



HAL
open science

La téléconsultation dans le suivi des patients hypertendus ou diabétiques : étude qualitative auprès de médecins généralistes meusiens

Gérald Leroy

► **To cite this version:**

Gérald Leroy. La téléconsultation dans le suivi des patients hypertendus ou diabétiques : étude qualitative auprès de médecins généralistes meusiens. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04042768

HAL Id: hal-04042768

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042768>

Submitted on 23 Mar 2023

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.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2022

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présenté et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

LEROY Gérard

Le 26 avril 2022

**LA TÉLÉCONSULTATION DANS LE SUIVI DES PATIENTS HYPERTENDUS OU
DIABÉTIQUES : UNE NOUVELLE PRATIQUE PERTINENTE ?**

Étude qualitative auprès de médecins généralistes meusiens.

Membres du Jury :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président

M. le Professeur Bruno GUERCI

Juge

M. le Professeur Olivier BOUCHY

Juge

M. le Docteur Alexandre DIDELOT

Directeur et juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Asseseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER, Dr Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Interface avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargés de mission

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PASS : Pr Mathias POUSSEL

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Jean-Pierre KAHN - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *Nutrition*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : *Médecine d'urgence*

Professeur Tahar CHOUIHED

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Étienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : *Oto-rhino-laryngologie*

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2^e sous-section : *Ophthalmologie*

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3^e sous-section : *Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3^e sous-section : *Médecine générale*

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2^e sous-section : *Physiologie*

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : *Parasitologie et mycologie*

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Epidémiologie, économie de la santé et prévention*

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan

EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

2^e sous-section *Médecine et Santé au Travail*

Docteure Isabelle THAON

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : *Immunologie*

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : *Génétique*

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Docteur Philippe GUERCI

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

3° sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1° sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : Oto-Rhino-Laryngologie

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président du jury :

Monsieur le Professeur

DI PATRIZIO

Professeur des Universités de Médecine Générale,

Directeur du département de Médecine Générale,

Coordonnateur du DES de Médecine Générale.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce travail de recherche.

Votre engagement complet dans la formation de futurs médecins généralistes nous inspire le plus grand respect.

Veillez trouver ici le témoignage de toute notre reconnaissance.

À nos Maîtres et Juge :

Monsieur le Professeur Bruno GUERCI,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier d'Endocrinologie, Diabète et de Maladies Métaboliques.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail. Nous vous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous y avez porté. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Olivier BOUCHY,

Professeur Associé de Médecine Générale

Coordonnateur Associé.

Nous sommes honorés de votre participation à notre jury de thèse et de l'intérêt porté à notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Monsieur le Docteur Alexandre DIDELOT,

Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale

Docteur en Médecine Générale.

Dès notre première entrevue, vous avez accepté de diriger ce travail et je vous en suis profondément reconnaissant. Je vous remercie pour votre soutien, votre disponibilité et tous vos conseils avisés aux différentes étapes de cette recherche.

À ma famille,

À mon fils Adrien,

Tu es venu au monde au cours de ces études ; tu es et resteras ma plus grande fierté.

À ma femme Anne,

« Là où il y a une volonté, il y a un chemin » ; merci à toi de m'avoir si souvent répété cette devise.

À mes parents et mon frère Romuald,

Vous savez quelle joie j'éprouve dans cet accomplissement. Merci de n'avoir jamais douté de moi.

À mes beaux-parents,

Merci pour votre présence rassurante à bien des égards.

À mes amis,

À tous les Kékés de Normandie, la Dream Team de l'externat et la Géria Team,

Merci à vous tous d'être là... pour vos soutiens, vos conseils... mais surtout pour toutes ces soirées passées et à venir !

À tous les médecins ayant participé à l'étude,

Sans votre présence, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour. Je vous remercie infiniment de votre participation et de votre aide.

À toutes les équipes soignantes rencontrées au cours de mes études médicales,

Votre encadrement a été riche d'enseignements théoriques et pratiques.

Aux Drs Back, Garde Marty, Hingray, Renauld et Vauthier,

Vous avez partagé avec moi vos connaissances et votre expérience en médecine générale ; je vous suis infiniment reconnaissant de ce compagnonnage.

Aux médecins remplacés,

Merci de m'avoir ouvert la porte de votre cabinet. Merci de m'avoir confié vos patients.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
PRÉAMBULE	16
1. LE MONDE DE LA SANTE EN TENSION	16
1.1. <i>Une démographie médicale fragile</i>	16
1.2. <i>Une difficulté d'accès aux soins répétée et inquiétante</i>	16
1.3. <i>Des besoins de santé accrus</i>	17
2. LE MONDE DE LA SANTE EN MUTATION	17
2.1. <i>Une approche coopérative</i>	17
2.2. <i>Une transformation numérique</i>	18
2.3. <i>La Covid19 : catalyseur de la téléconsultation</i>	18
3. DEFINITIONS	19
3.1. <i>Téléconsultation et télémédecine : deux entités liées</i>	19
3.2. <i>Sémantique autour de la télémédecine</i>	20
4. CADRE LEGISLATIF	21
4.1. <i>Une approche initiale expérimentale</i>	21
4.2. <i>Principaux textes législatifs</i>	22
4.2.1. Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie	22
4.2.2. Loi HSPT de juillet 2009	22
4.2.3. Avenant 6 à la convention de 2016	22
5. DEUX EXEMPLES DE MALADIES CHRONIQUES ET TELEMEDECINE	23
5.1. <i>HTA</i>	23
5.1.1. Définitions	23
5.1.2. Épidémiologie	24
5.2. <i>Le diabète</i>	24
5.2.1. Définitions	24
5.2.2. Épidémiologie	25
5.3. <i>Télémédecine & maladies chroniques</i>	26
6. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	27
INTRODUCTION	28
MATERIELS ET METHODES	29
1. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE	29
2. PARTICIPANTS	30
2.1. <i>Population d'étude</i>	30
2.2. <i>L'animateur</i>	30
2.3. <i>L'observateur</i>	31
3. DEROULE DU RECRUTEMENT	31
3.1. <i>Prise de contact</i>	31
3.1.1. Premier focus group	31
3.1.2. Deuxième focus group	32
3.1.3. Entretien semi-dirigé	33
3.2. <i>Rappel des participants</i>	33
4. DEROULEMENT DES FOCUS GROUPS	33
5. ANALYSE DES DONNEES	34
5.1. <i>Mode d'enregistrement et retranscription des données</i>	34
5.2. <i>Analyse des données</i>	34
RESULTATS	35
1. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON	35
2. RAPPORT DES MEDECINS GENERALISTES A LA TELECONSULTATION PENDANT LE CONFINEMENT	37
2.1. <i>Des pratiques de téléconsultations non uniformes</i>	37
2.1.1. <i>Une pratique facilitée par l'expérience antérieure</i>	37

