

# Relation soignant-soigné et téléconsultation

Cécile Zimmermann<sup>1,2</sup>, Jérôme Combes<sup>1,2</sup>, Emma Gillard<sup>2</sup>

Disponible sur internet le :

1. CHU de Besançon, hôpital Jean-Minjoz, service d'endocrinologie-métabolisme et diabétologie-nutrition, Besançon, France
2. CHU de Besançon, unité transversale pour l'éducation du patient (UTEF), Besançon, France

## Correspondance :

Cécile Zimmermann, Hôpital Jean-Minjoz, service d'endocrinologie-métabolisme et diabétologie-nutrition, 25030 Besançon cedex, France.  
czimmermann@chu-besancon.fr

## Mots clés

Maladie chronique  
Relation de soin  
Téléconsultation  
COVID-19  
France

## ■ Résumé

En France, la téléconsultation et la télémédecine en général, sont encouragées, depuis plusieurs années, afin de répondre aux problématiques de santé. Pourtant, ces pratiques ont du mal à se développer, notamment du fait de la crainte des soignants d'une altération de la relation de soins. En 2020, la crise sanitaire de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a amené les professionnels de santé à expérimenter ces outils « dans l'urgence ». Des soignants du service de diabétologie du CHU de Besançon et les patients qui en ont bénéficié partagent les enseignements de cette expérience de téléconsultation qu'ils ont, en majorité, vécue positivement sans altération de la relation de soin. Cette expérimentation forcée a permis de pointer les atouts d'une telle pratique, mais aussi ses limites. Il semble qu'en diabétologie-endocrinologie, la téléconsultation représente une opportunité intéressante, non pas pour remplacer la consultation physique, mais pour offrir une solution complémentaire, permettant de faciliter le suivi des patients qui le souhaitent. Néanmoins, intégrer, de façon pérenne, une téléconsultation de qualité dans les pratiques soignantes impose certaines conditions en termes d'équipement, d'organisation, de coordination, de formation et une vigilance vis-à-vis des difficultés liées à la fracture numérique.

## Keywords

Chronic disease  
Care relationship  
Teleconsultation  
COVID-19  
France

## ■ Summary

### Relation carer-patient and teleconsultation

*In France, teleconsultation and, more broadly, telemedicine have been encouraged for several years to respond to health issues. However, these practices have experienced difficulties in their development, mainly because caregivers are concerned that the carer-patient relationship might be altered. The COVID-19 health crisis led caregivers to experiment with these tools abruptly, in order to maintain the continuity of healthcare. Caregivers from the diabetes department of the University Hospital of Besançon (France) and patients who benefited from teleconsultation share the lessons learned from this experience, which most of them experienced positively, without altering the care relationship. This forced experimentation allowed the advantages and the limits of this practice to be revealed. It seems that in diabetology-endocrinology, teleconsultation provides an interesting opportunity, not to replace the physical consultation, but to offer a*

*complementary solution, facilitating the follow-up of those patients who want it. Nevertheless, integrating quality teleconsultation into healthcare practices in the long-term requires certain conditions in terms of equipment, organization, coordination, training, and vigilance regarding the digital divide.*

## Contexte et problématique

Pendant des siècles, le modèle du paternalisme médical, adapté à la médecine de l'époque, a prédominé. Ce modèle, centré sur la maladie et l'organe malade, est fondé sur une relation entre un médecin « tout-puissant », actif, qui décide, et un patient « profane », passif, qui subit [1].

À partir des années 1950 aux États-Unis, et surtout au cours des 40 dernières années dans les pays développés, l'émergence des maladies chroniques, suite aux progrès médicaux, au développement de meilleures conditions d'hygiène et à l'augmentation de l'espérance de vie, va progressivement transformer la relation de soin [2].

La personne malade chronique, qui, par définition, ne peut pas guérir, va vivre de longues années avec une pathologie évolutive et adapter sa vie en fonction de la maladie avec un retentissement psychologique et social évident. La maladie va

nécessiter d'acquérir des connaissances, changer des comportements, prendre des traitements, pratiquer des auto-soins, mais aussi prendre des décisions, résoudre des problèmes, s'adapter à l'imprévu, faire des compromis avec soi-même et/ou avec autrui, utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits et ses choix... [3].

