



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DE L'ANM

Rapport 21-08. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner[☆]

Teleconsultation for primary care: An in-depth transformation on how to care

P. Jaury^{*}, C. Larangot-Rouffet, B. Gay, R. Gonthier, R. Ourabah, P. Queneau, au nom de la Commission XVI (Parcours de soins et organisation des soins)

Académie nationale de médecine, 16, rue Bonaparte, 75006 Paris, France

Disponible sur Internet le 14 juillet 2021

MOTS CLÉS

Téléconsultation ;
Réglementaire ;
Médecine générale ;
Parcours de soins ;
Éthique

Résumé Fortement encouragée par les arrêtés de 2018 qui définissent les actes de télé-médecine pris en charge par l'Assurance Maladie, la téléconsultation médicale s'est ancrée dans la pratique des médecins généralistes notamment à la faveur du confinement et de l'état d'urgence sanitaire. La téléconsultation a été utile pour éviter des prises de risque vis-à-vis de la COVID-19, pour assurer la surveillance des patients atteints de maladies chroniques ou pour améliorer l'accès aux soins. Au quotidien, à côté de ces avantages, il existe aussi des aléas de fonctionnement et des inconvénients qui méritent d'être évalués. Il faut s'interroger sur les conséquences de « cette autre façon de pratiquer la médecine » avec l'absence de l'examen clinique et la modification de la relation médecin-malade.

© 2021 l'Académie nationale de médecine. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Teleconsultation;
Regulatory;
General practice;
Care pathways;
Ethic

Summary Strongly encouraged by the health law of 2018th which determined the acts of Teleconsultation assumed by Assurance Maladie, the medical consultation has been implemented in practice of general medicine during home confinement and state of health emergencies. The teleconsultation has been useful to avoid any excessive risk taking with COVID-19, to provide monitoring of chronic diseases or to improve accessibility to health services. Day to day, beside these advantages, there are also some hazards of operating mode and inconvenience which

[☆] Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine. L'Académie dans sa séance du mardi 11 mai 2021, a adopté le texte de ce rapport par 100 voix pour, 7 voix contre et 6 abstentions.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : philippe.jaury@parisdescartes.fr (P. Jaury).

must be evaluated. It is important to think about the consequences about the other way to practice medicine with the absence of physical examination and with the modification of the relationship between doctor and patient.

© 2021 l'Académie nationale de médecine. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La téléconsultation transforme la relation entre les professionnels de santé et les usagers et change profondément la pratique médicale [1–3].

Elle fait partie des actes médicaux ayant un fondement légal depuis la loi Hôpital, Santé, Patients, Territoire et de son décret du 19 octobre 2010 relatif aux modalités de mise en œuvre des actes de télé-médecine. Dans ce cadre juridique, plusieurs sortes de télé-médecine coexistent dont trois ont un cadre juridique :

- la téléconsultation, une interface entre le médecin généraliste ou le spécialiste et le patient ;
- la téléexpertise, une interface entre médecin généraliste et spécialiste ;
- la télé-régulation du SAMU, une interface entre réanimateurs et régulateurs.

La téléconsultation par télé-médecine ne concerne pas les autres actes de la télé-médecine qui figurent dans le code de santé publique : elle est entrée en France dans les pratiques médicales en 2018 par la signature de l'avenant 6 de la convention entre les syndicats médicaux et la Caisse nationale d'assurance maladie (JO du 10 août 2018). L'Assurance maladie a remboursé la téléconsultation depuis le 15 septembre 2018.

Avant la pandémie COVID-19, il fallait utiliser une plateforme dédiée à la téléconsultation avec webcam sécurisée, ce qui incluait un abonnement mensuel pour des communications sécurisées, un abonnement à des télétransmissions type Apicrypt ou MMS pour sécurisation de l'envoi des ordonnances par mail, et un abonnement de télépaiement. C'était un modèle peu pratique et coûteux mais respectant le règlement général sur la protection des données (RGPD) [1,2,4].

