moyenne nationale au 1^{er} janvier de cette année (49,9 ans) (24). La moitié des médecins interrogés étaient des femmes, qui représentent en 2021 51,5% des généralistes français (24). En moyenne, les médecins interrogés avaient une patientèle moins importante (1184) que la moyenne des généralistes installés en France métropolitaine en 2019 qui s'élevait à 2043 patients (25).

Notons que la densité moyenne des médecins généralistes en région picarde au 1^{er} janvier 2021 est inférieure (116 pour 100000 habitants) à la moyenne nationale (140 pour 100000 habitants)(24). Nos résultats devraient donc être mis en perspective avec la possibilité d'une pratique différente dans d'autres régions, plus denses en médecins généralistes.

Parmi les médecins généralistes libéraux début 2019, 61% exerçaient en groupe (26), tandis que l'installation en groupe concernait 56 % de nos participants.

Parmi les 16 médecins interrogés, seuls 2 étaient installés en milieu urbain. Nous pourrions faire le postulat que le fait d'être installé en milieu urbain, avec à disposition davantage de ressources pour la prise en charge de situations urgentes (SOS médecin, service d'urgence...) pourrait constituer un argument de non communication de ses coordonnées, le médecin pensant alors que le patient devrait préférablement se tourner vers des structures proches et mieux adaptées. Cependant, dans une étude menée auprès de 36 médecins marseillais en 2020 (27), interrogeant leur opinion sur les conseils et les consultations téléphoniques en médecine générale, 86,8% des médecins interrogés donnaient un numéro de téléphone direct pour les joindre à certains de leurs patients. Ce numéro était leur numéro de téléphone personnel pour 13 médecins (34.21) %, il s'agissait d'un numéro mobile professionnel pour 13 médecins (34.21) % et 12 médecins (31.58%) n'étaient joignables que sur le numéro du cabinet. Concernant les autres modes de communication, 14 médecins (37,84%) déclaraient communiquer également par SMS, 15 médecins (40,54%) utilisaient aussi les mails. Ainsi, cette étude menée en zone urbaine ne paraît pas montrer que le partage est anecdotique en milieu urbain. Nous pourrions supposer que l'importance de la patientèle en zone urbaine est statistiquement moindre qu'en milieu rural, permettant aux médecins de ces zones de se rendre plus disponibles pour leurs patients.

Venant conforter cette idée, une étude menée auprès de médecins suisses publiée en 2016 (28), interrogeant l'utilisation du mail, du téléphone portable et des SMS entre les médecins généralistes et les patients, retrouvait que 74% des médecins interrogés avaient déjà été amenés à donner leur numéro de téléphone portable à leurs patients, et 72% avaient donné leur adresse mail à certains de leurs patients. Dans cette étude, 76,5% des médecins interrogés étaient installés en milieu urbain.

Finalement, bien que nous ayons interrogé plus de médecins installés en secteur rural ou semi rural, il n'est pas certain que cela puisse constituer un biais majeur. En effet, les motivations avancées dans notre travail dépassent le cadre du conseil et de l'urgence. Plusieurs autres arguments concernant les avantages relationnels (proximité, réassurance, dévouement) paraissent peser dans la décision du partage de ses coordonnées, de façon indifférente quel que soit le milieu d'exercice.

Nous avons fait le choix d'interroger un médecin remplaçant. Il se pourrait que son opinion sur le sujet puisse enrichir le travail, tandis que tous les autres participants étaient installés. Dans la mesure où les conditions d'exercice influencent le lien entretenu avec les

patients, l'opinion de ce remplaçant sur le sujet permet peut être d'aborder la question du partage d'une façon singulière. Toutefois, ce choix d'inclusion est discutable.

Il est vrai que nous pourrions prétendre à un biais de sélection, en formulant l'hypothèse selon laquelle les médecins qui ne partagent jamais leurs coordonnées personnelles n'auraient pas participé à cette étude, par manque d'intérêt. Cependant, les participants ont également montré, pendant les entretiens, un regard critique sur leur pratique passée, et pour certains souligné que leurs agissements avaient changé : *M13* : « *Quand je me suis installée il y avait même mon numéro de portable sur mes ordonnances, euh...voilà, et puis maintenant je ne le fais plus jamais jamais jamais.* ». Ceci nous amène à penser que parmi les médecins interrogés, les freins et les motivations ont pu être explicités avec la même importance. De plus, l'analyse des enjeux multiples qui découlent de cette pratique ne saurait se résumer à une catégorisation binaire (positifs/négatifs). Par conséquent, nous pouvons imaginer que les médecins sollicités qui ont choisi de participer à ce travail, se sont positionnés indifféremment de leurs pratiques habituelles de communication avec leurs patients.

2) Discussion de nos résultats

A) Le don de sa propre personne dans la perspective d'un marché de la santé

L'autonomisation du patient promue par **La Loi du 4 mars 2002** (29) (loi Kouchner) consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le **droit** du patient d'être informé sur son état de santé.