Parallèlement, l'évolution sociétale va donner naissance à la démocratie sanitaire où le « patient citoyen » revendique d'être considéré comme une personne responsable et autonome et demande le droit à l'information, le droit à prendre part aux décisions de soins, ce qui aboutira à la loi du 4 mars 2002 [4]. Les progrès technologiques dans l'information et la communication, le champ médiatique, la place prise par les associations de patients, l'évolution des représentations sociales... vont catalyser l'évolution de la relation de soin.

Ainsi, en quelques années, la relation paternaliste rendue obsolète par l'évolution médicale et sociétale va progressivement céder la place à une relation de partenariat, nécessitant pour le soignant de changer d'approche et d'adopter une « posture éducative », dans le cadre de ce que nous appelons l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Cette relation est centrée sur la personne malade dans toute sa singularité et sa complexité. Le soignant s'appuie sur l'expertise du patient, prend en compte son environnement, ses caractéristiques sociales et psychologiques, et met sa propre expertise à son service pour l'accompagner dans ses choix et ses décisions ; le patient rentre ainsi dans un processus dynamique et devient un membre de l'équipe de soins pour ses soins [5].

Cette posture relationnelle « idéale » implique, pour Carl Rogers, des qualités d'empathie, d'écoute active, d'authenticité et de non-jugement de la part du soignant. Dans l'intimité de la consultation, le ressenti des échanges est perçu de manière subtile et inconsciente à travers le toucher, l'échange verbal, para-verbal et non verbal. C'est de ce ressenti que va se créer la relation de confiance et de confiance et naître l'alliance thérapeutique [6].

L'explosion de l'incidence des maladies chroniques, le vieillissement de la population, la démographie médicale, l'inégalité d'accès aux soins et la rationalisation des dépenses de santé constituent les enjeux actuels en matière de santé en France. La téléconsultation (TLC) et la télémédecine, en général, sont souvent présentées comme l'un des remèdes à ces problèmes et elles sont encouragées, depuis quelques années [7], comme l'attestent les décrets relatifs à la télémédecine et issus de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de juin 2009 [8].

## Les points essentiels

- Durant des années, quoiqu'encouragée, l'activité de téléconsultations (TLC) est restée modeste et n'a pris son essor qu'en 2020 durant la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) pour des raisons évidentes, mais dans l'urgence.
- Nous rapportons l'expérience du service de diabétologie-endocrinologie du CHU de Besançon.
- Celle-ci a été bien vécue de façon générale par les patients comme par les soignants, bien que pour nombre d'entre eux plutôt dubitatifs.
- Les atouts des TLC, remarquable approche complémentaire, comme leurs limites, ont été identifiées, les TLC ne peuvent remplacer les consultations classiques.
- Les conditions de bonne pratique des TLC sont à connaître et respecter : formation, équipement et ergonomie, coordination, organisation, et respect du choix du patient.
- La fracture numérique est un facteur limitant majeur pour les patients : âge, équipement, précarité et littératie numérique.
- En revanche, la TLC permet de mieux suivre des patients à faible mobilité ou géographiquement très éloignés de leur lieu de suivi, surtout face à la crise démographique médicale dans certains territoires.
- La TLC s'impose désormais comme une pratique aussi complémentaire qu'incontournable en diabétologie - endocrinologie.

Si la TLC a, de prime abord, de nombreux avantages, son développement est lent du fait, notamment de l'appréhension et des doutes de nombreux soignants qui craignent, notamment, une altération de la qualité de la relation de soin [9].

En 2020, suite à la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et ses répercussions, la TLC est opportunément devenue un outil providentiel que les soignants et les patients ont dû expérimenter « dans l'urgence » et par obligation pour maintenir le lien et la continuité des soins [10].

Mais quel a été l'impact sur la relation de soin, de cette expérimentation « imposée » de TLC ? Quelles en seront les perspectives demain ?

Pour nourrir la réflexion sur ce sujet, nous avons eu des entretiens avec des patients et des soignants qui avaient expérimenté la TLC, entre mars et septembre 2020, dans le service de diabétologie-endocrinologie du CHU de Besançon.

