



**HAL**  
open science

# Comment la téléconsultation modifie les perceptions du "prendre soin"?: Une étude qualitative par une double perspective patients - professionnels de santé

Amélie Lorient

## ► To cite this version:

Amélie Lorient. Comment la téléconsultation modifie les perceptions du "prendre soin"?: Une étude qualitative par une double perspective patients - professionnels de santé. Marketing & Valeur(s) Création et destruction de valeur(s) pour la société, Jun 2024, PARIS, France. pp.1-14. hal-04851126

**HAL Id: hal-04851126**

**<https://hal.science/hal-04851126v1>**

Submitted on 20 Dec 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

---

**COMMENT LA TELECONSULTATION MODIFIE LES PERCEPTIONS DU**

**« PRENDRE SOIN » ? : UNE ETUDE QUALITATIVE PAR UNE DOUBLE**

**PERSPECTIVE PATIENTS - PROFESSIONNELS DE SANTE**

**Amélie Lorient**

Université Paris Dauphine - PSL, DRM, UMR CNRS 7088, Paris, France

[amelie.lorient@dauphine.psl.eu](mailto:amelie.lorient@dauphine.psl.eu)

---

## COMMENT LA TELECONSULTATION MODIFIE LES PERCEPTIONS DU « PRENDRE SOIN » ? : UNE ETUDE QUALITATIVE PAR UNE DOUBLE PERSPECTIVE PATIENTS - PROFESSIONNELS DE SANTE

**Résumé :** L'essor de la téléconsultation mène à une disruption de la dynamique traditionnelle de la consultation. La relation patient-professionnel de santé, et ce qui est au cœur du colloque singulier, la notion de « *prendre soin* », se trouvent réappréhendés à distance. L'objectif de cette recherche est de comprendre comment se structurent les perceptions des patients et professionnels de santé à l'égard du *care* et comment la pratique de téléconsultation les affecte. Des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de 24 patients et 16 professionnels. Cette recherche a permis d'identifier quatre dimensions (fonctionnelle, émotionnelle, cognitive, symbolique) structurant le sentiment de *care* des acteurs lors d'une [télé]consultation, contribuant à la littérature sur le *care* dans une perspective marketing. En distinguant différents leviers d'influence, cette étude apporte des pistes de réflexions quant aux manières de réenchanter le *care perçu* en associant consultations présentes et téléconsultations dans le parcours de soins.

**Mots clés :** digitalisation des soins ; téléconsultation ; prendre soin ; relation patient-professionnel de santé ; théorie du care

### HOW ARE PERCEPTIONS OF CARE CHANGED IN THE CONTEXT OF THE RISE OF TELECONSULTATION?: A QUALITATIVE STUDY THROUGH PATIENT'S AND HEALTH PROFESSIONAL'S PERSPECTIVE

**Abstract:** The rise of teleconsultation has disrupted the traditional dynamics of consultation. The patient-health professional relationship and the heart of the “colloque singulier” - care - are being challenged at a distance. This research aims to understand how patients' and health professionals' perceptions of *care* are shaped, and how teleconsultation affects them. Semi-structured interviews were conducted with 24 patients and 16 health professionals. This research identified four dimensions (functional, emotional, cognitive, symbolic) structuring the stakeholder's feeling of *care* during a [tele]consultation, contributing to the literature on *care* from a marketing perspective. By distinguishing various levers of influence, this study provides food for thought on ways to re-enchant *perceived care* by combining face-to-face consultations and teleconsultations in care pathways.

**Keywords:** digitalization of care; teleconsultation; taking care; patient-health professional relationship; care theory

#### Introduction et contexte

Soutenue par le plan « Innovation santé 2030 »<sup>1</sup>, la digitalisation du secteur de la santé a connu une accélération ces dernières années. Parmi les projets promus, des actions spécifiques de déploiement de solutions de téléconsultations sont menées<sup>2</sup>. Définie comme « *une consultation à distance entre un professionnel médical et son patient via l'utilisation des technologies de l'information et de la communication* », la téléconsultation a connu un essor important depuis la pandémie de Covid-19. Réalisée seul ou accompagné d'un professionnel de santé, depuis le domicile ou un lieu dédié et équipé (borne ou cabine), de manière ponctuelle ou régulière, il existe différents types de téléconsultations (Boudet 2023). Cette pratique soulève des enjeux territoriaux (Raynaud 2022), juridiques et éthiques (Cayol, Catherine, et Rogue 2022), mais également communicationnels et relationnels (Grosjean et al. 2020). En redéfinissant le cadre

---

<sup>1</sup> Stratégie d'accélération « Santé numérique » | [entreprises.gouv.fr](https://entreprises.gouv.fr)

<sup>2</sup> Dossier de presse - Stratégie d'accélération « Santé numérique » - 18 octobre 2021

---

du colloque singulier<sup>3</sup>, la téléconsultation interroge finalement les perceptions du « *prendre soin* » des patients et professionnels de santé.

## Fondements théoriques

Définie comme un « *entretien d'un médecin à son cabinet avec son client, au cours duquel il le questionne, l'ausculte en vue de diagnostiquer une maladie* »<sup>4</sup>, la notion de consultation peut être appréhendée comme une succession d'étapes, allant de la prise de contact à la clôture de la rencontre (Fournier et Kerzanet 2007). Elle est, par nature, relationnelle, définie comme « *la rencontre d'une conscience (le médecin) et d'une confiance (le patient)* » (Hardy 2013, p.23). En effet, les interactions qui caractérisent la consultation constituent la clé de voûte des soins (Dorr Goold et Lipkin 1999, p.S26), car prendre soin d'autrui n'est pas uniquement une question de compétences techniques, mais représente aussi une préoccupation relationnelle, intime et émotionnelle (Brugère 2014). Le « *prendre soin* » constitue le cœur de la consultation.