Par cette loi, le patient se découvre une fonction active, et s'émancipe. Parallèlement, le colloque singulier se voit bousculé par cette prise de fonction du patient. Le médecin, lui, pourrait être vu comme une « instance de savoir parmi d'autres » (30). Cette « démocratie sanitaire » résulterait notamment d'un important mouvement de mobilisation des malades au tournant des années 1980-1990, pendant laquelle la pandémie du sida aurait joué un rôle important. Avec elle, les associations de malades contestent le paternalisme médical et revendiquent un nécessaire rééquilibrage de la relation de soins au profit des patients.

Pour Batifoulier, Domin, et Gadreau (30), cette émancipation du patient a été une condition nécessaire à la construction d'un marché de la santé dont le fonctionnement est permis par la reconnaissance de droits pour chaque partie prenante.

Mettons ceci en perspective avec une définition possible du consumérisme, reliée à l'étymologie anglaise « *consumer* », qui signifie « consommateur ». Ce terme renvoie à l'action concertée de consommateurs dans le but de défendre leurs intérêts face aux entreprises.

L'abord de la santé comme un bien de consommation pourrait être en discordance avec les compétences, notamment humaines, attendues du généraliste. Une telle tendance à l'opposition de valeurs a pu être ébauchée dans nos travaux.

Pourtant, la vision « économiste » de la santé n'est pas nouvelle. Plusieurs auteurs français font d'ailleurs le postulat de l'évidence d'un consumérisme en santé, dont certains avant la promulgation de la loi de 2002.

Déjà en 1996, Nadine Fraselle constate : « De malade docile, le patient est devenu consommateur-objet. ». Elle avance la notion de la « médicalisation de la santé » par laquelle la médecine est dorénavant sollicitée non plus seulement pour guérir mais aussi pour « la promotion du bien-être et du plaisir individuel », les soins étant perçus comme des « biens et services de consommation » (31)

En 2005, Marie-Georges Fayn soumet l'existence de ce phénomène depuis les années soixante-dix aux Etats-Unis, et quatre-vingt-dix en France. Elle affirme dès les premières lignes de son travail que « les usagers se sont mués en consommateurs ». D'après ces écrits, la principale illustration serait l'arrivée des classements des établissements de santé, ce que l'on appelle les « palmarès hospitaliers » sur la base de l'idée selon laquelle « consommer c'est comparer ». Elle observe alors que « cette "santé"-là s'éloigne de la notion de bien collectif pour passer dans la catégorie des marchandises et des privilèges de classe. » concluant que « la belle santé [est] un produit marketing ». (32)

Jean Baudrillard, choisit de démontrer ce phénomène, par le prisme de la société de consommation. Notons que ses travaux datent d'il y a 50 ans, et qu'il serait intéressant de les remettre en perspective face au développement de la téléconsultation. Il estime, contrairement à ce que l'on pourrait penser, que la médecine n'est pas désacralisée. Si la relation médecin-patient est en mutation, et que le paternalisme est dévolu, le patient attribuerait toujours un

caractère sacré à l'art médical. Il définit le corps comme « *un bien de prestige* », et la demande de soins comme une « *demande compulsive liée à l'investissement narcissique du corps/objet* ». Cela voudrait signifier que la santé ne serait plus « *un impératif biologique lié à la survie* » mais un « *impératif social lié au statut* ». Il définit ainsi le corps comme étant « *le plus bel objet de consommation* ». (33)

Ces schémas pourraient forcer le médecin à se complaire dans une fonction de technicien en santé, alors que ses compétences relationnelles façonnent sa pratique, et profitent indiscutablement à ses patients : M12 : « *mais je pense que quand on a ce relationnel là avec les gens, c'est quelque part c'est le plus beau métier du monde, parce que... t'as vraiment l'impression de leur apporter quelque chose, au-delà de... d'une ordonnance* ».

Le partage de ses coordonnées personnelles avec ses patients, paraît renforcer les missions de conseil, d'écoute, de réassurance, qui caractérisent une part considérable de l'exercice, et de son humanité. Dans l'étude marseillaise précitée (27), les médecins généralistes exerçant en zone urbaine étaient notamment interrogés sur leur opinion concernant les conseils donnés par téléphone à leurs patients. Dans ces travaux, plus de la moitié des médecins interrogés considéraient que le conseil téléphonique faisait partie intégrante de la pratique en médecine générale.

L'auteur estimait que les conseils téléphoniques dispensés pourraient faire l'objet à l'avenir de téléconsultations. Cette hypothèse se formule naturellement au regard de l'incitation à la téléconsultation pendant la pandémie Covid 19, ainsi que l'assouplissement des règles de la téléconsultation en avril 2020(34), permettant la pratique et le remboursement de la consultation téléphonique pour certaines catégories de patients (plus de 70 ans, en ALD, zone blanche, patients Covid, femmes enceintes).