En mars 2020, la pandémie COVID-19 a permis une très nette accélération de son développement en France avec ses avantages et inconvénients

Fonctionnement actuel avec les mesures dérogatoires et analyse de la téléconsultation en médecine générale

Au moment de l'état d'urgence sanitaire, la téléconsultation a permis au médecin de se protéger contre la Covid-19 et de continuer à soigner ses patients en prenant le moins de risques possibles [5,6]. Parallèlement, pour le patient, il a été possible d'être soigné sans prendre le risque de se contaminer et de contaminer d'autres patients dans les salles d'attente. L'Agence numérique en santé notait dans un sondage du 22/10/2020 que 75 % des médecins et 63 %

des patients se disaient satisfaits de la téléconsultation [7]. Pour l'assurance maladie, la téléconsultation a connu une croissance spectaculaire [8] et a traduit une évolution des usages à l'occasion de la COVID-19 :

« Au premier semestre 2020, le nombre de téléconsultations facturées à l'Assurance Maladie a explosé en France : il est passé de 40 000 actes par mois en mars 2020 à 4,5 millions en avril pour se situer à près d'un million d'actes par mois pendant l'été. Au moment du confinement, la téléconsultation représentait une consultation sur 4. Plus de 60 000 médecins y ont eu recours : 96 % des actes réalisés par ce moyen ont été facturés par des médecins libéraux dont les 4/5 par des généralistes. Plus de 80 % ont été effectuées entre un médecin et un patient qui se connaissaient. Un patient sur 5 avait moins de 30 ans, un patient sur 5 avait plus de 70 ans ».

En 2020, par des mesures dérogatoires, la téléconsultation s'est adaptée à la pandémie liée au Coronavirus (JO du 10 mars, 11 juillet et 3 septembre 2020) : il est devenu possible d'utiliser pour la consultation un smartphone en mode Face Time ou en mode WhatsApp. En ce qui concerne les ordonnances, s'il était préférable d'utiliser une application sécurisée, néanmoins dans un but de simplification et de praticabilité, il est devenu possible d'utiliser un mail non sécurisé voire même une photo d'ordonnance envoyée du téléphone portable du médecin vers celui du patient ou de la pharmacie. Ainsi, l'Assurance Maladie en allégeant provisoirement toute forme de sécurisation a permis une pratique contraire à la réglementation générale sur la protection des données (RGPD) [4].

La téléconsultation par le biais des logiciels agréés par l'Assurance Maladie et des dérogations permet une facturation en tiers payant facile.

Sur le plan pratique, la téléconsultation représente souvent un progrès dans l'organisation des soins primaires avec :

- pour l'assurance maladie, la téléconsultation rendue beaucoup plus facile pendant la pandémie offrirait la possibilité de résoudre en partie le problème des déserts médicaux (cf. infra) : le manque de médecin traitant comme premier recours ne se poserait plus. Elle peut aussi générer une économie sur le coût des transports (chiffrée à actuellement 8 milliards par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et sur le coût des visites à domicile. Dans un certain nombre de cas, la téléconsultation peut permettre d'économiser la dotation octroyée aux hôpitaux de 250 euros pour chaque patient passant aux urgences et aussi de favoriser le « désengorgement » des services d'urgences. De plus, ce sont les mairies ou les médecins et non l'Assurance Maladie qui financent actuellement le matériel et les abonnements divers.

- pour le patient, pendant la période COVID-19, la téléconsultation lui permet de rester à domicile et de ne pas disséminer les virus. Le tiers payant est appliqué comme aux urgences et la surconsommation n'est pas pénalisée : période COVID-19 ou non, il lui est aussi possible de joindre un médecin rapidement et de ne pas avoir d'attente au cabinet (un sondage de 2005 montrait que parmi les 3 premiers critères donnés par les patients d'un bon médecin, il y avait « ne pas rester longtemps en salle d'attente et respect de l'heure du rendez-vous »). Certains patients préfèrent par pudeur éviter de se déshabiller pour un problème gênant (gynécologie/proctologie...).
- pour le médecin, la téléconsultation en période COVID-19 lui évite d'être contaminé et lui permet de ne pas se déplacer. Les consultations sont plus courtes mais le temps administratif qui suit la consultation est plus long dans la retranscription des données dans le dossier médical, dans la vérification des droits du patient et dans la télétransmission de la facturation (et encore plus si le patient est cas-contact ou a la COVID-19).
- pour les collectivités, la téléconsultation pourrait compléter à la pénurie de médecins sachant que les médecins locaux restant sont déjà saturés. Cependant, il est très difficile par ce dispositif de faire face au manque de médecins dans les déserts médicaux. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont prévues pour organiser une réponse alternative au manque de couverture médicale en temps « normal ». Dans un rapport récent, le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle l'importance de l'ancrage du médecin dans un territoire donné (connaissance du tissu social et professionnel) et de la continuité des soins [9].