Alors qu'en anglais, deux termes désignent la notion de soin : « *to cure* » orienté vers la guérison et « *to care* » orienté vers le fait de « *prendre soin* », nous ne disposons en français que du verbe « *soigner* », tant utilisé dans le sens thérapeutique que de l'attention accordée à l'autre. Or, la notion de *care* comprend différents aspects, dépassant la dimension technique du soin (Noël-Hureaux 2015). Tronto et Fisher (1990) ont distingué quatre phases du *care* : le *caring about*, soit l'idée de se soucier de l'autre en lui portant de l'attention ; le *taking care of*, soit reconnaître le besoin de l'autre en assumant la responsabilité de la prise en charge ; le *care giving*, soit le fait de prendre soin de l'autre en lui prodiguant concrètement des soins ; et le *care receiving*, soit la phase de réaction du sujet qui reçoit les soins. S'inscrivant dans une perspective holistique, une approche des soins centrée sur le patient (« *Patient-Centered Care* ») s'est imposée ces dernières années et mène à un *care* prenant davantage en compte l'expérience des patients (Gluyas 2015) considérés de manière croissante comme des acteurs dans la prise en charge de leur santé (Agarwal et al. 2020). Issue de la perspective marketing de l'orientation-client, ou *customer-centricity*, cette approche a récemment été définie par Gilbert et Laporte (2023, p.22) comme un « *dispositif marketing* » qui s'inscrit dans la co-construction d'une stratégie « *autour d'un bien commun, le « prendre soin »* ». La littérature révèle que la téléconsultation participe à une horizontalisation des rapports de pouvoir et au glissement du modèle paternaliste des soins vers une approche consumériste ou clientéliste (Calheiros 2022), mais, dans ce contexte, qu'en est-il du « *prendre soin* » perçu par les acteurs ?

Des recherches récentes en marketing ont exploré les déterminants de l'adoption de la téléconsultation (Swan, Dahl, et Peltier 2019; Yuen et al. 2023). Bien que permettant un renforcement de l'accès aux soins (Ashwood et al. 2017) et de l'*empowerment* des patients (Mano et Morgan 2022), des barrières à l'adoption de la téléconsultation demeurent (Sheng et al. 2023). Les patients et professionnels craignent une dégradation de la qualité des soins en téléconsultation (Durupt et al. 2016), une dépersonnalisation de la relation (Rubeis, Schochow, et Steger 2018), voire une déshumanisation des interactions (Botrugno 2021) en raison d'un dédoublement de l'espace (Mathieu-Fritz, 2018). Alors qu'en consultation présenteielle, le patient et le professionnel se trouvent dans un même lieu, partagé et dédié à la pratique médicale, la téléconsultation fait co-exister deux espaces éloignés et les interactions sont médiées par la technologie, menant à une *respatialisation* des pratiques et des relations selon Andreassen et al. (2018). On assiste ainsi à une disruption du cadre traditionnel de la consultation et à de nouveaux modes d'organisation. Ainsi, comment se (re)structure le sentiment de care des acteurs au regard de l'essor de la téléconsultation ? Explorer les

---

<sup>3</sup> Expression faisant référence à la relation patient-médecin

<sup>4</sup> CONSULTATION : Définition de CONSULTATION (cnrtl.fr)

---

perceptions du « *prendre soin* » sous la double focale structurante patient – professionnel de santé est l’objectif de cette recherche.

## **Méthodologie**

Des entretiens semi-directifs ont été menés entre mai 2022 et octobre 2023 auprès de 24 patients et 16 professionnels de santé. C’est dans une perspective de complémentarité que nous avons interrogé des patients et des professionnels, « *le médecin et le patient [devant] être considérés comme des experts dans des aspects différents mais interdépendants des soins de santé* » (Kahn et al. 1997, p.370). Nous souhaitions comprendre comment ils définissent et perçoivent une consultation, explorer leurs attentes, les éléments auxquels ils accordent de l’importance, ainsi que leurs expériences de téléconsultations afin de comprendre comment se structurent leurs perceptions de *care*. Les personnes interrogées ont été recrutées jusqu’à saturation des informations recueillies selon un échantillon de convenance basé sur une variété suffisante en termes de genre, d’âge, de territoire de vie et de catégorie socio-professionnelle (Annexe 1). Les entretiens ont duré entre 30 et 90 minutes et ont été réalisés au domicile du patient, au cabinet du professionnel ou via Microsoft Teams. Ils ont été enregistrés et retranscrits. Nous avons procédé à une analyse verticale avant de mener une analyse thématique horizontale via le logiciel NVivo12, en suivant l’approche de la théorie ancrée (Strauss et Corbin 1997).

## **Résultats<sup>5</sup>**

### ***Le sentiment d’un accès facilité***

L’accessibilité spatiale des soins se trouve naturellement renforcée par la téléconsultation, considérée comme une solution confortable qui évite les contraintes relatives au déplacement (V1), offre une plus grande liberté dans le choix de praticien (V2) et pallie la problématique d’inaccessibilité des soins dans les déserts médicaux (V3). Le sentiment d’accès au soin s’avère surtout ressenti sur le plan temporel, renvoyant à la capacité d’obtenir un rendez-vous dans un délai réduit (V4). Une plus grande accessibilité temporelle est donc permise par la téléconsultation qui correspond à une solution pratique de « dépannage » (V5). De fait, la téléconsultation se déploie avec succès dans la mesure où elle permet de connecter patients et professionnels de santé spatialement éloignés.