Cependant, dans cette même étude, si 63% d'entre eux considéraient que cette activité était chronophage, leur opinion concernant la nécessité de développer la télémédecine était très partagée : 13,2% n'étaient pas du tout d'accord, 26,3 étaient plutôt en désaccord, 16% étaient plutôt d'accord, 16% étaient tout à fait d'accord, et 29% n'avaient pas d'avis.

Si la perception par les médecins généralistes de la télémédecine paraît nuancée, notre réflexion s'articule sur la valeur marchande donnée à l'application des compétences relationnelles du médecin. Notre étude semble montrer que le savoir « être » du généraliste, et le don de sa propre personne qu'il implique, peuvent s'exprimer au travers d'un appel téléphonique ou d'un échange de mails, de la même façon qu'au décours d'une consultation

physique. Nos considérations précédentes concernant la vision consumériste de la santé nous interrogent : comment donner à cet incommensurable, une valeur sur le marché de la santé ?

Dans notre travail, le poids de la décision du partage semblait parfois lourd à porter, dans la mesure où les attentes des patients paraissent croître avec l'investissement du médecin : M6 : *« j'en suis à plus de trente ans d'exercice, et tu te dis...t'as fait plein de choses et plus t'en fais, plus ils en veulent, quoi... »*. C'est peut-être par le prisme d'un patient consommateur, que nous pourrions aborder cette double problématique :

- Face à un patient qui s'engouffre dans une certaine frénésie de demandes qui caractérise son statut de consommateur, comment peser la juste mesure du don de soi-même en médecine générale ?
- L'investissement personnel du médecin dans la relation peut-il se voir attribuer une valeur marchande ?

Cet exercice de la juste mesure, qui permet de se prémunir des risques d'une trop grande implication personnelle, peut se définir comme une compétence à acquérir au sein de la formation. Bien qu'elle résonne particulièrement dans le cadre de la pratique en médecine générale, elle s'applique sans doute à toutes les autres spécialités.

Si cette aptitude peut s'appréhender au cours des années de Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S.), elle semble plutôt s'acquérir au fur et à mesure des années d'exercice, au gré des expériences vécues, soulevant l'hypothèse d'une pratique ponctuée par la remise en cause de son positionnement face au patient, comme du dosage du don de soi dans la pratique. M2 : *« donc il a fallu que je travaille sur moi (rires) comme on dit avec élégance, pour apprendre à dire non, apprendre à formaliser le non, c'est des choses qui n'étaient pas spontanées chez moi. Aujourd'hui, ce que j'ai bien compris finalement, c'est que l'autre prend ce que je lui donne. Donc il faut que je mesure moi ce que je suis prête à donner, pour lui expliquer comment et pourquoi je lui donne. »*. Il est intéressant de souligner par ces termes combien la dimension explicative, pour ne pas dire éducative, impliquant un réel savoir communicationnel de la part du médecin participe à la qualité du lien relationnel médecin-patient, et à la meilleure conciliation du « juste don » que décidera le médecin de faire de sa propre personne.

B) La bonne distance soignant-soigné

L'idée même de l'existence d'une distance idéale sous-tend l'hypothèse d'une mauvaise distance qui pourrait s'appréhender à deux extrémités :

- La trop longue distance, qui se ferait obstacle à une approche holistique du patient ainsi qu'à l'utilisation de la relation à des fins thérapeutiques, telle définie par Balint dans notre introduction. Cette idée est mise en valeur dans nos travaux : *M12 « les gens n'ont pas l'impression d'être un numéro, quoi... autant je trouve l'hôpital aujourd'hui c'est déshumanisé, que nous notre rôle en tout cas en médecine générale, ben c'est ce côté de proximité, et... d'humain, de... de rassurer les gens, je pense que la part du psychosomatique elle est assez importante, quoi. »*
- La trop petite distance, qui pourrait engendrer une perte d'objectivité, voire une perversion de la relation médecin patient *E9 : « on peut pas être très objectif quand on est trop proche de ses patients, [...] pour moi ça biaise les choses, voilà »*

La plupart des situations qui motivent le partage des coordonnées personnelles avec les patients en médecine générale, telles que les maladies graves, les cancers, la fin de vie, ou le suivi à domicile, sous-tendent une relation de confiance soignant-soigné.

L'homme soignant est capable d'empathie, terme qui renvoie étymologiquement à la capacité de ressentir la douleur, la souffrance, ou, plus généralement, tout autre sentiment éprouvé par autrui. C'est ainsi que par le partage d'une même condition (humaine) avec son patient, le soignant peut comprendre le soigné, et utiliser un arsenal non seulement biomédical mais également psycho-social pour appréhender son patient d'une façon globale.