## Méthodologie

### Avec les patients

Des entretiens semi-directifs de 30 min, en moyenne, ont été réalisés par téléphone, par la psychologue de l'Unité transversale pour l'éducation du patient (UTEp), à l'aide d'un guide d'entretien composé de questions ouvertes. Ce guide a été modifié au cours du processus exploratoire, suite aux premiers résultats.

Les critères de sélection ont été les suivants : patients âgés de plus de 18 ans, suivis dans le service de diabétologie-endocrinologie du CHU de Besançon, ayant bénéficié d'une ou plusieurs TLC avec un professionnel de santé du service, entre mars et septembre 2020. Pour appréhender la variété des situations, chaque médecin a identifié trois à cinq patients répondant à ces critères et volontaires pour ce projet.

### Avec les professionnels de santé

Le point de vue des professionnels de santé a été exploré via un questionnaire en ligne anonyme, composé essentiellement de questions ouvertes.

Les professionnels de l'équipe de soins du service ayant pratiqué des TLC, entre mars et septembre 2020, ont été sollicités par message électronique pour s'exprimer sur le sujet via le questionnaire en ligne accompagnant le message.

Les résultats des questionnaires ont été traités de manière anonyme. Une étude thématique des réponses a permis d'identifier et d'analyser chaque thème émergent. Des verbatim représentatifs sont cités en italique.

## Résultats

Trente-cinq patients identifiés ont été contactés par téléphone et/ou par courrier électronique dans un premier temps. Vingt-huit ont effectivement participé aux entretiens. Les caractéristiques et les situations des patients sont présentées dans le [tableau 1](#).

TABLEAU I  
Caractéristiques des patients interviewés.

Caractéristiques	n (%)
<b>Sexe</b>	
Femmes	16 (57 %)
Hommes	12 (43 %)
<b>Âge moyen (ans)</b>	
18-29	4 (14 %)
30-49	6 (22 %)
50-69	9 (32 %)
≥ 70	9 (32 %)
<b>Situations médicales</b>	
Diabète de type 1 (suivi)	8 (28 %)
Diabète de type 2 (suivi)	5 (18 %)
Diabète de type 2 + plaie de pied (suivi)	5 (18 %)
Diabète gestationnel (premières fois + suivi)	4 (14 %)
Maladie endocrinienne	3 (11 %)
Obésité	3 (11 %)
<b>Lieu d'habitation</b>	
Rural	11 (39 %)
Semi-rural	6 (22 %)
Urbain	11 (39 %)
<b>Distance lieu d'habitation &lt;&gt; CHU</b>	
0 à 20 km	9 (32 %)
20 à 50 km	9 (32 %)
50 à 100 km	8 (28 %)
> 100 km	2 (8 %)

Vingt professionnels ont reçu un message électronique ; onze d'entre eux ont répondu au questionnaire en ligne ; quatre professions sont représentées : cinq médecins, trois diététiciennes, deux infirmières (IDE) et un psychologue. Tous sont formés à l'éducation thérapeutique.

### Outils utilisés

Les outils utilisés pour pratiquer les TLC pendant cette période, sont le téléphone et la visio-consultation (« visio ») via différentes plateformes qui ont pu être testées. Le téléphone a été utilisé dans une majorité de situations ([figure 1](#)).

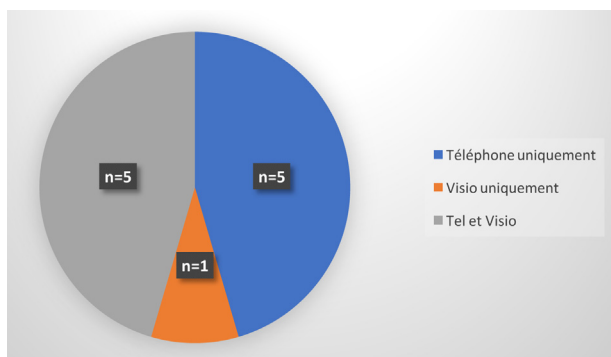


FIGURE 1  
Outils utilisés par les praticiens du service pour pratiquer les téléconsultations (TLC)

### Les atouts pour une relation de partenariat

La majorité des réponses des patients et des soignants converge vers un facteur essentiel : il est facile d'interagir lors d'une TLC, que ce soit par téléphone ou en visio, parce qu'ils se connaissent déjà, parce qu'une relation de confiance est déjà bien établie avant la TLC.