### ***Le sentiment d’une relation dénaturée***

Fournir des soins de qualité constitue l’objectif principal d’une consultation tant pour les patients que pour les professionnels de santé (V6, V7). Or, ce *care* ne peut se réaliser qu’à condition d’une relation solide entre le patient et le professionnel de santé. Or, cette dernière apparaît bouleversée en téléconsultation. Les patients et professionnels de santé s’accordent sur le fait que le sentiment d’être en présence doit être réinventé car il est atténué par l’écran qui les sépare. Alors que la présence physique vient « *faire du lien* » (V8), une sensation d’éloignement et de détachement est ressentie par les professionnels et par les patients en téléconsultation (V9). Il ressort que leur rapport à l’écran symbolise leur rapport à autrui : lorsqu’ils se sentent éloignés de l’écran, ils se sentent finalement loin de l’autre (V10). Le caractère non-réel de la téléconsultation est alors déploré, le contact s’instaurant différemment à distance, alors même que « *la vie en société c’est se toucher, s’entendre, s’approcher* » (V11). L’absence de présence physique semble en effet rendre plus difficile la perception des émotions d’autrui, ne permettant pas une compréhension subtile des ressentis (V12). La téléconsultation est définie comme de « *moins haute définition* » qu’une consultation présenteielle (V13). L’écran

---

<sup>5</sup> Les résultats de cette recherche sont illustrés par des verbatims en Annexe 2.

---

est un filtre dans la relation et cette idée est notamment illustrée par une métaphore associant l'écran à des lunettes de soleil portés à l'intérieur d'une pièce (V14).

Le sentiment de care des patients se trouve également atténué en téléconsultation par le fait qu'un contact physique avec le professionnel n'est pas possible, considérant qu'une téléconsultation n'est pas une « vraie » consultation (V15). Les professionnels de santé partagent ce ressenti en soulignant le rôle fondamental des expériences sensorielles. Observer, sentir, toucher, écouter... ils font appel à l'ensemble de leurs sens afin d'établir une décision clinique. Or, ces expériences se trouvent limitées à distance, ce qui génère une frustration du côté des professionnels (V16). Par ailleurs, au cours de l'entretien, le professionnel écoute le patient et « décode » les informations délivrées (V17), tout en veillant à ce qui n'est pas dit explicitement (V18). Cerner le véritable motif de consultation passe notamment par le respect des silences parfois lourds de sens. Ceux-ci apparaissent plus difficiles à maintenir en téléconsultation car ils sont associés à un problème technique de connexion (V19). Ils tendent à perdre leur valeur signifiante. A cela s'ajoute la perte de la communication non-verbale qui peut impacter la décision clinique et donc la qualité des soins (V20). Mais, paradoxalement, la téléconsultation régulière apparaît bénéfique en termes de communication. Permettant de faire un point régulier dans le parcours ou d'échanger sur des résultats d'exams, la téléconsultation de suivi assure une continuité des soins en facilitant le contact (V21).

Les temps conclusifs et informationnels participent aussi au sentiment de care des patients, qui apprécie recevoir des informations quant au diagnostic et au processus de soins (V22). La compréhension mutuelle semble cependant plus difficile par écran interposé, les quiproquos s'avérant plus fréquents et les professionnels de santé se sentant limités dans leurs manières d'expliquer leurs recommandations (V23). Cette dégradation de la capacité explicative et compréhensive des parties prenantes peut s'expliquer par le fait que se regarder dans les yeux s'avère plus difficile en téléconsultation, chacun regardant son écran et non la caméra (V24).

Enfin, les entretiens ont mis en lumière l'importance des temps informels de la consultation, temps qui viennent faire du lien entre les acteurs et participent à leurs perceptions du prendre soin. Les patients interrogés déplorent une réduction de la durée des consultations en raison de la charge de travail des professionnels, incités à accélérer le rythme des consultations au détriment de la qualité des soins (V25) et conduisant les patients au sentiment d'être « expédiés » (V26). Mais il s'agit moins d'une question de durée que de prendre le temps suffisant pour l'autre (V27). En ce sens, les temps informels de la rencontre revêtent une dimension émotionnelle majeure. Le « *chichi* » (V28), la capacité à s'exprimer sur des choses du quotidien, des banalités, n'est pas sans effet sur l'expérience vécue par les patients et professionnels de santé. En permettant la construction d'un lien informel, ces temps d'échanges participent au sentiment de care. Cependant, ces temps informels sociaux-affectifs tendent à disparaître en téléconsultation, les parties prenantes entrant plus rapidement dans « *le vif du sujet* » (V29).

### ***La redéfinition d'une juste proximité***

Si la relation patient - professionnel de santé présente un caractère « privilégié » (V30), elle n'en demeure pas moins inégale en raison des dynamiques de pouvoir déterminées par des symboliques de savoir. Affirmer une distance relationnelle appropriée est alors un enjeu majeur dans la formation du sentiment de care. L'établissement d'une « juste distance » qui s'inscrit dans la reconnaissance d'une co-présence asymétrique, constitutive du « prendre soin », doit pouvoir se déployer dans les contraintes du rapport à l'espace et à l'écran. Le sentiment de care des patients repose principalement sur le fait de se sentir considéré. Ce sentiment se manifeste lorsqu'ils ne sont pas perçus comme des « *numéros* » (V31) ou réduits à leur pathologie (V32). La disparition de la proximité physique en téléconsultation peut ne pas s'accompagner d'un

affaiblissement des perceptions de proximité psychologique ni de la dégradation du sentiment d'être en présence. L'enjeu consiste alors réintégrer de la proximité non-physique (symbolique, affective, émotionnelle) à distance. Dans cette optique, patients comme professionnels soulèvent l'importance accrue accordée à l'écoute, considérée comme un élément fondateur des perceptions du « prendre soin » (V33). En accordant de l'attention à l'autre et en le considérant dans sa complexité, cette recherche met en évidence l'enjeu crucial du « prendre soin », au-delà du simple « soin », dans la redéfinition d'une juste proximité relationnelle, à distance.