Aléas du fonctionnement de la téléconsultation actuellement

Les zones mal couvertes sont source de difficultés de connexion (avec ou sans pandémie) : il existe encore en 2021 des zones blanches où même le téléphone ne passe pas. Les patients n'ont pas tous un smartphone, ni une communication WhatsApp ou Face Time qui marche car ces techniques nécessitent l'utilisation du Wifi. Ils n'ont pas tous accès à Internet que ce soit à la campagne ou en ville ce qui ne permet pas au médecin de leur envoyer des ordonnances. Tout cela représente un risque d'augmentation des inégalités d'accès aux soins [10]. Les médecins peuvent utiliser à ce moment-là les mails des pharmacies de proximité avec lesquelles ils ont l'habitude de travailler. Certaines mairies ont mis à disposition des valises de télémédecine voire même des télécabines de type H4D dans leurs locaux.

Le manque de transparence de certaines plates-formes de téléconsultation est une difficulté ressentie par les médecins généralistes et rappelé par l'Ordre national des médecins [9]. Il existe actuellement plus de 40 plates-formes de télémédecine qui au départ servaient à la prise de rendez-vous et se sont adaptées à la téléconsultation. Certaines d'entre elles ont leur siège à l'étranger et salarient les médecins. Il existe un manque de transparence quant à la validité des diplômes du médecin employé et en cas d'erreur médicale, il existe un flou au niveau des assurances

et des responsabilités. Les médecins sont démarchés par des plates-formes payantes à visée lucrative : à titre d'exemple, pour l'une d'entre elles, en 2021 l'abonnement mensuel coûte 109 euros de base, plus 79 euros pour pratiquer la téléconsultation. Il y a en plus un prélèvement d'un pour cent sur chaque téléconsultation payée par carte bancaire ; cela correspond pour un médecin généraliste de secteur 1, à environ 2500 euros par an (pour une moyenne de 100 téléconsultations par mois). De plus, des plateformes font payer au patient un droit d'entrée qui se rajoute à la facturation de la consultation, donc taxent le patient qui n'est pas remboursé de ce service. Certaines plateformes font de plus du téléconseil ou du téléconseil personnalisé qui n'entre pas dans le champ réglementaire.

Pour l'Assurance maladie, il y a le risque de fraudes par les utilisateurs des cartes vitales en l'absence de contrôle identitaire. La traçabilité des données et d'enregistrement n'est pas possible. Il peut y avoir une dérive facile des pratiques médicales par surfacturation d'actes [1,4,9].

Changements de la pratique clinique induit par la téléconsultation

L'examen clinique tient une place primordiale dans la pratique médicale.

Une étude ancienne en soins de santé primaires en France a montré que dans 43,2 % des consultations le médecin généraliste faisait un examen général, dans 43,8 % un examen ciblé locorégional et dans 13,1 % aucun examen [11]. D'autres enquêtes ont montré que dans 20 % en moyenne des consultations, l'examen clinique a contribué à l'établissement du diagnostic [12].

Un sondage auprès de 3300 médecins généralistes libéraux réalisé en mai 2020, indiquait que 75 % d'entre eux ont fait des téléconsultations depuis le confinement mais parmi eux, 53 % estimaient que l'examen clinique en présentiel restait souvent ou systématiquement indispensable) [13]. Si 32 % de ces médecins généralistes s'estimaient pas du tout ou peu satisfaits, au contraire 25 % d'entre eux se considéraient très ou tout à fait satisfaits et 43 % moyennement satisfaits.