2.1.2.	Une expérience aléatoire et confuse auprès des patients chroniques.....	38
2.2.	<i>Une expérimentation nouvelle dans un contexte sanitaire particulier.....</i>	40
2.2.1.	Un besoin créé et subi	40
2.2.1.1	Côté médecins.....	40
2.2.1.2	Côté patients.....	40
2.2.2.	Un éloignement des soins en général.....	41
3.	DES AVIS CONVERGENTS SUR LA TELECONSULTATION AUPRES DES PATIENTS HYPERTENDUS OU DIABETIQUES DE TYPE 2	41
3.1.	<i>Un mode d'exercice peu attrayant.....</i>	41
3.2.	<i>Un mode d'exercice insatisfaisant à plusieurs niveaux</i>	42
3.2.1.	Un examen clinique pauvre	42
3.2.2.	Une vision parcellaire du patient.....	43
3.2.3.	Une pratique non substituable intégralement à une consultation	43
3.3.	<i>Un suivi de l'hypertension accessible mais... ..</i>	44
3.4.	<i>Le suivi du patient diabétique plus délicat</i>	44
3.5.	<i>Une téléconsultation moins inutile... que rien</i>	45
4.	LA TELECONSULTATION DES PATIENTS HYPERTENDUS OU DIABETIQUES DE TYPE 2 : UN CHAMP D'EXERCICE A DEFINIR	45
4.1.	<i>Une pratique accessible pour certains patients cibles.....</i>	45
4.2.	<i>Une nouvelle approche éducative ?</i>	46
4.3.	<i>Une nouvelle approche globale du patient chronique ?.....</i>	46
4.4.	<i>Un rythme de téléconsultation choisi par le médecin généraliste.....</i>	47
4.5.	<i>Une téléconsultation collaborative avec l'infirmier(ière) chez les patients complexes ?</i>	48
DISCUSSION		49
1.	PRINCIPAUX RESULTATS.....	49
2.	CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	50
3.	PERSPECTIVES	52
4.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	53
4.1.	<i>L'originalité du sujet.....</i>	53
4.2.	<i>La population recrutée</i>	53
4.3.	<i>Les entretiens</i>	54
4.4.	<i>L'analyse.....</i>	54
CONCLUSION		55
BIBLIOGRAPHIE		56
ANNEXES.....		64
1.	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN TELEPHONIQUE	64
2.	ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	65
3.	ANNEXE 3 : CARTE ADMINISTRATIVE DE LA MEUSE : AIRES D'ATTRACTION DES VILLES.....	66
RÉSUMÉ		68

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
AMT	AutoMesure Tensionnelle
ARS	Agence Régionale de Santé
CFLHTA	Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESC	European Society of Cardiology
ESH	European Society of Hypertension
FID	International Diabetes Federation
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	(Loi) Hôpital, Patients, Santé et Territoire
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmier(ière) Diplômé(e) d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAPA	Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
MeSH	Medical Subject Headings
OC	Objet connecté
OI	Océan Indien
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PDA	Personal Digital Assistant
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SFC	Société Française de Cardiologie
TA	Tension Artérielle
TCG / TC	Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale dit « téléconsultant »

PRÉAMBULE

1. Le monde de la santé en tension

1.1. Une démographie médicale fragile

Les effectifs des médecins généralistes sont en baisse continue depuis plusieurs années, comme en témoignent les rapports successifs du CNOM. Au 1^{er} janvier 2020, on dénombre 86 102 médecins généralistes en activité régulière, soit une baisse de 1 % par rapport à 2019 et de 9 % depuis 2010 (1). Cette tendance à la baisse est observée sur tout le territoire avec des disparités interrégionales et intrarégionales. Par exemple, la région Grand Est présente une perte de ses effectifs de médecins généralistes en activité régulière de 1,7 % entre 2019 et 2020 (1). Enfin, la densité médicale n'est pas homogène sur le territoire. La médiane de 126 médecins pour 100 000 habitants est, par exemple, dépassée soit dans les grandes villes soit sur les territoires à proximité des côtes. Cette répartition est sans doute liée à l'attractivité territoriale. Les médecins généralistes âgés de plus de 60 ans représentent plus d'un quart de l'effectif. L'âge moyen des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2020 est de 50,1 ans, soit une moyenne quasi équivalente à 2010 (50,3 ans) (1). Il existe donc une certaine stabilisation du phénomène de vieillissement observé ces dix dernières années.

1.2. Une difficulté d'accès aux soins répétée et inquiétante

De nombreux témoignages de patients alertent sur la difficulté de trouver un nouveau médecin généraliste, que ce soit en milieu urbain ou rural (2–4). Selon le rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins d'octobre 2018, 8,6 % des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant (5). Depuis plus de 20 ans, les pouvoirs publics connaissent ce phénomène et proposent, entre autres, des aides financières ou des avantages en nature (local...) à l'installation des médecins généralistes dans les zones prioritaires. La définition de ces zones, initialement basée sur la densité médicale, a évolué progressivement depuis 1999. En effet, depuis 2017, sa définition est multiparamétrique avec un échelon national et des ajustements régionaux possibles par les ARS (6).

1.3. Des besoins de santé accrus

La population française est inscrite, depuis plusieurs décennies, dans un processus durable de vieillissement. Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2020, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5 % contre 19,7 % de la population deux ans auparavant (7). Ce vieillissement de la population est commun à l'échelle européenne et mondiale (8). D'après les projections d'Eurostat d'août 2020, la part des personnes âgées de 80 ans ou plus dans l'Union européenne devrait doubler entre 2019 et 2100 (9).

Parallèlement à ce processus, il existe une augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques. La définition d'une maladie chronique ne fait pas l'objet d'un consensus dans la littérature (10,11). Néanmoins des caractéristiques communes sont retrouvées. Ainsi elles s'inscrivent dans la durée, nécessitent le recours aux soins et altèrent la qualité de vie (12). Comme le souligne un rapport de la DREES en septembre 2018 (13), « *le vieillissement de la population entraîne inéluctablement une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée* ». En 2017, on dénombre près de 12 millions de patients en ALD, soit 18 % des assurés pour un poids financier proche de 60 % des dépenses de santé (14).