Les praticiens identifient également la rupture du formalisme de la « consultation classique » et la découverte du patient dans son environnement familial comme des atouts pour ce type de consultation. Ils notent également que lors de ces rendez-vous, leur attention et leur concentration sont maximales, ils se sentent à l'écoute. Ils remarquent que certains patients se confient parfois sur des sujets inhabituels. Pour les TLC réalisées par téléphone, ils ont dû développer d'autres sens, tels que l'ouïe, pour être à l'écoute du langage verbal et para-verbal (ton, timbre, intonation de la voix, hésitations, silence...).

Les patients, quant à eux, soulignent le fait de se sentir, eux-mêmes, plus détendus et disponibles, du fait de l'absence de déplacement, mais aussi du fait du gain de temps, du moindre risque de contamination virale en restant chez eux. Ils expriment une grande satisfaction et une gratitude : ils ont, en effet, apprécié le maintien du lien et du suivi, la possibilité de trouver des réponses à leurs préoccupations concrètes, le soutien et l'accompagnement apportés pendant cette période anxiogène. Ils expriment, en outre, beaucoup d'empathie vis-à-vis de l'équipe soignante. Ces éléments ont, selon eux, renforcé les liens de confiance avec les professionnels qui les ont accompagnés à distance.

Patient : « Parce qu'en face de moi j'ai quelqu'un que je connais, j'ai son visage devant moi, même par téléphone ».

Soignant : « Certains patients semblaient plus ouverts que d'habitude et s'exprimaient plus facilement ».

Soignant : « L'absence du non verbal a été un peu déstabilisante pour moi au départ, cela m'a demandé plus de concentration pour être attentive à d'autres paramètres : l'intonation de la voix, les hésitations... je me rends compte qu'on entend les sourires, qu'on entend les émotions ».

Patient : « J'étais rassurée qu'on se parle ».

Patient : « J'étais super content. Je me sentais en confiance parce que j'ai confiance en le médecin. On crée des liens avec les soignants. C'est pas comme si on avait affaire à un médecin qu'on ne connaît pas. On a même fait des conversations à 3 avec la pédiatrice et ça se passait très bien ».

### Les obstacles

Une majorité de patients évoque comme principaux freins : le manque de « chaleur humaine », l'absence de contact et d'examen physique. Plusieurs d'entre eux expriment leurs difficultés, et parfois leur malaise, pour communiquer avec ce type d'outil, ce qui ne leur a pas permis de s'exprimer ouvertement. Patients et professionnels pointent, en outre, le manque d'intimité et/ou de confidentialité lors de certaines TLC du fait de difficultés à s'isoler. Parfois, les patients ont également eu besoin de l'aide de leur entourage lors de ces consultations. Les praticiens qui ont pratiqué des TLC en visio évoquent tous les « parasites » techniques (son/image/perde de connexion) qui viennent interférer dans les échanges et les rendre moins fluides. La TLC prive également d'un nombre non négligeable de signaux de la relation (posture, gestuelle, regards, gestion de l'espace...), ce qui semble une difficulté dans la relation pour patients et soignants.

Patient : « Disons que c'est peut-être moins intime ».

Soignant : « C'est peut-être plus intrusif, on a l'impression de rentrer chez les gens, dans leur intimité ».

Patient : « Aussi parce que ma compagne peut m'aider parce que moi tout seul ça aurait été plus compliqué ».

Patient : « C'est pas pareil parce qu'on ne peut pas lire dans le regard. ».

Soignant : « Parfois l'échange est coupé par un problème technique, parfois j'ai dû me rabattre sur le téléphone car les échanges étaient interrompus ».

Soignant : « C'est difficile de faire connaissance en téléconsultation. On perçoit que le patient qu'on ne connaît pas est mal à l'aise ».

## Bilan de cette expérience pour les soignants

La majorité des professionnels interviewés décrivent une évolution de leurs représentations vis-à-vis de la TLC et un intérêt pour ces nouvelles pratiques.

Ils précisent que ces semaines « d'expérimentation forcée », où ils sont sortis de leur zone de confort, leur ont permis de développer progressivement de nouvelles aptitudes d'écoute et de confiance à distance, de s'approprier des outils, d'affiner leur façon de procéder, de mieux préparer et organiser ces consultations en amont et, ainsi, de passer progressivement de « simples consultations de dépannage » à de véritables consultations de suivi. Ils ont également pu cerner les situations où la TLC ne leur semble pas appropriée. La majorité explique avoir gagné en aisance, se félicite de cette innovation, et souhaite poursuivre et améliorer cette pratique.