Une autre étude auprès de 7481 médecins généralistes a indiqué que 71 % ont changé leur pratique depuis le début de la pandémie [14]. Parmi eux, 43 % ont créé des rendez-vous de téléconsultations spécifiques pour les patients « contacts » ou ayant des symptômes faisant suspecter la COVID-19 ou ayant la COVID-19 (tests positifs). Parmi les 71 % de généralistes ayant changé leur pratique, 92 % ont augmenté leurs réponses par téléphone et 28 % par Mail. Les médecins travaillant dans des groupes multi-professionnels ont plus changé leur pratique depuis le début de la pandémie que ceux travaillant seuls ou dans un cabinet mono professionnel (OR : 1,32, 95 % IC 1,12–1,56, $p=0,001$)

Au niveau de la qualité des prescriptions, nous n'avons pas encore de données françaises. En Californie, une étude prospective réalisée en 2012/2013 chez l'adulte ayant une infection respiratoire haute dont le diagnostic a été réalisé soit grâce à 1725 téléconsultations (TCS) soit grâce à 64099 consultations en présentiel (CS) a montré une prescription d'antibiotiques quasi similaire (55,7 % (TCS) vs 55,3 % (CS) ($p=0,79$)) mais une prescription d'antibiotiques

à large spectre significativement augmentée en téléconsultation (86,5 % (TCS) vs 56,3 % (CS) ($p < 0,01$)) [15]. Une autre étude américaine rétrospective faite en 2015/2016 chez l'enfant ayant une infection respiratoire haute ou basse avec 3 bras : 4604 Téléconsultations (TCS), 38408 consultations aux urgences (CU) et 485 201 consultations en soins de santé primaires (CS) a montré des résultats probants en défaveur de la téléconsultation :

- prescription d'antibiotiques : TCS 52 % vs CU 42 % ($p < 0,001$) ;
- prescription d'antibiotiques : TCS 52 % vs CS 31 % ($p < 0,001$) ;
- prescription concordante avec les recommandations :
 - TCS 59 % vs 67 % CU ($p < 0,001$),
 - TCS 59 % vs 78 % CS ($p < 0,001$) [16].

D'autres études et articles en cardiologie, pneumologie, urologie et ORL vont dans le même sens [17–20]. Dans une thèse soutenue en 2020 en France, sur 204 téléconsultations pour syndrome infectieux en soins de santé primaires, 20 % des patients n'auraient pas consulté en présentiel (les patients ont tous été rappelés à distance de l'évènement infectieux) et 49 % ont du reconsulter en présentiel... Pour les mêmes motifs lors d'une première consultation en présentiel, seulement 10 à 15 % des patients reconsultent [21].

Modifications de la relation médecin/malade (relation/communication/examen clinique manquant)

La communication par le biais d'une caméra est plus difficile. L'image du patient peut être en haut, en bas de l'ordinateur ou ailleurs sur l'écran.. Cela provoque des réactions comme « Vous ne me regardez pas, vous regardez vos Mails ? » ou « Vous m'enregistrez ? ». Pour la prosodie, il est évident que ni le médecin ni le patient ne parle pas de la même façon à travers un écran ; La question du silence est importante : il ne peut pas exister de la même façon dans la téléconsultation. L'angoisse du silence devant un écran est plus importante des deux côtés avec en plus un questionnement technique qui complique la relation : « Vous m'entendez ? ça marche ? Vous avez débranché votre micro ? ».

La communication non verbale est nécessaire pour un diagnostic global : ni les mains, ni les pieds, ni le comportement du patient ne sont observables en téléconsultation. Il n'est pas possible de voir le patient marcher de la salle d'attente au bureau (diagnostic de Parkinson/lumbago/sciatique/dépression/altération de l'état général...). Pour le médecin qui connaît bien ses patients, toute différence par rapport à d'habitude (le signal symptôme) est essentielle : la poignée de main (ferme/molle/moite..absente), le regard (absent, fuyant, insistant...joyeux, triste, moqueur...), les odeurs, la vitesse du déshabillage/rhabillage, les mouvements divers pour s'asseoir/se lever/s'allonger sur la table d'examen, etc.