## Discussion

### *Implications théoriques*

En soulignant l'intérêt d'adopter une double approche du *care*, centrée à la fois sur les patients et sur les professionnels, ce travail contribue à la littérature marketing sur l'orientation patient (Agarwal et al. 2020; Gilbert et Laporte 2023) et professionnels (Fischer et Albers 2010). Cette recherche s'inscrit dans le prolongement des travaux sur le *care* de Tronto et Fisher (1990) et Shaw et al. (2017) en offrant un éclairage sur les manières dont la dynamique de la consultation et les différents aspects du « prendre soin » se trouvent bouleversés par l'essor de la téléconsultation. A l'issue de l'analyse des entretiens, les éléments identifiés font émerger quatre dimensions du sentiment de care des patients et professionnels de santé (figure 1). Enfin, en explorant les effets de la téléconsultation sur le sentiment de care, cette étude contribue à enrichir les recherches récentes en marketing relatives à l'exploration des facteurs d'adoption de la téléconsultation (Yuen et al. 2023; Sheng et al. 2023). En effet, la présente recherche permet d'identifier des éléments symbolique, cognitif, émotionnel et fonctionnel renforçant ou dégradant le sentiment de care des patients et professionnels de santé lors d'une téléconsultation.

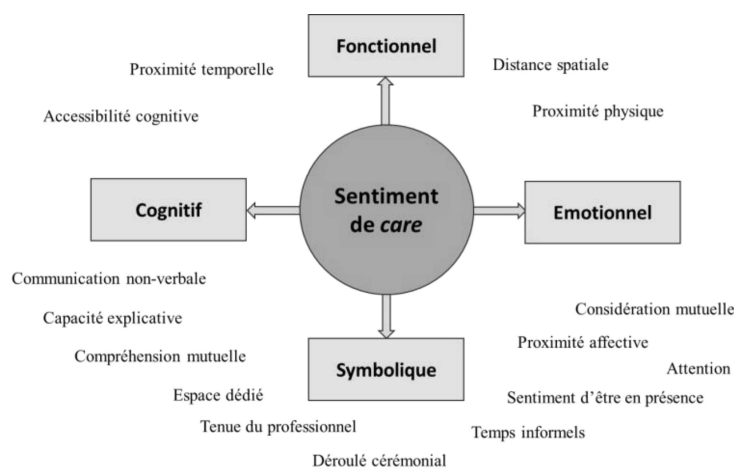


Figure 1: Schéma synthétique des quatre dimensions constitutives du sentiment de care

### *Implications managériales et sociétales*

Cette recherche offre un éclairage aux différents acteurs, publics et privés, pour le déploiement de solutions de téléconsultations adaptées aux besoins, attentes et préférences des parties prenantes. Sur le plan managérial, elle fournit des clés pour mieux comprendre les comportements d'adoption ou de rejet des patients et professionnels à l'égard de la téléconsultation. Les résultats constituent des pistes de réflexion quant à des manières de renforcer les perceptions positives à l'égard du *care*, donné et reçu, en mobilisant les différents leviers d'influence identifiés sur les plans fonctionnel, émotionnel, cognitif et symbolique. Renforcer le sentiment de présence, restructurer les temps de la consultation à distance, accroître l'attention accordée à l'autre constituent des perspectives à investiguer pour

---

réenchanter les pratiques de soins en téléconsultation. Cette étude met notamment en lumière l'importance d'adopter une approche des soins centrée sur le patient en téléconsultation.

### ***Limites et voies de recherches***

Cette recherche n'est pas exempte de limites. Bien que nous ayons interrogé des patients de zone urbaine et rurale, notre échantillon comprend une faible diversité territoriale. Nos résultats pourraient être enrichis en interrogeant des patients d'autres régions françaises. Compléter cette étude qualitative par une démarche quantitative, à travers des expérimentations, offrirait une compréhension plus fine de l'influence des leviers identifiés sur les perceptions de *care* des patients, et ce en fonction de la spécialité du professionnel de santé rencontré. Enfin, bien que la téléconsultation facilite les échanges, ces derniers sont vécus comme déshumanisant le *care*. Ainsi, comment déterminer le *juste* équilibre entre humanité et technologie ? Comment associer virtuel et présentiel dans les parcours de soins ? Ces questionnements constituent des futures perspectives de recherches.