Louis Velluet (35) explique comment la distance soignant-soigné n'a de cesse d'être remise en question en médecine générale « *tout médecin [généraliste] doit savoir que, pénétrant dans cet espace [le milieu de vie habituel des patients], il sera nécessairement plongé dans un bain d'inconscient et qu'il éprouvera de grandes difficultés à mettre entre lui et ses patients un écran protecteur comme il est généralement recommandé de le faire dans les pratiques spécialisées, notamment hospitalières. Il n'aura comme alternative que l'adaptation ou le retrait. Il lui faudra soit découvrir peu à peu sa manière personnelle d'être, à la fois proche des patients et pour chacun d'entre eux à distance – cette distance spécifique qui garantit un regard objectif –, soit exercer selon le mode stéréotypé auquel il s'est*

conformé au cours de ses études. C'est dans le premier cas seulement qu'il sera susceptible de devenir ce praticien généraliste en phase avec la fonction qui l'attend. »

Cette « découverte de sa manière d'être » est qualifiée de « personnelle ». Ainsi, peut-être pouvons-nous admettre qu'il existe autant de « bonnes distances » que de soignants. La remise en cause de cette distance propre à chacun pourrait sans doute définir une des aptitudes spécifiques à l'exercice de la médecine générale.

Freud nous donne les outils psychanalytiques pour mieux comprendre les enjeux de l'implication émotionnelle. Ceux-ci sont d'ailleurs précisés par la Société Française de Médecine Générale (SFMG)(36) : il s'agit du transfert et du contre-transfert.

- Le transfert renvoie à « l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes ressenties par le patient à l'égard de son médecin, qui correspondent au report des sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait dès l'enfance et de manière latente pour une autre personne ». Ainsi, Le patient investit celui qu'il choisit comme soignant d'un pouvoir et d'un savoir qu'il lui suppose.
- En réponse, le soignant met en œuvre un contre-transfert.

Joseph Trouzel écrit « *Ce n'est pas [un soignant] seul qui engage une relation. Une relation d'amour ou de haine, ça se fait à deux. C'est un nouage entre deux êtres [...] Ce nouage s'appelle transfert. Ce transfert il faut le transformer pour l'épurer, transformer le plomb en or de création. Sinon ce qui se transfère à l'endroit de la personne du [soignant] et qu'il supporte se met à lui peser, à l'encombrer. On dit dans ce moment-là que l'autre nous bouffe. Mais c'est bien parce qu'on s'est laissé bouffer.* »(37)

La bonne distance soignant-soigné permet non seulement l'utilisation de ses compétences biomédicales, mais également la compréhension de l'individu, dans sa subjectivité. Ces deux éléments paraissent nécessaires pour « soigner l'autre ». « Comment se complaire d'un diagnostic brillant si le médecin est dans l'incapacité de pouvoir s'ouvrir à la souffrance de son patient contraint au silence ? Qu'est-ce qui définit le soin ou la capacité d'un être à soigner son prochain ? » Balint l'évoque en ces termes : « *Lorsqu'un médecin examine les réflexes oculaires ou le cœur de son patient, il sait que l'examen est sans grand danger, mais il se sent beaucoup moins sûr lorsqu'il est appelé à pénétrer dans les détails intimes des relations entre un mari et une femme, ou dans tout autre problème « psychologique ». Sa méfiance a de nombreuses raisons d'être. L'une d'elles est le manque de compétence. Comme*

on l'a très souvent souligné, la formation médicale n'offre pas au futur médecin une expérience de formation suffisante dans ce domaine, bien que cette compétence lui soit nécessaire pour traiter au moins un quart de ses patients, sinon davantage. » (1)

Le questionnement sur la bonne distance n'est pas une réflexion spécifique à la médecine générale, mais son ancrage semble particulier dans cette spécialité, qui a au cœur de ses fondements l'approche holistique du patient.

Le développement de formations sur la relation médecin patient pourrait être une réponse à cette lacune évoquée par Balint. Notons que ce sujet est abordé au cours des études de D.E.S. en médecine générale.

C) L'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle

Si chacun des médecins interrogés avait été concerné à plusieurs reprises par le partage de ses coordonnées, plusieurs participants ont précisé qu'ils avaient révisé leur attitude concernant ce partage.

Si nous voulons partager un peu de nous-même avec les patients, l'abord des motivations et des freins au partage de ses coordonnées personnelles laisse percevoir combien la limite est floue, et individuelle, entre une saine ouverture aux autres, et le risque du non-respect des limites. Il s'agit également de faire face au stress de la pratique, ainsi que de préserver un certain équilibre permettant justement la santé émotionnelle. Il en va de la qualité des soins prodigués au patient, mais également de la santé des médecins eux-mêmes.

Il est certain que la proximité et les compétences relationnelles, communicationnelles façonnent la pratique de la médecine générale. D'ailleurs, certains des praticiens interrogés puisaient le sens de leur pratique dans ce lien robuste qui s'était tissé au fil des années avec leurs patients, paraissant parfois dépasser la relation de soin, détaillant parfois comment, habitués à donner, ils s'étaient surpris à recevoir.

La notion de don n'est pas étrangère à la médecine, puisque nous parlons couramment de « don d'organes ou de don du sang », comme si le vital échappait à toute dimension mercantile. Les références du don renvoient peut-être encore à des dimensions sacrificielles et chrétiennes.