2. Le monde de la santé en mutation

2.1. Une approche coopérative

Devant cette double contrainte (augmentation des besoins et baisse de l'offre), sur la base d'expérimentations de terrain, les réformes politiques s'accumulent. Il est ainsi apparu ces dernières années de nouveaux métiers ou de nouvelles interactions entre les métiers de la santé (15).

Ainsi, la loi HPST de 2009 inscrit légalement dans son article 51 la notion de coopération sous forme de protocole. L'ARS s'assure alors que ces protocoles répondent bien à un besoin de santé et demandent l'approbation à la HAS. Par la suite, ces protocoles peuvent être étendus sur tout le territoire national par arrêté du directeur général de l'ARS (16). De même, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a donné une base légale à la fonction d'infirmier en pratique avancée. Son rôle s'inscrit dans le cadre d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin traitant afin de prendre en charge un malade chronique par exemple (17). Enfin, l'assistant médical est un nouveau métier récemment inscrit dans la

loi (18,19). En cours de déploiement, il pourra aider au déroulement d'une consultation par exemple.

2.2. Une transformation numérique

La numérisation du monde de la santé est l'un des cinq chantiers prioritaires du plan « Ma santé 2022 » (20). Ce plan décrit les grandes orientations des changements à venir avec notamment la création d'un « espace numérique personnel » ou bien l'objectif de généraliser la e-prescription. Les échanges entre patients et médecins ou entre professionnels doivent être sécurisés et facilités. Enfin, ce plan met l'accent sur le développement de la télémédecine (21). Toutes ces orientations sont inscrites dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé (18). Le CNOM a élaboré différents documents de synthèse au sujet de la numérisation de la santé. En 2011, il invitait déjà les médecins à s'approprier les outils web en rapport avec la santé (22). Dans son livre blanc de 2015, le CNOM encourage les médecins à accompagner « le déploiement du monde numérique » sans tomber dans « la fascination technologique » (23). En 2016, la majorité des médecins montre un intérêt favorable puisque 70 % d'entre eux « indiquent la nécessité d'intégrer le numérique dans l'organisation des soins sur les territoires » (24). Dans un ouvrage de 2017, le Pr Jacques Cinqalbre décrit une vision encore plus aboutie de la numérisation du monde de la santé alliant dossier médical unique à un médecin généraliste connecté véritable coordinateur de soins auprès du patient (25).

2.3. La Covid19 : catalyseur de la téléconsultation

Une nouvelle forme de « pneumonie virale » apparaît dans la région de Wuhan en Chine fin décembre 2019 (26,27). La situation va très vite s'accélérer avec l'apparition de nouveaux cas dans de nombreux pays. Un nouveau coronavirus est rapidement incriminé, identifié et la contagiosité interhumaine confirmée. L'OMS déclare cette nouvelle maladie, la Covid19, comme une pandémie le 11 mars 2020 (28). Afin de stopper sa propagation en France, un premier confinement est décidé du 17 mars au 11 mai 2020 (29). Emmanuel Macron, dans son allocution du 16 mars, invite les malades de la Covid19 à limiter leurs déplacements auprès des soignants : « Sans signe grave, contactons notre médecin traitant » (30). La téléconsultation est ainsi largement encouragée pour tout malade par l'administration avec deux décrets. Tout d'abord celui du 9, puis celui du 19 mars 2020 (31,32), élargissant le domaine du télésoin à diverses professions de santé (infirmiers, orthophonistes...). Les actes de téléconsultation sont alors remboursés à 100 % (EXO 3) par l'assurance maladie, même ceux réalisés par téléphone,

sous certaines conditions. Enfin, les patients suspects ou atteints par la Covid19 peuvent consulter un médecin en dérogeant au parcours de soins (31).

Avant le confinement, un rapport de la CNAM (33) établit qu'en février 2020, 40 000 téléconsultations ont été réalisées par 3 000 médecins. On dénombrera jusqu'à plus d'un million de téléconsultations par semaine pendant le premier confinement, soit plus du quart des consultations. Les médecins généralistes vont être les principaux utilisateurs de ce mode d'exercice. On observera également une modification de la structure d'âge des utilisateurs de la téléconsultation. Ainsi, on constatera une augmentation de la part des personnes âgées de plus de 70 ans (20 % versus 8 % avant le confinement) et des patients en ALD (28 % versus 23 % avant le confinement).

3. Définitions

3.1. Téléconsultation et télémédecine : deux entités liées

En France, la téléconsultation est définie par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine comme une « consultation à distance à un patient » par un « professionnel médical » (34). La téléconsultation s'insère dans un cadre plus large qu'est la télémédecine pour laquelle il existe une définition internationale établie par l'OMS en 1997 (35) :

« La télémédecine est la pratique de la médecine au moyen de techniques interactives de communication des données (audiovisuelles notamment) ; cela comprend la fourniture de soins médicaux, la consultation, le diagnostic et le traitement, ainsi que la formation et le transfert de données médicales. »

Cette définition de l'OMS met bien en évidence le caractère médical de cette pratique. Il s'agit bien de « médecine » avec tout son processus clinique : « consultation », « diagnostic » et « traitement ». Elle intègre aussi la notion de « formation » et de « données médicales ». Cette définition est toujours d'actualité et reconnue par de nombreux organismes internationaux. Néanmoins, les modalités pratiques et l'état d'avancement de la télémédecine sont très variables suivant les États en Europe ou dans le monde (36).

Historiquement, le premier acte de télémédecine n'est pas défini avec exactitude. Ainsi, une possible première expérience de téléconsultation à la fin des années 50 est décrite entre l'institut de psychiatrie du Nebraska et l'hôpital de Norfolk (37). Dans la littérature scientifique, c'est en

1974 qu'une publication médicale évoque la télémédecine. Le terme « télémédecine » est quant à lui seulement introduit dans la base MeSH en 1993 (38).

3.2. Sémantique autour de la télémédecine

On retrouve dans la littérature scientifique de nombreux termes autour du concept de télémédecine. Leur définition ne fait pas toujours l'objet d'un consensus européen ou mondial, ce qui génère de la confusion. Par ailleurs, certains termes se recoupent partiellement et d'autres sont polysémiques. Voici ci-dessous une liste non exhaustive de quelques mots clés avec leur définition (39–42) :

E-santé (e-health) – traduit officiellement par l'OMS par « cybersanté » : utilisation sécurisée et économiquement avantageuse des technologies de l'information et de la communication en appui à la santé et aux domaines sanitaires.