---

## Références

- Agarwal, Ritu, Michelle Dugas, Guodong (Gordon) Gao, et P. K. Kannan. 2020. « Emerging technologies and analytics for a new era of value-centered marketing in healthcare ». *Journal of the Academy of Marketing Science* 48 (1): 9-23. <https://doi.org/10.1007/s11747-019-00692-4>.
- Andreassen, Hege K., Kari Dyb, Carl R. May, Catherine J. Pope, et Line L. Warth. 2018. « Digitized Patient-Provider Interaction: How Does It Matter? A Qualitative Meta-Synthesis ». *Social Science & Medicine* (1982) 215 (octobre): 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.036>.
- Ashwood, J. Scott, Ateev Mehrotra, David Cowling, et Lori Uscher-Pines. 2017. « Direct-To-Consumer Telehealth May Increase Access To Care But Does Not Decrease Spending ». *Health Affairs (Project Hope)* 36 (3): 485-91. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1130>.
- Boudet, Jeanne. 2023. « Les médecins généralistes de Normandie ont-ils intégré la téléconsultation à leur exercice ? », mai, 71.
- Brugère, Fabienne. 2014. « Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? » In *Cahiers philosophiques*, n° 136:58. <https://doi.org/10.3917/caph.136.0058>.
- Calheiros, Cécilia. 2022. « Comment la téléconsultation médicale « en autonomie » infléchit-elle les rapports de pouvoir dans la relation médecin-patient ? » *Netcom. Réseaux, communication et territoires*, n° 36-3/4 (décembre). <https://doi.org/10.4000/netcom.7264>.
- Cayol, Amandine, Aurore Catherine, et Fanny Rogue. 2022. « Enjeux juridiques et éthiques du consentement des personnes âgées à la téléconsultation : l'exemple Normand ». *Netcom. Réseaux, communication et territoires*, n° 36-3/4 (décembre). <https://doi.org/10.4000/netcom.7266>.
- Dorr Goold, S., et M. Lipkin. 1999. « The Doctor-Patient Relationship: Challenges, Opportunities, and Strategies ». *Journal of General Internal Medicine* 14 Suppl 1 (Suppl 1): S26-33. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00267.x>.
- Durupt, Maxime, Olivier Bouchy, Sonia Christophe, Joëlle Kivits, et Jean-Marc Boivin. 2016. « La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes ». *Santé Publique* 28 (4): 487-97. <https://doi.org/10.3917/spub.164.0487>.
- Fischer, Marc, et Sönke Albers. 2010. « Patient-or Physician-Oriented Marketing: What Drives Primary Demand for Prescription Drugs? » *Journal of Marketing Research* 47 (1): 103-21. <https://doi.org/10.1509/jmkr.47.1.103>.
- Fournier, Cécile, et Sandra Kerzamet. 2007. « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature ». *Santé Publique* 19 (5): 413-25. <https://doi.org/10.3917/spub.075.0413>.
- Gilbert, Patrick, et Marie-Eve Laporte. 2023. « L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes ». *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)* 38 (1): 40-60. <https://doi.org/10.1177/07673701221112692>.
- Gluyas, Heather. 2015. « Patient-Centred Care: Improving Healthcare Outcomes ». *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)* 30 (4): 50-57; quiz 59. <https://doi.org/10.7748/ns.30.4.50.e10186>.
- Grosjean, Sylvie, Maria Cherba, Isaac Nahon-Serfaty, Luc Bonneville, et Richard Waldolf. 2020. « Quand la distance reconfigure la pratique clinique. Une analyse multimodale des interactions en télémédecine ». *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, n° 29 (juin): 61-87. <https://doi.org/10.4000/communiquer.5219>.
- Hardy, Anne-Chantal. 2013. « 1. Du colloque singulier à l'éthique médicale ». In *Travailler à guérir*, 23-45. Recherche, santé, social. Rennes: Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/travailler-a-guerir--9782810901111-p-23.htm>.
- Kahn, Barbara, Eric Greenleaf, Julie Irwin, Alice Isen, Irwin Levin, Mary Luce, Manuel Pontes, James Shanteau, Marc Vanhuele, et Mark Young. 1997. « Examining Medical Decision Making from a Marketing Perspective ». *Marketing Letters* 8 (3): 361-75. <https://doi.org/10.1023/A:1007979923514>.

- Mano, Max S., et Gilberto Morgan. 2022. « Telehealth, Social Media, Patient Empowerment, and Physician Burnout: Seeking Middle Ground ». *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, n° 42 (juillet): 28-37. [https://doi.org/10.1200/EDBK\\_100030](https://doi.org/10.1200/EDBK_100030).
- Mathieu-Fritz, Alexandre. 2018. « Les téléconsultations en santé mentale. Ou comment établir la relation psychothérapeutique à distance ». *Réseaux* 207 (1): 123-64. <https://doi.org/10.3917/res.207.0123>.
- Noël-Hureaux, Elisabeth. 2015. « Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? » *Recherche en soins infirmiers* 122 (3): 7-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>.
- Raynaud, Joy. 2022. « L'e-santé en France : déclinaisons et implications territoriales ». *Netcom. Réseaux, communication et territoires*, n° 36-3/4 (décembre). <https://doi.org/10.4000/netcom.7295>.
- Rubeis, Giovanni, Maximilian Schochow, et Florian Steger. 2018. « Patient Autonomy and Quality of Care in Telehealthcare ». *Science and Engineering Ethics* 24 (1): 93-107. <https://doi.org/10.1007/s11948-017-9885-3>.
- Shaw, Deirdre, Robert McMaster, Cristina Longo, et Nil Özçaglar-Toulouse. 2017. « Ethical qualities in consumption: Towards a theory of care ». *Marketing Theory* 17 (4): 415-33. <https://doi.org/10.1177/1470593117699662>.
- Sheng, Xiaojing, Yuri Martirosyan, Khondoker Sayeed Hossain, Reto Felix, et Arjun Singh. 2023. « Unpacking the influencing factors of telehealth usage among older consumers ». *Health Marketing Quarterly*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/07359683.2023.2287927>.
- Strauss, Anselm, et Juliet M. Corbin. 1997. *Grounded Theory in Practice*. SAGE.
- Swan, Eric L., Andrew J. Dahl, et James W. Peltier. 2019. « Health-care marketing in an omni-channel environment: Exploring telemedicine and other digital touchpoints ». *Journal of Research in Interactive Marketing* 13 (4): 602-18. <https://doi.org/10.1108/JRIM-03-2019-0039>.
- Tronto, Joan C., et Berenice Fisher. 1990. « Toward a Feminist Theory of Caring ». In *Circles of Care*, édité par E. Abel et M. Nelson, 36-54. Albany, NY: SUNY Press.
- Yuen, Kum Fai, Jie Ying Chua, Xue Li, et Xueqin Wang. 2023. « The determinants of users' intention to adopt telehealth: Health belief, perceived value and self-determination perspectives ». *Journal of Retailing and Consumer Services* 73 (juillet): 103346. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2023.103346>.