Deux praticiens, à l'inverse, ne se sentent pas du tout à l'aise en téléconsultation et ne souhaitent pas développer cette pratique hors situations exceptionnelles.

Des points de vigilance pour l'utilisation de la TLC ont été définis en équipe (*encadré 1*).

### ENCADRÉ 1

#### Points de vigilance identifiés par l'équipe pour l'utilisation de la téléconsultation (TLC).

- Laisser le choix au patient (consultation par téléphone/en visio/en présentiel) ; être attentif aux questions d'ordre technique, à l'« habileté numérique », aux réticences et souhaits du patient ;
- Préparer la TLC en amont (rôle des secrétaires, IDE, prestataires) ;
- S'installer dans un endroit calme, s'équiper d'un casque avec micro (pour téléphone ou visio) ;
- Pour les visios : choisir un outil que l'on maîtrise bien, facilement accessible et facilement utilisable par le patient, idéalement permettant le partage d'écran ;
- « Soigner » le début de la TLC et veiller à aménager un environnement favorable ;
- Veiller à ne pas se limiter aux aspects biomédicaux, analyse des courbes, glycémies... ;
- Éviter les TLC pour les primo-consultants et, bien sûr, pour ceux qui nécessitent absolument un examen clinique ;
- En cas de suivi de patients porteurs de plaie de pied, privilégier la télé-expertise comme complément des consultations présentes ;
- Réfléchir à des modalités de travail en équipe (travail interprofessionnel en mode asynchrone).

## Soignants

« J'étais plutôt sceptique et j'appréhendais au départ mais je suis aujourd'hui convaincue que c'est un outil utile et intéressant ».

« Il a fallu que je m'adapte à la TLC pour garder mon approche éducative que j'avais tendance à perdre au début. Je me suis rendue compte que j'avais tendance à rester centrée sur des données objectives, médicales, chiffrées ».

« C'est plus difficile pour moi, d'aborder les choses personnelles en téléconsultation, je ne suis pas à l'aise, ça reste pour moi, une solution de dépannage ».

« Aujourd'hui, je donne le choix au patient (visio/tel/présentiel), j'ai décidé d'utiliser une seule plateforme car je me sentais à l'aise avec, c'était plus facile de guider les patients, j'avais moins de problèmes techniques ».

## Bilan de cette expérience pour les patients et perspectives

La plupart des patients décrivent une expérience positive de la TLC dans le cadre d'une relation de confiance préalablement installée. Néanmoins, lorsqu'on explore leur envie de poursuivre ce suivi à distance, au-delà de la crise sanitaire, les avis sont partagés.

La moitié des personnes interrogées est prête à poursuivre les TLC, car elles se sentent à l'aise, elles rapportent leur satisfaction, voire un soulagement, de pouvoir bénéficier de soins de qualité à distance, sans avoir à se déplacer, avec, pour elles, un précieux gain de temps (*figure 2*).

## Patients

« Ça a été un gain de temps, j'étais au travail le jour où j'avais ma consultation. Là j'ai même pas empiété sur mon travail, plutôt que de perdre une demi-journée, ce qui aurait été le cas en présentiel ».

« Plutôt que de venir tous les mois, 1 fois sur 2 c'est bien. Si on a une question on n'attend pas 3 mois, et ça permet de pouvoir régler le problème nous-mêmes. Ça évite aussi de venir à l'hôpital ».

« J'aime bien voir les gens. Et en consultation le Docteur voit mieux ce qui se passe. Quand on est en présence c'est mieux. Quand c'est grave c'est mieux de se voir. ».

« Je me suis isolée chez moi et j'ai pu bien discuter. Là on était à l'aise comme on se connaissait déjà, mais il faut pas non plus oublier les entretiens visuels. ».

« C'est quand même pas pareil. Occasionnellement ça ne me gêne pas mais si c'est tout le temps, je crois que je changerais de médecin... ».