Alors que certains des praticiens que nous avons interrogés ont paru référer à un certain sacerdoce de la pratique, nos résultats tendent à montrer que la recherche d'un équilibre entre la vie privée et professionnelle est réelle. P. Doussot « Nous ne rejetons pas l'histoire, mais nous refusons la dimension de renoncement personnel liée à cette histoire riche de bénévolat et de générosité ». (38)

Les risques éventuels des « débordements » sur la sphère privée étaient décrits par les participants comme source de « stress », de « surmenage ». En 2007, Galam avait analysé les réponses de 2243 médecins à qui il a notamment été demandé d'énoncer des causes et des solutions à l'épuisement professionnel (39). La vie privée trop parasitée par le travail est citée comme une cause d'épuisement par 77,3% de l'échantillon.

La « transition générationnelle qui semble s'opérer dans la filière » et la féminisation du métier de généraliste, paraissent contribuer à la rupture actuelle avec cette vision sacerdotale de la pratique. Ce constat a été également établi dans la conclusion d'une étude portant sur le retentissement de la profession de médecin généraliste libéral sur la vie de son conjoint en 2017 (40). Dans cette étude qualitative, le discours des participants confirmait « la dissolution progressive du modèle classique de la profession impliquant un dévouement total et une disponibilité permanente du médecin. » Les « nouveaux médecins » privilégiaient leur qualité de vie.

Face à l'hypothèse selon laquelle les médecins de demain seraient plus attachés à une préservation de leur vie personnelle, et donc peut-être moins enclins à partager leurs coordonnées personnelles, un des médecins a tenu à préciser que le système de l'exercice à mi-temps impliquait un impératif du partage de ses coordonnées personnelles. Cette remarque placée dans la perspective d'un développement potentiel de la téléconsultation à l'avenir, nous fait nous interroger sur ce que seront les tendances comportementales des futurs médecins installés : le partage de ses coordonnées personnelles avec ses patients ne serait finalement pas l'apanage d'un lien médecin-patient vieillissant, au sein duquel le médecin remplirait sa mission sacerdotale, mais comme une façon de « rendre service », dans un souci d'économie de temps, au sein d'une profession féminisée et plus connectée, et face à des « patients devenus consommateurs », en quête d'immédiateté. Ces considérations sont peut-être l'ébauche d'un nouveau modèle dans lequel nous allons (devons ?) nous inscrire. Il semble qu'il nous faille malgré tout cesser de l'interroger, particulièrement sur le plan déontologique.

Ainsi, la capacité de partager un peu de soi avec ses patients, est un aspect important de la relation patient-médecin. Quand bien-même : ne devrions-nous pas l'utiliser avec la même compétence que celle avec laquelle nous utilisons nos autres habiletés, telles que le raisonnement clinique ou les compétences techniques ? Comment acquérir cette compétence en pratique ?

V. CONCLUSION

Notre objectif était de mettre en lumière les motivations et les freins au partage de ses coordonnées personnelles avec ses patients en médecine générale, ainsi que d'en définir les enjeux pour la pratique. Motivations et freins répondent à des problématiques d'ordres organisationnel et relationnel.

Sur le plan organisationnel, tandis que la réponse aux sollicitations des patients est perçue comme chronophage et source de désorganisation de la pratique, elle permettrait paradoxalement une meilleure coordination des soins sous certaines conditions d'utilisation. La possibilité laissée aux patients de joindre le médecin en dehors des heures de présence au cabinet, et donc de « travail », peut induire des débordements largement anticipés.

Sur le plan relationnel, partager ses coordonnées avec ses patients ressort comme un moyen pour les médecins d'incarner les valeurs humaines caractérisant la pratique de la médecine générale, parmi lesquelles la réassurance, le souci de la proximité, de l'accompagnement dans des moments de vie difficiles. Cependant, l'importance du respect d'une distance juste entre le médecin et son patient paraît une préoccupation majeure.

Les enjeux que sous-tend cette pratique en médecine générale intéressent particulièrement la relation entre le médecin et son patient :

Du côté du médecin, la mesure de l'investissement personnel dans une relation à la dimension soignante est questionnée, mêlant des enjeux professionnels (retentissements directs sur la relation avec son patient) et personnels (qualité de vie du médecin). Peser le don de soi-même, questionne le médecin en tant que personne, et le pousse à une introspection concernant ses propres attentes dans sa pratique.

La nécessité d'une juste limite entre la vie privée et professionnelle est pertinemment soulignée dans nos travaux. Le discernement nécessaire à cette bonne gestion paraissant s'acquérir avec l'expérience, il s'agirait d'une priorité chez les jeunes installés.

Le contexte pandémique ayant certainement porté l'essor de la téléconsultation, nos travaux se sont déroulés sur un fond de bouleversements qui ont peut-être orienté le questionnement de la déontologie des pratiques, face à l'essor de moyens matériels se faisant « service » de l'exercice de la médecine générale. Les généralistes ont semblé défendre la

« valeur ajoutée » de leur pratique holistique, valeur qualitative et non normative. La création d'une cotation de l'acte de téléconsultation a peut-être influencé l'abord de cette pratique par les médecins, alors même qu'elle lui est antérieure.