L'examen clinique « manquant » est une difficulté majeure car il a un rôle diagnostique [12,21,22] et thérapeu-

tique : le « remède médecin » (placebo) représente environ 30 % d'efficacité thérapeutique [23–25]. L'importance symbolique de la prise de pression artérielle par le médecin est forte en France. Le toucher et l'auscultation sont aussi essentiels : le fait de poser sa main sur l'épaule du patient pendant que l'autre examine peut traduire un soutien, un accompagnement, une présence et permettre au patient de se sentir pris en considération dans un sentiment de confiance et de partage. Pendant l'auscultation, le patient observe la physionomie du médecin. Il est à l'affût du moindre sourcillement, de la moindre insistance lors de l'examen. Chaque signe est susceptible d'être interprété et de provoquer une angoisse. Ce moment d'intimité est aussi une appréhension plus fine que l'un peut avoir de l'autre. Souvent la position allongée et le toucher favorisent les confidences du patient, comme si le rapproché physique déclenchait un rapproché psychique.

La suite de la consultation peut en être modifiée dans un sens et dans un autre. On ne peut pas toucher quelqu'un sans être touché soi-même à travers ce que le corps exprime et traduit. Le patient est d'emblée mis dans une position passive et le médecin dans une position active. Le malade a besoin d'être reconnu dans son corps souffrant. La main du médecin et son toucher ont valeur d'éthique, de savoir-faire, et de confiance, qui peuvent être susceptibles de rassurer le patient dans l'idée qu'il se fait de sa prise en charge.

« Ne pas examiner le corps du malade c'est refuser de donner « au corps imaginaire » (l'idée que le patient se fait de son corps et des organes qui le composent) une réalité médicale et par conséquent, nier une partie de la réalité de sa souffrance » [26].

Conclusion

La téléconsultation en médecine générale est une révolution sociétale et pourrait être une solution pour améliorer « la couverture médicale » et pour faire face aux inégalités sociales de santé. Contraints et forcés par la COVID-19, les médecins ont du évoluer dans leur pratique clinique et « involuer » dans leur éthique et dans le respect des règles de protection des données médicales en lien avec une diminution des exigences sécuritaires des Agences régionales de santé et de la CNAM.

La qualité de la téléconsultation n'est pas la même quand elle a été précédée d'une consultation présenteielle préalable et que le patient s'inscrit dans un parcours de soins connu du médecin ou quand il s'agit d'une téléconsultation réalisée indépendamment toute relation médecin malade antérieure.

Le contexte dérogatoire justifié par l'état d'urgence doit faire l'objet d'une relecture pour construire dans le futur des téléconsultations en médecine générale qui respectent les exigences déontologiques de qualité, de sécurité, de continuité et de proximité avec un ancrage territorial équitable.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Recommandations

L'Académie nationale de médecine recommande dans le cadre du développement actuel et futur de la téléconsultation en soins primaires :

- de ne pas avoir recours sauf urgence à la téléconsultation sans consultation « physique » antérieure, et de respecter le parcours de soin ;
- d'analyser les risques d'une baisse de qualité de la consultation liée à l'absence d'examen clinique en présentiel : baisse de la satisfaction des patients, qualité « empêchée » par l'absence du toucher et de l'examen physique ;
- de comparer les différences éventuelles entre téléconsultation et consultation classique dans les diagnostics, la prescription d'examens complémentaires et de médicaments pour une pathologie donnée ;
- d'évaluer le ressenti psychologique et les conséquences anthropologiques dans les différentes classes d'âge d'une consultation faite par « l'intermédiaire d'un écran » ;
- de faire évaluer par une autorité administrative indépendante le Service Médical Rendu dans les différents territoires, dans la rapidité de l'accès aux téléconsultations et dans la continuité des soins en tenant compte du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) ;
- de faire évaluer et comparer les plateformes par la Haute Autorité de Santé ainsi que d'analyser les coûts du dispositif pour le médecin, le patient et la collectivité.