Télesanté (telehealth) : en France, elle désigne l'ensemble des activités (soin, consultation, etc..) exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique. La télesanté regroupe deux entités : d'une part la télémédecine et d'autre part la santé mobile. Dans les pays anglo-saxons, telehealth est davantage utilisé pour décrire les services de télémédecine informative.

Santé mobile (m-santé ou m-health) : pratiques médicales ou de santé publique supportées par des appareils mobiles, tels que les téléphones mobiles, les Personal Digital Assistant (PDA) et les autres appareils sans fil. À l'avenir, les objets connectés (OC) vont prendre une place croissante dans la vie quotidienne ; en particulier les OC en lien avec la santé. La HAS a établi un référentiel de bonnes pratiques pour les concepteurs et développeurs.

Téléassistance : acte médical désignant un professionnel médical aidant à distance un professionnel de santé dans la réalisation d'un acte. Ce terme est en réalité polysémique. En effet, il peut aussi désigner le service d'aide au maintien à domicile.

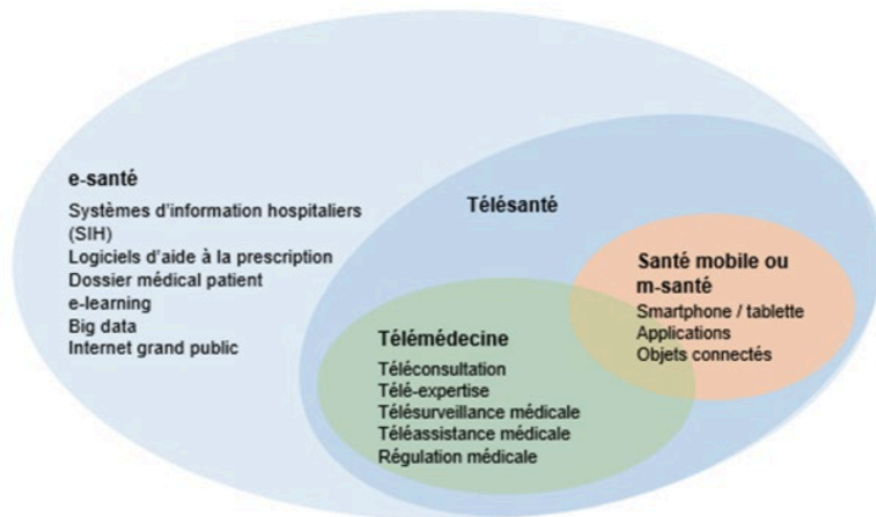


Figure 1 : Terminologie de l'e-santé en France

Source : ORS île de France – Focus santé en Île-de-France – mai 2019

4. Cadre législatif

4.1. Une approche initiale expérimentale

En 2003, le Dr Hazebroucq fait le constat d'une place anecdotique de la télémédecine en France. En effet, les « passages entre la recherche et la pratique restent encore trop rares en matière de télémédecine » (43). Les obstacles sont alors multiples, en particulier l'insuffisance du réseau informatique. Cinq ans plus tard, un nouveau rapport fait le constat d'une situation expérimentale hétérogène sur le territoire. L'équipe d'oncologie médicale de Toulouse utilise, par exemple, la télémédecine pour ses RCP. Des téléconsultations sont aussi utilisées pour des patients en EHPAD et des patients habitant en zone montagnaise. Les auteurs constatent aussi que la responsabilité liée aux « actes de télémédecine (...) est le plus souvent méconnue ou confuse sur le terrain » (44). Enfin l'évaluation de ces pratiques est inexistante avec « aucune étude médico-économique sérieuse » (44).

4.2. Principaux textes législatifs

4.2.1. Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Cette loi constitue la première base juridique en apportant une définition de la télémédecine dans son article 32 (45) :

« La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie, mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical. »

Le CNOM critique alors cette définition, notamment son manque de clarté. Dans son livre blanc de 2009 (46), il demande une définition juridique des différents actes de télémédecine.

4.2.2. Loi HSPT de juillet 2009

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (16) portant réforme de l'hôpital redonne une nouvelle définition de la télémédecine. « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». Son caractère médical est réaffirmé par la présence nécessaire d'un professionnel médical et ses objectifs : « *diagnostic* » ; « *avis spécialisé* » ; « *décision thérapeutique* ». La télémédecine est aussi inscrite au code de santé publique et l'article 32 mentionné ci-dessus est abrogé.

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 (34) détaille les modalités d'application de cette loi et donne une définition précise des cinq actes de télémédecine : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et régulation médicale.

Néanmoins, les conditions de financement apparaissent trop rigides et vont bloquer le déploiement, notamment en ville, de la téléconsultation. Dans son rapport de mission sur la télémédecine de février 2016, le CNOM écrit : « La télémédecine ambulatoire reste donc vitrifiée par des contraintes réglementaires excessives » (24).

4.2.3. Avenant 6 à la convention de 2016

Les négociations entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins ont abouti à un avenant à la convention de 2016 entériné dans la loi par l'arrêté du 1^{er} août 2018 (47). Ce texte de loi constitue une avancée majeure puisqu'il donne accès à tous les patients à la téléconsultation à partir du 15 septembre 2018 auprès de son médecin traitant si une consultation en présentiel a

été réalisée dans les douze derniers mois. À titre dérogatoire, afin de faciliter l'accès aux soins, des patients mineurs ou sans médecin traitant ou en situation d'urgence peuvent aussi accéder à la téléconsultation. La nomenclature (TCG ou TC) et ses modalités de facturation sont aussi clairement identifiées.

La téléexpertise est aussi ouverte au public avec une approche progressive en deux temps. La singularité de ce texte est de définir deux niveaux pour la téléexpertise. Un premier niveau « consistant en un avis sur une question circonscrite » (47) et un second correspondant « à l'analyse de plusieurs types de documents » (47).