## Annexe 1 : Caractéristiques des répondants

<i>Patients</i>	<i>Genre</i>	<i>Âge</i>	<i>Territoire de vie</i>	<i>Catégorie socio-professionnelle</i>	<i>Expérience de téléconsultation</i>
1	F	23	Urbain	Etudiante	Oui
2	H	35	Urbain	Directeur commercial	Oui
3	H	68	Urbain	Retraité	Non
4	F	50	Urbain	Aide-soignante	Non
5	H	52	Urbain	Enseignant	Oui
6	H	42	Rural	Conseiller en assurance	Oui
7	F	69	Rural	Retraîtée	Oui
8	H	53	Rural	Restaurateur	Oui
9	H	73	Urbain	Retraité	Non
10	H	46	Rural	Conseiller bancaire	Non
11	F	60	Rural	Technicienne	Non
12	H	45	Urbain	Formateur	Non
13	H	23	Urbain	Etudiant	Non
14	F	57	Urbain	Responsable	Oui
15	H	57	Urbain	Directeur commercial	Oui
16	H	62	Rural	Agriculteur - éleveur	Non
17	F	54	Rural	Auxiliaire de vie	Non
18	F	72	Rural	Retraîtée	Oui
19	H	83	Rural	Retraité	Non
20	F	42	Urbain	Gestionnaire	Oui
21	F	23	Urbain	Etudiante	Non
22	H	34	Rural	Artisan maçon	Non
23	F	59	Rural	Enseignante	Oui
24	F	51	Urbain	Employée	Oui

<i>Professionnel</i>	<i>Genre</i>	<i>Age</i>	<i>Territoire de vie</i>	<i>Profession</i>	<i>Lieu d'exercice</i>
1	H	72	Rural	Médecin généraliste retraité	Libéral
2	F	40	Rural	Médecin généraliste	Libéral
3	H	57	Rural	Kinésithérapeute - Ostéopathe	Libéral
4	F	25	Urbain	Pédicure - Podologue	Libéral
5	F	30/35	Rural	Kinésithérapeute	Libéral
6	F	45/50	Urbain	Psychologue clinicienne	Hôpital
7	F	30	Urbain	Médecin généraliste	Libéral
8	H	60/65	Urbain	Oncologue	Hôpital
9	F	50/55	Urbain	Dermatologue	Libéral / Hôpital
10	F	50/55	Rural	Orthophoniste	Libéral
11	F	40/50	Rural	Diététicienne	Libéral
12	F	35/40	Rural	Pharmacienne	Libéral
13	F	30/40	Urbain	Infirmière de coordination	Hôpital
14	F	35/45	Urbain	Infirmière de coordination	Hôpital
15	F	40/45	Rural	Gynécologue – Sage-femme	Libéral / Hôpital
16	H	65/75	Urbain	Néphrologue retraité	Hôpital

## Annexe 2 : Verbatim mentionnés

N°	Verbatim	Répondant
1	« Pour une ordonnance que j'ai et que je fais renouveler tous les 6 mois, s'il n'y a rien de spécial là je serais partant pour une téléconsultation. Pourquoi se déplacer pour aller chercher un bout de papier ? (...) Si le praticien en question est un peu plus loin, que je dois prendre ma voiture ou les transports en commun, est ce que je peux me garer ? Est-ce que j'aurai un bus, est-ce que j'aurais une correspondance ? Est-ce que je serai à l'heure ? (...) autant faire une téléconsultation. »	(patient 3)
2	« Et puis ça permet aux personnes aussi de choisir par qui elles veulent être suivies. Moi, j'ai des personnes qui sont dans la France entière. Elles ont des diet' à côté de chez elle, sûrement mais elles m'ont choisie parce que je suis beaucoup sur les réseaux sociaux, peut-être qu'elles ont aimé ma tête et puis ce que je raconte et puis elles se sont dit « tiens, moi j'ai envie d'être suivie par elle ». Donc la visio ça permet ça aussi de pouvoir choisir son professionnel de santé, voilà, au-delà de la distance géographique, ça ouvre, ça permet une ouverture. »	(professionnel 11)
3	« D'un point de vue santé publique très global, ça pallie les déserts médicaux. Quand on voit que dans certaines zones, pour voir son généraliste, il faut 3 semaines, voire plus, et bien malgré tout, le fait qu'il y ait des téléconsultations accessibles assez rapidement, ça pallie ça. »	(professionnel 7)
4	« Quand on voit que dans certaines zones, pour voir son généraliste, il faut 3 semaines, voire plus, et bien malgré tout, le fait qu'il y ait des téléconsultations accessibles assez rapidement, ça pallie ça. »	(professionnel 7)
5	« Ça peut être une première étape et savoir s'il y a urgence. Par exemple on ne peut pas avoir un médecin le week-end, ne serait-ce que ça, donc l'autre option c'est SOS médecin, et si c'est pas possible, en effet on a la e-santé avec la visite à distance. »	(patient 15)
6	« La priorité des priorités, c'est une offre de soins de qualité »	(patient 12)
7	« Une bonne consultation médicale, c'est d'avoir pu aider le patient dans sa recherche. (...) C'est pas forcément d'avoir soulagé le patient, c'est vraiment d'avoir trouvé une solution au problème ou en tout cas de l'avoir orienté vers les bonnes personnes qui pourront mieux l'aider que nous. »	(professionnel 4)
8	« Il y a cette histoire de la présence de l'autre. C'est pas forcément verbalisé comme tel par les patients, mais d'être en présence, ça permet d'être soit avec quelqu'un d'autre, avec le soutien de quelqu'un, avec le regard de quelqu'un, la bienveillance de quelqu'un. Ça veut pas dire que par écran interposé, il n'y a pas tout ça. Enfin la présence physique... Mais à mon avis le vécu est différent. La présence vient faire un lien différent. »	(professionnel 6)
9	« Sinon on dématérialise tout quoi. Ça apporte quand même du détachement vis-à-vis du soignant. »	(patient 12)
10	« Ça vient changer quelque chose au sens où moi-même, je me sens pas en présence de la même manière. Par exemple, quand je vois le	(professionnel 6)