C. Zimmermann, J. Combes, E. Gillard

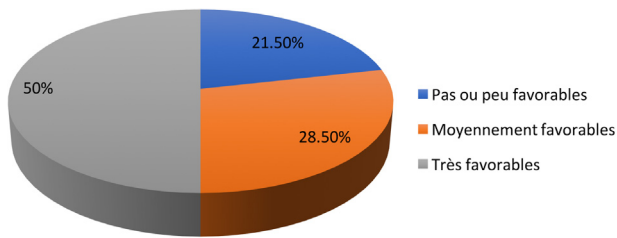


FIGURE 2

### Souhaits des patients de poursuivre les téléconsultations (TLC) en dehors de la crise sanitaire

D'autres rapportent également des avantages, mais leur avis pour le futur est plus nuancé : ces patients proposent d'alterner consultations en présentiel et TLC, et présentent la TLC comme un « intéressant complément ». Une autre partie des patients y est nettement moins favorable ; ils expriment clairement leurs réserves et leur crainte que ces consultations à distance deviennent la règle. Ils redoutent que ce type de consultations leur soit imposé, ce qui pourrait modifier – selon eux – la relation de soin.

## Discussion

### Influence du contexte sanitaire ?

Cette enquête est marquée par l'expression d'une satisfaction importante des patients concernant les TLC dont ils ont pu bénéficier, et certains estiment que le lien de confiance s'est renforcé. On peut s'interroger sur l'influence de la situation sanitaire sur ces résultats très positifs. En effet, notre enquête a porté sur une période pendant laquelle la France faisait face à la première vague de la pandémie de la COVID-19. Cette situation sanitaire inédite a particulièrement bouleversé l'organisation du service et de l'équipe. Malgré ces contraintes, maintenir le suivi des patients a rapidement été une priorité et toute l'activité ambulatoire a basculé du jour au lendemain en TLC. Il faut souligner que, pendant cette période, les patients diabétiques, quant à eux, étaient particulièrement inquiets, car « pointés », dès le début de l'épidémie, comme personnes à risque de formes graves de la COVID-19. Ils n'osaient plus sortir de chez eux par craintes d'être contaminés. Ils avaient, néanmoins, beaucoup de questions très concrètes à un moment où de nombreux messages contradictoires étaient véhiculés dans les médias ou sur les réseaux sociaux. Avoir la possibilité d'échanger avec un professionnel de santé qu'ils connaissent, pendant cette période anxiogène, a ainsi été un soulagement et a eu un effet rassurant.

Dans notre expérience, lors du « 2<sup>e</sup> confinement », lorsque le choix a été laissé aux patients concernant les modalités de suivi, une minorité a opté pour la TLC (en dehors des femmes enceintes). Venir en rendez-vous à l'hôpital était alors considéré comme une sortie possible pour les plus âgés, et pour les étudiants comme un moment où ils avaient la possibilité de quitter leurs cours en visio devenus pour certains

insupportables ! Il serait intéressant d'explorer le point de vue de patients sur la TLC en dehors de ce contexte si particulier qui, forcément, modifie le regard porté sur cette pratique soignante.

### Les outils

Dans cette première expérience, le téléphone a été utilisé, de façon majoritaire, pour réaliser les TLC. Des difficultés ont, en effet, été rencontrées pour organiser des TLC en visio, tant côté soignants que côté patients. Pour les professionnels, le manque de matériel, et notamment de Webcams, est la principale raison invoquée. Ils se sont organisés « avec les moyens du bord ». Les raisons exprimées par les patients pour préférer le téléphone à la visio sont : la difficulté à s'isoler (ordinateur dans une pièce commune, présence de membres de la famille, ou de collègues sur le lieu de travail). Certains ont également exprimé le fait de ne pas aimer se voir à l'écran. Néanmoins, les problèmes techniques sont souvent au premier plan : mauvaise « couverture réseau », absence d'équipement informatique adapté.

La question de l'inégalité numérique, en termes d'équipements, de couverture réseau, mais aussi de capacité à utiliser et à s'approprier les outils numériques, doit être posée dans le développement de la TLC ou, plus largement, de ce qu'on appelle aujourd'hui la e-ETP : « Si la technologie laisse ainsi théoriquement entrevoir une diffusion et un accès pour tous, il s'agit peut-être d'une illusion avec une mise à l'écart pour certains, loin de la démocratisation intrinsèquement véhiculée par l'ETP » [11]. Le développement du numérique en santé ne devrait pas être source d'une nouvelle inégalité des soins. En cela, le téléphone reste aujourd'hui un outil simple, accessible au plus grand nombre, même si son principal inconvénient est de priver la relation soignant-soigné des précieux signaux du langage non verbal.