L'échange téléphonique par téléphone, SMS, ou courriers électroniques entre le patient et son médecin, participent à la relation, et permet certainement de l'enrichir, sous conditions d'un respect et d'une confiance mutuelle. Ces temps d'échange ont des conséquences qui peuvent être bénéfiques, et s'inscrire dans le « soin » au sens holistique du terme. Ces échanges sont bien antérieurs au développement de la téléconsultation, et paraissent en ce sens répondre à un besoin authentifié, sur les plans organisationnel comme relationnel dans la pratique. Ils engagent également la responsabilité du médecin qui doit évaluer justement les sollicitations diverses qu'il reçoit. Comment apporter une réponse pratique à ces considérations de terrain, si ce n'est, en tout premier lieu, de sensibiliser les futurs médecins à ce sujet ?

La pratique de la téléconsultation en médecine générale serait-elle une sérieuse proposition de substitution à ces échanges informels ?

Peut-être pouvons-nous y réfléchir en questionnant les attentes mutuelles des deux protagonistes du colloque singulier ?

D'une part, dans la perspective d'un essor de la téléconsultation dans les années à venir, quelles seront les nouvelles attentes du patient autonomisé ? Se positionnera-t-il en consommateur, et recherchera-t-il des réponses, consultations, avis toujours plus rapides, en comparant les offres, au prix d'une prise en charge certainement moins personnelle, face à des interlocuteurs moins familiers ? Au contraire, les valeurs humaines attendues du praticien se feront-elles critère principal dans la recherche de soin ?

D'autre part, les circonstances de partage dans nos travaux paraissent, pour certaines, se prêter difficilement à la téléconsultation, notamment concernant la fin de vie. Penser en termes de « prestations » des temps d'échanges relationnels aux fonctions d'écoute, de réassurance, ou de conseils, amène un questionnement déontologique en ce qui concerne « l'acte » en médecine générale. Alors que nous savons que ces temps sont essentiels à l'alliance thérapeutique et au « prendre soin », la nature même de leur contenu, subjective et interpersonnelle, semble échapper à toute grille tarifaire, alors que ce « lien précieux » fait partie intégrante de notre pratique.

Finalemment, une certaine transition démographique paraît en marche en médecine générale. Face à l'essor de nouveaux outils communicationnels utilisables en tout temps et lieux, la jeune génération semble défendre la nécessité d'un juste équilibre entre le travail et la vie privée. Cela dessine-t-il la perspective d'un droit à la déconnexion pour la profession ? Cette juste appréciation semblerait devoir faire l'objet d'un calcul difficile, face à la quête de l'immédiateté émanant des patients, et des nouveaux outils technologiques qu'il nous faudra appréhender.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. 3e édition. Paris: Payot; 2003. 418 p.
2. Galenus, Daremberg CV. Oeuvres Anatomiques, Physiologiques Et Medicales, Volume 2... Nabu Press; 2014. 800 p.
3. Nicaise E. Chirurgie de maître Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel, roi de France [Internet]. Felix Alcan. 1893. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark%3A/12148/bpt6k288444.pdf>
4. Documenter l'histoire de la santé et de la médecine au siècle des Lumières. Les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797) [Internet]. CHUV. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.chuv.ch/fr/ihm/ihm-home/activites-editoriales/bhms-catalogue/documenter-lhistoire-de-la-sante-et-de-la-medecine-au-siecle-des-lumieres>
5. URPS Ile de France Médecins libéraux. Les médecins généralistes passent plus de 7h00 au téléphone par semaine pour leurs patients Enquête URPS médecins Ile-de-France [Internet]. 2012 [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/CP_120405.pdf
6. Amalberti R. Les pièges de la consultation par téléphone...portable. Concours Méd. févr 2012;(Tome 134, n°2):128-9.
7. Hoibian S, Berhuet S, Bléhaut M, Brice-Mansencal L, Croutte P, Millot C, et al. Baromètre du numérique. Enquête sur la diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/rapport-barometre-numerique-edition-2021.pdf
8. Hewitt H, Gafaranga J, McKinstry B. Comparison of face-to-face and telephone consultations in primary care: qualitative analysis. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. mai 2010;60(574):e201-212.
9. Hildebrandt D, Westfall J, Fernald D, Pace W. Harm Resulting from Inappropriate Telephone Triage in Primary Care. J Am Board Fam Med JABFM. 1 sept 2006;19:437-42.
10. Article R6316-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934375
11. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
12. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les