5. Deux exemples de maladies chroniques et télémédecine

5.1. HTA

5.1.1. Définitions

L'hypertension artérielle (HTA) est définie comme une élévation de la pression du sang sur les parois des artères. Elle est classée en trois grandes catégories ou systolique pure après une mesure standardisée. Cette classification est valable pour tout individu âgé de 16 ans ou plus (48). En parallèle à cette définition, il existe aussi deux autres types d'hypertension. Premièrement, on trouve l'hypertension blouse blanche ou « white-coat hypertension » : un patient hypertendu en consultation et une TA normale à domicile qu'il soit traité ou pas (48,49). Alors qu'elle a été initialement jugée anodine, des études récentes mettent en avant de possibles complications cardiovasculaires et/ou métaboliques (50–52). Deuxièmement, l'hypertension masquée : un patient non hypertendu au cabinet, mais hypertendu à domicile (automesure ou MAPA). Ce phénomène touche davantage des hommes jeunes, ayant un niveau élevé d'activité physique, de consommation d'alcool, d'anxiété ou de stress professionnel (48). Cette hypertension est responsable d'une augmentation significative du risque d'événement cardiovasculaire (53,54).

Enfin, plus que la mesure de la tension au cabinet, l'automesure tensionnelle est une technique fortement recommandée dans le suivi du patient hypertendu. L'ESC & ESH recommandent de la réaliser une semaine avant la consultation (assis et au calme, depuis cinq minutes). Dans une

fiche mémo de septembre 2016, la HAS donne une définition de l'AMT selon la règle des trois : trois mesures le matin, trois mesures le soir, trois jours de suite (55).

5.1.2. Épidémiologie

L'hypertension artérielle est considérée comme un facteur de risque des maladies cardiovasculaires, dont la cardiopathie ischémique, de l'AVC et de l'insuffisance rénale principalement (48,56).

L'OMS a qualifié l'hypertension artérielle de « *tueur silencieux* » compte tenu de son caractère asymptomatique au début de la maladie (10 millions de morts par an dans le monde) (57). La SFC rappelle en 2018 que la relation entre l'augmentation de la TA et les maladies cardiovasculaires et rénales est continue. Il en est de même pour la relation entre TA et mortalité (48).

En France, l'étude ESTEBAN (58), entre 2014 et 2016, a montré une prévalence élevée à 30,6 % avec une prédominance masculine. Par ailleurs, une personne sur deux n'avait pas connaissance de son hypertension. Et parmi les patients hypertendus, seulement 55 % avaient une HTA contrôlée. Ces données sont corroborées par l'enquête FLASHS de 2019 (59).

5.2. Le diabète

5.2.1. Définitions

Selon the American Diabetes Association (60), le diabète est un ensemble de maladies métaboliques caractérisées par une augmentation du taux de sucre dans le sang ou hyperglycémie. Ce désordre métabolique résulte soit d'un défaut de sécrétion d'insuline, soit d'une insulino-résistance. Les deux mécanismes peuvent aussi être associés, comme c'est le cas pour le diabète de type 2 représentant à lui seul plus de 90 % des diabètes. Sur le plan biologique, un diabète peut être affirmé devant une glycémie à jeun supérieure ou égale à 7 mmol/L (ou 1,26 g/L) (61). D'autres critères de diagnostics biologiques existent.

En termes de suivi, l'évolution du taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) est un paramètre biologique essentiel des guidelines (62). Reflet du taux de sucre dans le sang au cours de trois derniers mois, la diminution de l'HbA1c est associée à une baisse significative sur la morbi-

mortalité. L'étude prospective observationnelle UKPDS 35 a montré, par exemple, qu'une baisse de 1 % de l'HbA1c est associée à une diminution de 16 % d'infarctus du myocarde et de 21 % de la mortalité (63).

5.2.2. Épidémiologie

L'hyperglycémie chronique, responsable d'un stress oxydant, perturbe certaines voies métaboliques cellulaires (64). Ceci aboutit à deux types de complications cliniques (65) :

- Les microangiopathiques : néphropathie, rétinopathie et neuropathie
- Les macroangiopathiques (athérosclérose accélérée) : AOMI, AVC ischémique et coronaropathie

En 2019, le diabète affecte plus de 463 millions de personnes et a tué 4,2 millions d'individus à travers le monde (61). L'OMS considère le diabète comme l'un des « principaux tueurs dans le monde aujourd'hui » (66). En France, en 2019, la prévalence standardisée du diabète est à 5,2 %. Cela représente plus de 3,5 millions de personnes traitées (67). Les facteurs favorisants sont l'âge et le sexe masculin. Un homme sur cinq âgé de 70 à 85 ans et une femme sur sept âgée de 75 à 85 ans suivent un traitement à visée antidiabétique (67). Il existe aussi de multiples disparités régionales (ex. : La Réunion (68)), socio-économiques ou socioculturelles. Enfin, le poids économique du diabète est considérable. En 2018, l'ensemble des dépenses de santé lié au diabète avoisinent les 7,2 milliards d'euros. À plus de 80 %, ces dépenses sont en rapport avec des soins de ville (69).

5.3. Télémédecine & maladies chroniques

La recherche en soins primaires concernant ce domaine est actuellement peu développée. Une requête sur la base de données Cochrane par association de mots clés entre le 16 mars 2000 et le 16 mars 2020 ne retrouve que quelques dizaines d'articles s'intéressant à ce domaine. Et par ailleurs, aucun article n'explore le suivi d'un patient hypertendu ou diabétique de type 2 en téléconsultation par son médecin généraliste.

Requête	Résultats	Remarques
Teleconsultation AND Hypertension AND General practioner OR Primary care	0	
Teleconsultation AND Hypertension	23	Évaluation de l'intervention d'un(e) IDE (70,71)
Teleconsultation AND Diabetes AND General practioner OR Primary care	1	Évaluation de l'intervention d'un(e) IDE (72)
Teleconsultation AND Diabetes	66	Évaluation de l'intervention d'un(e) IDE (73,74) Ou d'un endocrinologue (75)

6. Justification et objectifs de l'étude

Le vieillissement continu de la population française entraîne inéluctablement une demande accrue de soins, en particulier pour les pathologies chroniques. Ce besoin de soins accru est en contradiction avec l'évolution de la démographie médicale actuelle. Face à cette double contrainte, le monde de la santé se réorganise. Les soins primaires se dessinent autour d'un travail plus collaboratif, avec l'émergence de nouveaux métiers. La numérisation médicale avec l'essor de la télémédecine est le deuxième pendant à cette profonde transformation.