	<i>petit encart où je m'aperçois, j'ai l'impression d'être hyper loin de l'écran et je me dis pour un patient, finalement, qu'est-ce que ça vient envoyer ? »</i>	
11	<i>« C'est le contact. C'est pareil là, si on avait fait l'entretien en visio, ça n'aurait pas été pareil, c'est le contact humain. Je trouve qu'il y a du gâchis et puis pour la société, c'est un peu comme de l'irréel. La vie en société c'est se toucher, s'entendre, s'approcher donc tu restes enfermé chez toi, tu ne sors plus, même le travail devient visio. »</i>	(patient 17)
12	<i>« La médiation par un écran, elle permet pas de comprendre, peut-être avec subtilité, les angoisses, les inquiétudes, voilà le ressenti, beaucoup de choses... tout n'est pas substituable. »</i>	(patient 5)
13	<i>On te voit à plat sur un écran. Là moi je te vois en volume. Tu as des expressions que je vois, que je peux percevoir là, qu'on peut pas percevoir sur un écran. Tu as des réactions, à mon sens, sur un écran qu'on ne peut pas percevoir. Des traits, des rictus. Quand on parle, on a une réaction du corps. Là on s'écoute, on se regarde et ainsi de suite. On se parle mais t'as les sourcils qui montent, qui descendent, t'as un rictus, t'as une tension. Et ça, à mon avis, on n'a plus accès à ça. C'est plus lisse, ce n'est pas vraiment réel. C'est moins vrai. C'est moins « haute définition ». En contact direct, c'est la haute définition. Pour moi, la qualité, la haute définition, c'est celle qu'on a là actuellement, à se voir, à s'écouter, plutôt que là [à distance]. »</i>	(professionnel 3)
14	<i>« Il y a une énergie qui se dégageait. Il y a un contexte, une connexion qui se fait plus facilement (...) C'est possible à l'écran, mais c'est un peu comme si tu voyais avec des lunettes de soleil à l'intérieur de chez toi. Tu vois bien mais tu serais plus dans la pièce si tu les enlevais. »</i>	(patient 2)
15	<i>« J'ai plutôt une vision un peu rétrograde de la téléconsultation. Pour moi, c'est comme le télétravail, c'est quand même... pas une forme d'arnaque, mais c'est comme ça que je le vois. C'est pas une vraie consultation. (...) Dans ce que j'imagine être une consultation, c'est vrai qu'il doit y avoir un contact physique possible avec le patient. Sinon pour moi c'est pas une vraie consultation. »</i>	(patient 5)
16	<i>« J'étais frustrée de pas pouvoir examiner les patients. Bon il y a des motifs où c'est simple de téléconsulter, et encore... tout qui est renouvellement d'ordonnance, il faut quand même prendre la tension etc. Il faut quand même examiner les patients diabétiques, donc moi je trouvais que c'était pas abouti. Ouais, j'avais cette sensation-là. J'ai l'impression qu'on repoussait le problème, de pas aller au bout des choses. »</i>	(professionnel 7)
17	<i>« Tout ce qu'ils peuvent me livrer lors de l'interrogatoire, de l'entretien, tout ça a une importance et je me suis aperçu au fil du temps que le patient te donnait la solution à son problème et que lui n'en avait pas conscience et que toi si tu l'écoutes pas, il faut savoir décoder par contre. Pourquoi il t'a dit ça, qu'est-ce que ça veut dire. »</i>	(professionnel 3)
18	<i>« Il y a l'échange verbal qui était important. Et puis vous savez qu'il y a une communication non verbale qui est très importante aussi. Je sais pas mais c'est de l'ordre de 80% de la communication dans les études, c'est à peu près ça. Donc il y a la façon de se tenir, la façon de s'asseoir, la façon de marcher, la façon de parler, la façon de</i>	(professionnel 8)