- personnes exposées au covid-19 - Légifrance [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041704122/>
13. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. 2011.
 14. Gicquel J-P, Kahn-Bensaude I, Le Douarin B, Lucas J, Rossant-Lumbroso J, Stefani F. Déontologie médicale sur le Web. Livre blanc du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2011. 48 p.
 15. Article R4127-53 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042795663
 16. Article R4127-9 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912870
 17. Article 223-6 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588/
 18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Commentaires du code de déontologie médicale. 2018.
 19. En Nador Guengouche S. La Responsabilité médicale du médecin généraliste face à l'appel téléphonique : à propos d'une étude prospective de 69 médecins dans le département de Meurthe-et-Moselle. [Thèse d'exercice]. [France]: Henri Poincaré Nancy 1; 2004.
 20. Article 1241 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032041565
 21. Condillac ÉB de (1714-1780) A du texte. La logique, ou Les premiers développements de l'art de penser : ouvrage élémentaire... / par M. l'abbé de Condillac [Internet]. 1780 [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k80138k>
 22. Descartes R. Discours de la méthode. Flammarion. 2000. 185 p.
 23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
 24. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
 25. Assurance maladie. Patientèle des médecins libéraux Actifs à Part Entière (APE) par région en 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/patientele-medecins-liberaux-ape-region-2019>
 26. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. 2019 mai. Report No.: 1114. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/er1114.pdf>

27. Ameur RH. Les conseils et les consultations téléphoniques en médecine générale : pratique et opinion des médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille; 2020 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02969252>
28. Dash J, Haller DM, Sommer J, Junod Perron N. Use of email, cell phone and text message between patients and primary-care physicians: cross-sectional study in a French-speaking part of Switzerland. *BMC Health Serv Res.* 5 oct 2016;16(1):549.
29. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
30. Batifoulier P, Domin J-P, Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Rev Française Socio-Econ.* 15 avr 2008;n° 1(1):27-46.
31. Fraselle N. Du patient au consommateur de construction d'un combat social. Louvain-la-Neuve: Editions Academia; 1996. 228 p.
32. Fayn M-G. La société du soin : Les nouvelles attentes du consommateur. Paris: Editions Frison-Roche; 2005. 260 p.
33. Baudrillard J, Mayer J-P. La société de consommation. Paris: Gallimard; 1996. 318 p.
34. La téléconsultation [Internet]. Ameli.fr. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/oise/assure/remboursements/rembourse/telemedecine/teleconsultation>
35. Velluet L. Le médecin, un psy qui s'ignore [Internet]. L'harmattan. 2005 [cité 28 sept 2021]. 272 p. (Psychanalyse et Civilisations). Disponible sur: https://www.editions-harmattan.fr/index_harmattan.asp?navig=catalogue&obj=livre&razSqlClone=1&no=20372
36. Kandel O, Bousquet M, Chouilly J. Manuel Théorique. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. GMSanté édition. 2015. 206 p.
37. Tregouet S. La relation, impensable dans le soin ? *VST - Vie Soc Trait.* 1 mai 2006;no 89(1):144-7.
38. Thiébaud Y, Doussot P. Du soin à la personne. Démarche et dossier de soins réflexion et pratique [Internet]. INFIPP. 1994 [cité 28 sept 2021]. 312 p. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/du-soin-a-la-personne-9782950893802.html>
39. Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyse et perspectives. [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/presse/DP_070621.pdf
40. Michel C. Le retentissement de la profession de médecin généraliste libéral sur la vie de son conjoint : étude qualitative auprès de conjoints de médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Picardie Jules Verne; 2017 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01926917>

VII. ANNEXES

1) Annexe 1 : Réponse du CNOM



Madame Lucie DEFOOR

Docteur François SIMON
Président de la section Exercice Professionnel

Paris, le 27 septembre 2021

CNOM/2021/09/09-105
(à rappeler dans toutes correspondances)
Section Exercice Professionnel
FS/IJAME/EP
Courriel : exercice-professionnel.cn@ordre.medecin.fr
Tél : 01 53 89 33 32 / 32 85 / 59

Objet : Télémédecine - Fonctionnement du cabinet médical

Madame,

Nous avons bien reçu, le 9 septembre 2021, votre courrier faisant part du sujet votre thèse de médecine générale " *Partage de ses coordonnées personnelles avec ses patients en médecine générale : motivations, freins et enjeux pour la pratique. Etude qualitative auprès de 16 médecins généralistes picards.* "

Vous nous interrogez sur la pertinence du document ordinal : " Déontologie médicale sur le web », 10 ans après sa publication.

Votre intérêt porte plus spécifiquement sur le chapitre V consacré à la place du courrier électronique et du téléphone dans la communication entre le médecin traitant et son patient.

Nous vous confirmons que ce document devra faire l'objet d'une actualisation à l'issue de différents travaux en cours :

- les pouvoirs publics travaillent actuellement à la mise en place d'un espace santé destiné aux patients. Dans ce cadre, une messagerie sécurisée de santé permettra aux professionnels de santé d'adresser à leurs patients les documents de santé les concernant en toute confidentialité ;
- les modalités de prise en charge et de rémunération des consultations réalisées en visio ou par téléphone peuvent en outre faire l'objet de dispositions conventionnelles particulières à venir.

Il ne nous est pas possible de vous apporter plus de précisions ce sujet.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Docteur François SIMON
Président de la section Exercice Professionnel

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique.