### L'évolution des représentations des soignants va-t-elle entraîner un changement des pratiques durables ou le retour aux habitudes ?

Très peu de professionnels du service avaient expérimenté la TLC avant le premier confinement, à l'image du développement limité de la TLC sur le reste du territoire national. Avant mars 2020, les TLC représentaient, en effet, moins de 1 % de l'ensemble des consultations remboursées par l'Assurance maladie.

Des travaux, menés en 2012 et 2016, auprès de médecins généralistes libéraux et de professionnels exerçant en établissements de santé, explorent les représentations et le ressenti de ces derniers, vis-à-vis de la télémédecine en général, et de la TLC en particulier [12,13]. Les réticences et appréhensions sont nombreuses et variées : aspects juridiques, financiers, techniques (utilisation du matériel), crainte de pratiquer une « médecine dégradée », problèmes de la sécurisation des données, crainte de se voir imposé ce type de pratique. . . La méfiance vis-à-vis de cette pratique est bien présente chez les soignants. Les patients, avant l'épidémie, portent, quant à eux, un regard plus

nuancé sur la TLC [14]. Informés par les médias plutôt que par le corps médical sur ce sujet, ils lui reconnaissent des avantages : accès aux soins facilité, principalement pour les personnes ayant des difficultés de déplacement ou résidant dans les déserts médicaux, confort lié à la limitation des trajets, absence d'attente en salle d'attente, accès plus rapide à un médecin généraliste ou un spécialiste, avec des horaires élargis pour les personnes en activité, voire possibilité de consulter au travail ou depuis l'étranger. Ils pointent néanmoins des limites non négligeables : « oui, mais sous certaines conditions ».

Dans notre service, en mars 2020, les professionnels n'étaient pas préparés, ni formés, et peu équipés, et avaient également des appréhensions. Du jour au lendemain, ils ont dû apprendre à utiliser de nouveaux outils, à modifier et adapter leurs pratiques de soins et à communiquer différemment avec des patients qu'ils ne connaissaient pas toujours. Cette expérimentation, forcée et accélérée, a permis de faire évoluer leurs représentations avec, comme principal bénéfice, de permettre de maintenir le lien et les soins, ce qui a généré de la satisfaction de part et d'autre. L'expérience est donc globalement positive. Au niveau national, on a également assisté à un engouement, puisque 19 millions de TLC ont été réalisées au cours de l'année 2020. On peut s'interroger sur l'avenir de la TLC après ce « boom » ? Il se situe probablement entre deux attitudes extrêmes : l'enthousiasme des soignants qui pourraient les conduire à imposer à un grand nombre de patients ce type de pratique sans se soucier de leur souhait, puisque « c'est bon pour eux » ou, à l'inverse, les professionnels qui pourraient tout simplement revenir à leurs « habitudes antérieures » et remiser la TLC « au placard ».

Pour « transformer l'essai », il s'agira probablement d'aller plus loin que cette expérimentation et d'intégrer à la formation initiale et continue des professionnels de santé des modules de formation à la pratique de la TLC (en laboratoire de simulation ?) et, plus largement, à la télé-médecine. L'avenir de la TLC dépendra également des décisions politiques qui seront prises « à froid » pour « aménager un environnement favorable » à son développement : réglementer, sécuriser, tout en soutenant et facilitant cette pratique.

### La « posture éducative » influencée par la distance et par les outils utilisés ?

Comme nous l'avons déjà évoqué, la TLC modifie la relation de soin avec, notamment, la perte de signaux non verbaux, la survenue de problèmes techniques parasites, parfois le manque d'intimité ou un environnement peu propice, un examen clinique sans contact physique... ce qui laisse craindre pour les soignants une perte d'humanité et une moindre interaction relationnelle [13,14]. Pourtant, c'est dans le domaine des

relations amicales et familiales où les affects et les émotions sont importants que se sont fortement développés ces outils de communication ! Et que dire du succès des sites de rencontre par écran interposé !