La téléconsultation récemment accessible à tous les patients restait néanmoins marginale et peu étudiée, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques. La téléconsultation a connu une explosion de son utilisation au cours des confinements successifs, en particulier en médecine générale. L'opportunité d'étudier ces nombreuses expériences de téléconsultation auprès de malades hypertendus ou diabétiques était donc naturelle et judicieuse.

Dans ce contexte pandémique, l'étude avait pour **objectif principal** de recueillir le ressenti de médecins généralistes meusiens sur la téléconsultation de suivi de patients chroniques, hypertendus ou diabétiques de type 2. L'**objectif secondaire** visait à étudier l'intérêt de la poursuite d'un tel suivi auprès de ces patients à l'avenir.

Introduction

Depuis plus de 20 ans, le nombre de médecins généralistes décroît et des inégalités d'accès aux soins se sont créées et amplifiées. Ce phénomène risque de se poursuivre jusqu'en 2025, compte tenu des projections de la démographie médicale (1). Parallèlement à ce phénomène, le vieillissement de la population française entraîne des besoins croissants en santé, notamment en ce qui concerne la prise en charge de malades chroniques (14).

Les différentes réformes de santé successives ont à la fois amené des mesures incitatives d'aide à l'installation des médecins, mais aussi une nouvelle approche des soins primaires. Le monde de la santé devient progressivement un travail coopératif entre les différents acteurs de soins primaires (infirmiers, pharmaciens...) (15,16). De nouveaux métiers voient aussi le jour comme celui d'infirmier(ière) en pratique avancée ou d'assistant médical, avec un médecin généraliste pour coordinateur (17–19). La numérisation est le deuxième volet de cette mutation du monde de la santé. Le plan « Ma santé 2022 » met notamment l'accent sur le développement de la e-prescription et de la télémédecine (20,76).

La pandémie liée au nouveau coronavirus SarsCov2 qui s'est propagée depuis la Chine fin 2019 (26,27) a bousculé les habitudes des médecins généralistes (31,32). Ouverte à tous les patients depuis le 15 septembre 2018 (77), la téléconsultation gardait jusque-là une place anecdotique. Les mesures de confinement ont mis en avant ce mode d'exercice pour les médecins, en particulier en médecine générale. Ainsi, le nombre de téléconsultations s'élevait à plus d'un million par semaine en avril 2020 (33).

Les patients atteints de maladies chroniques ont utilisé plus fréquemment ce mode de consultation au cours de cette période. L'objectif principal était de recueillir le ressenti de médecins généralistes meusiens sur les téléconsultations de suivi de patients chroniques, hypertendus ou diabétiques de type 2. L'objectif secondaire visait à étudier l'intérêt de la poursuite d'un tel suivi auprès de ces patients à l'avenir.

Matériels et méthodes

1. Choix de la méthode qualitative

L'objectif de l'étude était d'explorer le ressenti des médecins généralistes dans le suivi d'un patient hypertendu ou diabétique de type 2 à travers la téléconsultation. Le critère observé étant subjectif, le choix d'une méthode de recherche qualitative était naturel (78,79). En effet, cette méthode vise davantage à comprendre un phénomène qu'à le mesurer. Historiquement, ce type de recherche est issue des sciences humaines du début du XX^e siècle ; elle est plus largement utilisée en marketing dans les années 50 (78).

La recherche qualitative est un véritable travail scientifique. En effet, elle suit un processus rigoureux en plusieurs étapes. Les clés de sa réussite résident dans la connaissance et le respect de ce processus (79). Par ailleurs, comme toute recherche, elle est exposée à des biais (interne, externe, d'investigation...). Leur connaissance et anticipation sont alors un gage de qualité du travail de recherche (80).

Le recueil de données en recherche qualitative est varié. Parmi les techniques, on retrouve les entretiens individuels et les entretiens de groupe encore appelés « *focus groups* » (81). Cette technique s'inspire notamment des travaux de recherche sur la dynamique de groupe réalisés par le psychologue américain Carl Rogers (82). La technique de focus group a donc été retenue, car elle favorise l'émergence de nouvelles idées auprès des participants. Et cette émulation du groupe ainsi créée peut amener le chercheur vers de nouvelles hypothèses auxquelles il n'aurait pas pensé spontanément. Un entretien individuel a complété le recueil des données des focus groups.

2. Participants

2.1. Population d'étude

L'étude s'intéressait aux médecins généralistes meusiens qui réunissaient les deux critères suivants : d'une part, avoir réalisé des téléconsultations au cours de la période du premier confinement du 17 mars au 11 mai 2020 et d'autre part, avoir réalisé au moins une téléconsultation s'intéressant au suivi d'un patient diabétique de type 2 et/ou hypertendu. L'échantillon des interviewés devait permettre de recueillir et comprendre leur ressenti. Il n'était pas nécessaire d'obtenir un échantillon représentatif, mais, idéalement, un échantillon le plus large possible (83). Chaque médecin généraliste interviewé a été désigné par une lettre de l'alphabet suivi d'un chiffre.

2.2. L'animateur

La place d'un animateur au sein d'un focus group est essentielle. Il impose initialement aux participants le sujet d'étude, puis il intervient pour faciliter le débat et les échanges. Si les participants s'écartent du sujet, il les guide pour recentrer la discussion. A contrario, si les interviewés apportent des réflexions inattendues et intéressantes, il est là pour les aider à développer leur point de vue et enrichir la réflexion. Un animateur doit donc avoir des qualités de gestion d'un groupe, une certaine aisance orale et connaître le sujet sans a priori pour rebondir sur des idées nouvelles (84).

Par ailleurs, l'animateur doit réussir à instaurer un climat de confiance entre le groupe et lui en ayant une attitude neutre pour éviter tout jugement de valeur, mais aussi entre les membres du groupe eux-mêmes (84). Ainsi, l'animateur porte une attention au temps de parole de chacun et sollicite ceux qui restent silencieux.

Ce rôle a été endossé par le directeur de l'étude qui occupe aussi une fonction de chef de clinique au sein du DUMG de Nancy et a donc l'habitude d'animer des groupes. Étant lui-même médecin généraliste, l'animateur était sur un pied d'égalité avec les membres du groupe. Concernant l'entretien individuel semi-dirigé, l'auteur a lui-même tenu le double rôle d'animateur et d'observateur.