Références

- [1] HAS. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Guide de bonnes pratiques; 2019. p. 28.
- [2] Académie nationale de médecine. Le déploiement de la télé-médecine pour répondre aux enjeux du XXI^e siècle. Bull Acad Natle Med 2019;203:209–14.
- [3] Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Rev Fr Sociol 2013;Vol. 54:303–29.
- [4] CNIL. La Sécurité des données personnelles. Les Guides de la CNIL; 2018. Disponible sur : https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/cnil_guide_securite_personnelle.pdf.
- [5] HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19. Téléconsultation et télésoin; 2020.
- [6] Académie nationale de médecine. Le médecin généraliste face à la COVID-19. Bull Acad Natle Med 2020;204:712–3.
- [7] Agence du numérique en santé. Baromètre sur la télé-médecine. Paris: ANS; 2020. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/actualites/lans-publie-un-nouveau-barometre-sur-la-telemedecine> (consulté le 23/01/2021).
- [8] Assurance Maladie. Téléconsultation, une pratique qui s'installe dans la durée. Communiqué de presse, 16 septembre 2020. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-09-16_Teleconsultations_anniversaire_2_ans.pdf (consulté le 23/01/2021).
- [9] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Mésusage de la Télé-médecine. Rapport du CNOM décembre 2020. Disponible sur : https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/rapport/10ax7i9/cnom_mesusage_de_la_telemedecine.pdf.
- [10] Eberly L, Kallan ML, Julien HM, Haynes N, Khatana SAM, Nathan AS, et al. Patient Characteristics Associated With Telemedicine Access for Primary and Specialty Ambulatory Care During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open 2020;3:e2031640.
- [11] Gallais JL, et al. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Doc Rech Med Gen SFMG 1994;1:1–107.
- [12] Lewis RP. The clinical examination is still the lynchpin of quality cardiovascular care. Am Heart Hosp J 2006;4:20–3.
- [13] Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19, 1162. DREES études et résultats; 2020, 4 p.
- [14] Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilberg S, Frappé P, Schuers M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. BMJ Open 2020;10:e042119.
- [15] Uscher-Pines L, Mulcahy A, Cowling D, Hunter G, Burns R, Mehrotra A. Antibiotic prescribing for acute respiratory infections in direct-to-consumer telemedicine visits. JAMA Intern Med 2015;175:1234–5.
- [16] Ray KN, Shi Z, Gidengil CA, Poon SJ, Uscher-Pines L, Mehrotra A. Antibiotic prescribing during pediatric direct-to-consumer telemedicine visits. Pediatrics 2019;143:e2018249.
- [17] Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik GJ. A comparison of care at evisits and physician office visits for sinusitis and urinary tract infections. JAMA Intern Med 2013;173:72–4.
- [18] Davis CB, Marzec LN, Blea Z, Godfrey D, Bickley D, Michael SS, et al. Antibiotic prescribing patterns for sinusitis within a direct-to-consumer virtual urgent care. Telemed J E-Health 2019;25:519–22.
- [19] Shi Z, Mehrotra A, Gidengil CA, Poon SJ, Uscher-Pines L, Ray KN. Quality of care for acute respiratory infections during direct-to-consumer telemedicine visits for adults. Health Aff Proj Hope 2018;37:2014–23.
- [20] Académie nationale de médecine. Télé-médecine et maladies cardiovasculaires, l'impact du numérique dans la relation de soins. Bull Acad Natl Med 2020;204:817–45.
- [21] Mancuso V. Efficacité de la télé-médecine sur la réduction des consultations physiques dans le cadre de motifs infectieux de médecine générale. Thèse de médecine. Université de Paris; 2020.
- [22] Patel K. Is clinical examination dead? BMJ 2013;346:f3442, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f3442>.
- [23] Balint M. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 2003.
- [24] Autret A, Les effets placebo. Des relations entre croyances et médecines. Paris: L'Harmattan; 2013.
- [25] Jaury P. « Groupes Balint » 55–60. In: Grimaldi A, Cosserrat J, editors. La relation médecin-malade. Paris: Elsevier; 2004, 202p. (EMC référence).
- [26] Dorra A. Essor de la télé-médecine, de la biologie et de l'imagerie : et si l'examen clinique était en perte de vitesse. In: Quotidien Med.; 2020. p. 2.