La perception de la qualité relationnelle et les émotions passent donc par d'autres signaux verbaux et para-verbaux, des attitudes, des gestuelles que, patients et soignants, doivent intuitivement apprendre à repérer et qui nécessitent initialement une plus grande attention pour les percevoir. Pour patients et soignants, la relation de confiance nécessite une rencontre physique au préalable. Par la suite, celle-ci peut se poursuivre et s'entretenir en TLC si les soignants maintiennent les qualités d'une attitude empathique et conservent une approche globale de la personne, en explorant son vécu, en s'appuyant sur son expertise, en favorisant et en soutenant son expression, sa réflexion et sa prise de décision. Pour les soignants comme pour les patients, l'avenir de la TLC passe par une alternance entre entretiens présentiels et à distance. Lorsque ces conditions sont remplies, soignants et patients ont un ressenti positif de la TLC et leurs représentations de cette TLC évoluent favorablement.

Notre expérience de TLC « improvisée » nous a permis de mesurer, qu'à l'avenir, la mise en place pérenne d'une TLC de qualité nécessite un travail important en équipe, d'organisation (matériel fonctionnel, salle adaptée, disponibilité), de coordination, de maîtrise des outils, de formation à une communication adaptée...

C'est à ces conditions que la TLC pourra s'intégrer dans les pratiques soignantes.

### Conclusion

La pandémie de la COVID-19 a mis en lumière l'intérêt de la TLC en diabétologie-endocrinologie, et l'expérimentation à grande échelle, pendant plusieurs semaines, a permis de faire évoluer les représentations des soignants initialement réticents à cette modalité de soin. Si la majorité l'envisage désormais comme une pratique incontournable à l'avenir, patients et soignants en voient également les limites. Le défi actuel est d'intégrer cette nouvelle pratique en trouvant « le bon dosage » entre consultations présentielles et TLC, en respectant le souhait de chaque patient, en pensant son organisation, en portant une attention particulière et une vigilance aux difficultés liées à la « fracture numérique » et, bien sûr, en développant une pratique de la TLC au service d'une relation de soin soucieuse de ce que vit la personne soignée.

**Déclaration de liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Parsons T. The social system. Glencoe, IL: Free Press; 1951p. 428-79.
- [2] Herzlich C, Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison. Paris: Payot; 1984.
- [3] Briançon S, Guérin G, Sandrin-Berthon B. Les maladies chroniques. Dossier thématique. ADSP 2010;72:11-53.
- [4] LOI n(2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. NOR: MESX0100092L. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015>.
- [5] Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients : accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches, 3<sup>e</sup> édition. Collection éducation du patient. Paris: Maloine; 2011p. 79-134.
- [6] Rogers C. La relation thérapeutique : les bases de son efficacité. Bull Psychol 1963;17:1-9.
- [7] Bardy P. L'humain à l'épreuve de la télé-médecine. Pour une éthique du télésoin sensible à la personne. Collection Ingénierie de la santé et société. Londres, Royaume-Uni: iSTE Éditions; 2019p. 9-25.
- [8] LOI n(2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR: SASX0822640L. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>.
- [9] Lalau JD, Klopp-Delaunay V. Empathie et télé-médecine. Med Mal Metab 2018;12:530-5.
- [10] Berkese A, Gross O. Quels enseignements tirer de l'expérience de la pandémie de la COVID-19 dans l'accompagnement des patients chroniques ? Med Mal Metab 2021;15:33-9.
- [11] Cohen JD, Chambouleyron M, Guillaume A, et al. L'e-ETP : vers une nouvelle pratique ? Educ Ther Patient 2020;12:20301.
- [12] Gaborieau G. Ressenti des soignants avant et après la mise en place de téléconsultations entre le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan et différentes structure médicales isolées en Vendée. Université de Nantes – Faculté de Médecine; 2012 [Thèse Médecine Nantes n° 084].
- [13] Durupt M, Bouchy O, Christophe S, et al. La télé-médecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique 2016;28:487-97.
- [14] Roger E. Téléconsultation : représentations et préjugés. Étude qualitative auprès de patients du pays Salonais naïfs de téléconsultation. Aix-Marseille Université – École de médecine; 2021 [Thèse Médecine Marseille].