2.3. L'observateur

L'observateur n'intervient pas directement dans les débats, mais il relève et note tout ce qui ne s'entend pas. Il s'agit là de transcrire les aspects non verbaux du discours comme un silence, l'expression d'un visage... ou bien encore le rythme du discours. Enfin, l'observateur assure toute la logistique technique (accueil des participants, enregistrement des séances...) (81). Au regard de l'évolution sanitaire, seul un focus group s'est déroulé en présentiel. Le deuxième focus group et l'entretien semi-dirigé ont été réalisés à distance via l'application Zoom. Compte tenu de sa place de thésard, le chercheur a tout naturellement rempli ce rôle à chaque réunion.

3. Déroulé du recrutement

3.1. Prise de contact

3.1.1. Premier focus group

Le premier contact téléphonique a été réalisé par le chercheur à partir de fin août 2020. Les médecins généralistes meusiens ont été sélectionnés depuis l'annuaire électronique public des Pages-Jaunes.fr. Ainsi, tous les médecins présents dans un périmètre de 25 kilomètres autour de Bar-le-Duc ont été contactés. Afin de ne pas compromettre la spontanéité des futurs entretiens et de garder une rigueur méthodologique, un guide téléphonique a été créé (annexe 1). Au total, ce sont trente-et-un médecins qui ont ainsi été listés. Parmi ceux-ci :

- deux médecins ont été écartés de la liste : l'un est Directeur de cette thèse et l'autre pouvait intégrer le jury ;
- trois ont exprimé un refus ;
- deux n'étaient plus présents dans le cabinet ;
- un était parti à la retraite ;
- un exerçait une activité hospitalière ;
- quatre étaient non joignables : deux en congé et deux autres pour lequel le numéro était erroné ;
- deux ne répondaient pas aux critères ;
- six n'ont pas répondu après trois messages laissés à leur secrétaire.

Parmi les dix médecins répondant aux critères :

- trois médecins avaient un planning professionnel ou privé trop chargé pour se libérer ;
- pour deux médecins, les dates de focus groups ne convenaient pas.

En définitive, cinq médecins ont pu participer à ce premier focus group qui s'est déroulé au conseil de l'Ordre de Bar-le-Duc le mercredi 30 septembre 2020 en soirée. La présidente du conseil, Dr Maria Riff, avait donné son accord sous condition du respect des règles sanitaires en vigueur à ce moment. Ainsi, tous les participants ont été placés à plus d'un mètre les uns des autres et des plateaux-repas individuels ont été servis.

3.1.2. Deuxième focus group

Ce recrutement s'est étalé sur une période plus longue. En effet, à partir de fin octobre 2020, tous les médecins généralistes de Verdun répertoriés dans l'annuaire électronique public des Pages-Jaunes.fr ont été contactés par téléphone. Parmi les seize médecins listés, cinq travaillaient en réalité aux urgences de l'hôpital de Verdun ; ils ont donc été exclus. Sur les onze médecins restants :

- un était décédé ;
- une avait une activité exclusive d'angiologie ;
- un avait arrêté son activité ;
- trois ont refusé l'entretien ;
- un médecin n'a pas fait de téléconsultation ;
- trois médecins n'ont pas pu être contactés après au moins trois relances.

Finalement, seul un médecin remplissait les critères et a accepté de participer à l'étude. Le périmètre de recrutement a été élargi autour de Verdun, puis sur le reste de la Meuse. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à fin janvier 2021. Trente-cinq médecins supplémentaires ont ainsi été contactés. Le recrutement a été stoppé quand au moins cinq médecins ont pu garantir leur présence dans le second focus group. Celui-ci s'est déroulé à distance via Zoom le jeudi 18 février en soirée.

3.1.3. Entretien semi-dirigé

Au cours de ce second recrutement, un médecin remplissait les critères d'inclusion, mais ne souhaitait pas participer à un focus group pour des raisons personnelles. Afin de conforter nos résultats, un entretien semi-dirigé lui a été proposé, ce qu'il a accepté. L'entretien s'est déroulé, via Zoom, le mercredi 16 décembre en fin d'après-midi.

3.2. Rappel des participants

Afin de limiter les oublis ou les imprévus, un rappel des participants a été réalisé la veille ou le jour même pour s'assurer de la présence effective de chaque médecin. Au total, les onze médecins recrutés ont pu être présents aux réunions convenues.

4. Déroulement des focus groups

Le déroulement de chaque réunion a aussi été standardisé afin de respecter une rigueur scientifique. Ainsi, le temps d'accueil permettait de recueillir les caractéristiques sociodémographiques du groupe par un questionnaire papier ou par un questionnaire Google Forms. L'ensemble des participants a répondu le soir même au questionnaire.

Le débat commençait au plus tard quinze minutes après le début officiel, même si un ou plusieurs participants n'étaient pas arrivés. Lors du second focus group, une médecin avait prévenu de son retard ; elle a rejoint la réunion à la fin du premier quart d'heure sans incidence sur sa participation. Le chercheur se présentait et effectuait un bref rappel du déroulement de la soirée, notamment sur l'enregistrement et l'anonymisation des données. Ensuite, l'animateur introduisait le débat en rappelant les points clés de la recherche. Il invitait ensuite les participants à se présenter au cours d'un tour de table.

L'animateur guidait les réunions à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 2) réalisé par le chercheur. Ce guide regroupe six grandes questions ouvertes pour laisser libre cours à l'expression des participants. Des questions de relance pour chacune d'entre elles ont aussi été élaborées ; elles n'ont pas toutes été utilisées. Enfin, ce guide d'entretien a été relu par une chercheuse de l'École de Santé Publique de Nancy qui a apporté des commentaires en vue de l'améliorer.

Lorsque la dernière question avait été abordée, l'animateur proposait une synthèse à l'ensemble des participants en leur demandant s'ils étaient d'accord ou s'ils voulaient la compléter. Un dernier tour de table était systématiquement proposé si quelqu'un voulait ajouter un dernier point. Chaque participant recevait ensuite des remerciements et quittait la réunion. L'animateur et l'observateur réalisaient alors un débriefing rapide au décours de chaque focus group.

5. Analyse des données

5.1. Mode d'enregistrement et retranscription des données

Pour chaque réunion, l'enregistreur Zoom H2n a été utilisé comme outil principal. Afin de prévenir une défaillance technique, un iPhone 7 Plus a aussi été utilisé pour le premier focus group, tandis que les autres réunions ont été enregistrées via l'application Zoom. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Toutes les informations qui pouvaient permettre d'identifier les médecins ont été ôtées et remplacées par « (...) ». Enfin le discours non verbal a été mentionné en italique et entre parenthèses. Afin de ne pas surcharger ce document, ces entretiens n'ont pas été ajoutés en annexe.