	<i>grimacer, il y a tout ça, le type de douleur quand il y a douleur, comment on les exprime, donc c'est pas tout simplement « remplissez l'échelle et dites-nous », voilà. Il y a le non-dit qui est très important et qu'il faut analyser avec l'expérience. Donc ça c'est le non-dit, important. »</i>	
19	<i>« Les silences sont beaucoup plus faciles à garder quand on est en présence que quand on est par téléphone. Et moi dans mon travail, c'est très important de respecter le temps du patient parce que ça peut être un moment où il réfléchit, etc. Et donc quand on est en présentiel, on peut le décrypter ce silence. Alors que par téléphone, c'est beaucoup plus compliqué, on a tendance à être plus interventionniste par téléphone ou en téléconsultation. Alors que parfois, il ne faudrait peut-être pas. »</i>	<i>(professionnel 6)</i>
20	<i>« C'est différent parce que parfois juste sur la gestuelle on peut voir qu'il y a des choses qui vont pas. En téléconsultation, on voit que la tête et on ne voit pas forcément le reste du corps. J'ai des patientes, elles ont des petits mouvements de cuisses frénétiques, qui bougent, donc ça c'est une angoisse ou des signes que ça ne va pas et du coup ça en téléconsultation on ne le voit pas. »</i>	<i>(professionnel 15)</i>
21	<i>« De temps en temps, j'ai un parent qui m'envoie en disant un message en me disant « Ah, j'ai un souci de voiture ou je sais pas quoi, est ce qu'on peut faire en visio ? » Voilà donc je reste le même jour, la même heure, mais en visio. (...) Après j'en ai qui partent 2 mois en vacances l'été donc on fait de la visio, une fois chez les grands-parents, une fois avec papa et maman, etc, pour ne pas faire d'interruptions trop longues. (...) ça permet d'avoir une prise en charge plus régulière, de ne pas avoir tous les râpés des vacances, ou quand maman a un gastro, elle ne peut pas l'amener l'enfant, parce que j'ai quand même beaucoup d'enfants, qui sont donc tributaires de leurs parents. (...) Moi le mixte comme ça ça me va et la téléconsultation en dépannage pour permettre une prise en charge efficace, assidue. »</i>	<i>(professionnel 10)</i>
22	<i>« Qu'on m'explique ce que j'ai. Pas besoin de termes précis ou pointilleux. Mais par contre que je puisse comprendre, « aujourd'hui vous avez tel symptôme pour moi c'est ça, voilà comment on va le soigner. » Essayer de comprendre pourquoi je suis là et comment ça va être soigné. »</i>	<i>(patient 6)</i>
23	<i>« Je pense qu'il y aura beaucoup plus de quiproquos parce qu'on peut forcément moins bien expliquer. Moi, je sais que ça m'arrive beaucoup de faire des schémas ou je montre sur moi, par exemple, quand le patient a une mauvaise posture. J'exagère en lui montrant comment est positionner ses jambes. Et forcément, le patient comprend. Ça revient un peu à ce que je disais au tout début, parce que j'adore expliquer aux gens qu'est ce qu'ils ont, pourquoi ça, pourquoi on fait ci ou ça. »</i>	<i>(professionnel 4)</i>
24	<i>Il y a un regard qui est possible, qui est beaucoup plus compliqué en téléconsultation, on regarde l'écran et pas la caméra. Donc on se regarde pas dans les yeux et puis il y a quelque chose qui, je pense, est plus contenant en présentiel.</i>	<i>(professionnel 6)</i>

25	« On n'est pas assez nombreux et on a une charge de travail énorme donc du coup on est incité à faire de l'abattage en fait au détriment de la qualité des soins. »	(professionnel 2)
26	« Maintenant ils sont plus pressés, en fait il manque tellement de médecins que maintenant ils expédient un peu. »	(patient 1)
27	« Ensuite, une bonne consultation, c'est une écoute. Ça n'est pas forcément, j'ai jamais considéré que c'était une question de temps, ça pouvait l'être. Une consultation pouvait être pour moi très courte quand c'était un petit problème technique. Ça peut aller très rapidement. Par contre, je disais quand j'avais des stagiaires ou des remplaçants, je vais vite, je travaillais vite. Mais quand vous voyez que je m'assois derrière mon bureau et que je pose les mains croisées sur mon ventre, c'est que le patient, il a besoin de parler. Lui il va parler. Voilà, et c'était ça, c'est à dire l'ouverture. »	(professionnel 1)
28	« L'accueil au début aussi ! C'est concis, c'est bref, il n'y a plus de chichi [en téléconsultation] mais le chichi c'est important. C'est à dire que les gens ne se dévoilent pas en 5 min comme ça. Surtout les hommes qui viennent avec des troubles de l'érection. En téléconsultation, c'est inabordable. Je sais très bien, avant même qu'ils le disent, je le sais qu'ils vont parler de leur problème d'érection. Donc s'il y a une téléconsultation sans mettre à l'aise le patient, sans avoir fait voilà un peu durer le truc, forcément ils vont pas arriver à évoquer la chose, à être mis en confiance finalement. »	(professionnel 2)
29	« Globalement, ça va beaucoup plus vite, j'ai l'impression. C'est à dire qu'il n'y a pas le temps où le patient arrive, pose son manteau, raconte un peu sa vie. Là, on arrive, on va directement sur le vif du sujet et puis on ne laisse pas ces temps où le patient va aller vers le lit d'examen. Voilà, il y a toujours des petits moments comme ça, des moments de vie en fait, qui créent quand même du lien. Là c'est beaucoup plus rapide et du coup ça limite. Alors je ne dis pas que c'est impossible hein, mais ça limite. Si on voit un patient qu'en téléconsultation, je trouve que ça limite l'aspect relationnel. On va direct sur le motif de consultation et puis voilà, c'est fini. »	(professionnel 7)
30	« Ce sont des relations quand même qui sont hyper privilégiées parce que voilà on crée un lien. Quand on a par exemple un décès d'un patient, évidemment, ça nous touche, ils sont dans notre quotidien. Il y a des patients qu'on a très régulièrement au téléphone, alors il y a des patients qu'on a plus ou moins régulièrement. »	(professionnel 13)
31	« On est des vrais patients, on n'est pas un numéro. (...) On est tombés sur des bonnes personnes, sur des vrais humains qui se préoccupent de la personne avant de s'occuper du malade. »	(patient 7)
32	« Vous n'êtes pas une pathologie, vous êtes un individu. On ne peut pas vous résumer à vos maux. »	(patient 10)
33	« Qu'est-ce qui fait une bonne consultation ? Bah déjà c'est d'écouter, c'est de se sentir écouté. (...) Elle m'écoute. Parfois il y a des consultations où c'est juste une discussion. Ça se passe bien, elle n'est pas dans le jugement. »	(patient 4)