4, rue Léon Jost – 75855 Paris Cedex 17
Tél. 01.53.89.32.00
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

2) Annexe 2: Script d'entretien initial

Script d'entretien

1) **Présentation de l'investigatrice et de l'étude**

- a. Présentation personnelle
- b. Choix du sujet, objectifs
- c. Principes d'enregistrement, d'anonymisation
- d. Questions éventuelles du médecin

2) **Recueil de données quantitatives afin de caractériser l'échantillon**

- a. Age, sexe, caractéristiques de l'exercice, importance de la patientèle

3) **Entretien**

- a. Nous avons constaté que certains médecins communiquaient à leurs patients leurs coordonnées personnelles (numéro de téléphone portable adresse mail). Qu'en-est-t-il concernant votre pratique ?
- b. Dans quelles circonstances êtes-vous parfois amené à communiquer vos coordonnées personnelles ?/ Pour quelles raisons ne le faites-vous jamais ?
 - Quels profils de patients ? quels motifs ?
 - Quelles craintes pouvez- vous avoir en le faisant ?
 - Y-a-t-il des patients qui vous l'ont demandé pour lesquels vous avez refusé ? Si oui, pourquoi ?
- c. En général, par quel moyen (SMS, appel, mail) et à quelle fréquence êtes-vous sollicité, quels sont les motifs des appels ou des messages ?
- d. D'après vous, quelles sont les bénéfices attendus pour vous et pour le patient ?
- e. D'après vous, quels sont les risques de cette pratique ? Avez-vous des expériences à partager ?
 - Vous est-il arrivé de regretter ce partage de coordonnées personnelles ? Si oui, comment ?
- f. Comment envisagez-vous votre engagement en termes de responsabilité médicale, dans cette pratique ?
- g. Votre pratique a-t-elle changé pendant vos années d'exercice, si oui, de quelle façon ?
- h. Comment distinguez-vous cette pratique de la téléconsultation ou du télé conseil ?

PARTAGE DE SES COORDONNEES PERSONNELLES AVEC SES PATIENTS EN MEDECINE GENERALE : MOTIVATIONS, FREINS, ET ENJEUX POUR LA PRATIQUE

Etude qualitative auprès de 16 médecins généralistes

Introduction: L'objectif de notre travail était de cerner les motivations et les freins au partage de ses coordonnées personnelles (téléphone portable et courriel) avec ses patients en médecine générale, et de définir les enjeux qu'implique cette pratique. **Matériel et méthodes:** Nous avons mené une étude qualitative en procédant à des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en Picardie. **Résultats:** Seize médecins généralistes ont été interrogés. Les participants ont souligné l'importance d'une sélection précautionneuse des patients avec qui ils partageaient leurs coordonnées. Si ce choix pouvait être perçu comme chronophage et source de désorganisation dans la pratique, il paraissait aussi permettre une meilleure coordination des soins, ainsi que l'incarnation de valeurs fondamentales de la pratique : proximité, réassurance, conseil, écoute. **Discussion:** Les valeurs humaines qui caractérisent la pratique de la médecine générale semblaient ancrer la décision du partage. Pourtant, les débordements éventuels de certains patients, ainsi que la valeur marchande donnée au soin en général, interrogent le sens de cette pratique. Evaluer la distance soignant-soigné propice à une relation de confiance, ainsi que le juste équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, seraient des compétences permises par l'expérience. **Conclusion :** La démarche décisionnelle de partager ses coordonnées paraissait propre à chaque médecin, questionnant le sens de la relation qu'il entretient avec ses patients, et la déontologie de sa pratique.

Mots clés : médecine générale, vie privée, téléconsultation, relation médecin-patient, téléphone portable, mail.

SHARING PERSONAL COORDINATES WITH PATIENTS IN GENERAL PRACTICE: MOTIVATIONS, RESTRAINTS AND ISSUES FOR PRACTICE

Qualitative study with 16 practitioners

Objective: The aim was to identify the motivations and obstacles in sharing their personal phone numbers or mail addresses with their patients in family practices, and to define the issues surrounding this practice. **Methods:** We carried out a qualitative study by conducting semi-directed individual interviews with general practitioners in Picardie. **Results:** Sixteen interviews were conducted. Participants stressed the importance of careful selection of patients to whom they shared their contact information with. While this choice could be perceived as time-consuming and a source of disorganization in practice, it also seemed to allow better coordination of care, as well as the incarnation of fundamental values of the practice: proximity, reassurance, advice, listening. **Conclusion:** The human values that characterize the practice of general medicine seemed to set up the decision to share. However, the possible excesses of certain patients, as well as the market value given to care in general, question the meaning of this practice. Discerning the distance between carer and caregiver conducive to a relationship of trust, as well as the right balance between professional and personal life, would be skills allowed by experience. The sharing decision-making process seemed specific to each doctor, questioning the meaning of the relationship they has with their patients, and the ethics of their practice.

Keywords: general medicine, private life, teleconsultation, doctor-patient relationship, cell phone, email.