5.2. Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées selon une méthode inductive après chaque entretien (85). Dans un premier temps, chaque document a été lu à plusieurs reprises pour s'imprégner du sens général. Puis, des unités de sens ou verbatim ont été extraites en rapport avec les objectifs de la recherche. Ces verbatim ont permis d'établir des catégories et sous-catégories. Celles-ci ont ensuite été classées et hiérarchisées dans le but d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche.

Par ailleurs, un tiers des résultats a fait l'objet d'une analyse indépendante par un second chercheur, le directeur de thèse. Les données ont ensuite été mises en commun et synthétisées. Cette analyse triangulaire (79,80) a notamment permis de limiter le caractère subjectif de cette recherche.

Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon final regroupait onze médecins généralistes comprenant une majorité d'hommes (8 versus 3). Toutes les classes d'âge étaient représentées et le mode d'exercice en groupe était prépondérant ; seul un médecin interrogé travaillait seul. Le questionnaire initialement établi ne permettait pas de savoir si les médecins réalisaient des téléconsultations avant le premier confinement dans leur pratique quotidienne. Cette information a néanmoins pu être retrouvée au travers des discussions issues des réunions. Trois médecins réalisaient des téléconsultations régulièrement ; un quatrième l'avait expérimenté au sein d'un EHPAD (A2 « *Si moi... je l'avais utilisé avec la maison de retraite de...* »).

L'INSEE divise le territoire en neuf aires d'attraction des villes. Les limites des zones actuelles sont issues du recensement de 2017 et sur la géographie administrative du territoire au 1^{er} janvier 2020 (86,87). Pour cette étude, un classement en trois zones plus communément utilisées a été retenu à l'aide d'une carte administrative de la Meuse (Annexe 3).

- zone urbaine : grand pôle, couronne d'un grand pôle, moyen pôle, couronne d'un moyen pôle
- zone semi-rurale : petit pôle, couronne d'un petit pôle
- zone rurale : autre commune multipolarisée et commune isolée hors influence des pôles

L'ensemble des données épidémiologiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau 1. La lettre A désigne le premier focus group, la lettre B le second et la lettre Z l'entretien semi-dirigé. Chaque focus group a duré respectivement deux heures pour le premier et une heure quarante pour le second. L'entretien semi-dirigé a été plus court pour une durée d'une heure.

Tableau 1. Caractéristiques des MG meusiens recrutés entre sept. 2020 et févr. 2021

Médecin	Sexe	Classe d'âge (années)	Mode d'activité	Durée d'installation (années)	Zone géographique	Logiciel médical	Mode réalisation téléconsultations	Outil numérique spécifique	Outil numérique non spécifique avec vidéo
A1	H	30-40	Cabinet de groupe	2	Urbain	Hellodoc	Outil numérique non spécifique Téléphone		WhatsApp
A2	H	30-40	MSP	4	Rural	Axisanté	Outil numérique spécifique Téléphone	Telemedica	
A3	F	30-40	MSP	7	Urbain	Weda	Outil numérique spécifique Téléphone	Pulsy	
A4	H	50-60	MSP	21	Urbain	Weda	Outil numérique spécifique Par téléphone	Pulsy Clickdoc	
A5	H	> 60	Cabinet de groupe	33	Semi-rural	Medistory	Outil numérique spécifique	Doctolib	
B1	F	30-40	MSP	5	Urbain	Medistory	Outil numérique spécifique Téléphone	Pulsy	
B2	H	30-40	MSP	1	Rural	mediclick et monlogicielmedical.com	Outil numérique spécifique Outil numérique non spécifique Téléphone	Pulsy Medaviz	WhatsApp Hangouts
B3	H	> 60	MSP	34	Rural	Medistory	Outil numérique non spécifique Téléphone		Whatsapp FaceTime Hangouts
B4	H	> 60	Cabinet seul	30	Urbain	Medistory	Outil numérique spécifique Téléphone	Consulib	
B5	F	30-40	Cabinet de groupe	1	Urbain	Weda	Outil numérique spécifique Outil numérique non spécifique Téléphone	Ubiclic	WhatsApp
Z1	H	40-50	MSP	13	Rural	monlogicielmedical.com	Outil numérique spécifique Outil numérique non spécifique Téléphone	Pulsy medaviz	Hangouts

F : Femme ; H : Homme ; MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

2. Rapport des médecins généralistes à la téléconsultation pendant le confinement

2.1. Des pratiques de téléconsultations non uniformes

2.1.1. Une pratique facilitée par l'expérience antérieure

Globalement, la mise en place de la téléconsultation dès le début du confinement a été **plus aisée auprès des médecins l'ayant déjà utilisée auparavant** : « On a fait beaucoup de téléconsultation avant la Covid (...), ça marchait très, très bien. » (A5) La **mise en place** a pu se faire **sans difficulté** : « On avait déjà commencé avant... on avait déjà testé plusieurs solutions de téléconsultation (...) ça a pu être mis en place assez facilement aussi bien avec les patients qu'utilisé en intermédiaire avec les infirmières via certains logiciels. » (Z1)

Ces mêmes médecins reconnaissent que **cette expérience antérieure a été un atout** : « On l'a mise en place très rapidement pendant le confinement puisqu'on la connaissait déjà et qu'elle convenait bien et qu'elle était facile d'utilisation. » (Z1) Par ailleurs, ils n'ont **pas été confrontés aux mêmes difficultés** que les autres médecins : « Moi j'ai pas connu ce que vous avez connu. » (A5)

Parmi les médecins novices, le **choix du logiciel** a pu constituer un **frein** à la mise en place rapide : « Alors moi, de mon côté, j'ai un peu plus erré (...) j'ai eu des difficultés au début à choisir » (B1) ; « c'était compliqué et on a fini par se rabattre sur le logiciel qui était proposé par notre plateforme de secrétariat à distance » (B5). Ils ont aussi exprimé des difficultés dans l'**appropriation de l'outil informatique** : « L'objet technologique m'a posé plus de problèmes que le téléphone » (A4) ; « moi, j'ai essayé Pulsy j'ai jamais réussi à avoir la visio » (A2).

La nouveauté dans le mode d'exercice a généré de l'**inquiétude et de l'anxiété** : « Ouais, j'étais stressée quand c'était la première téléconsult... stressée de pas savoir comment ça allait marcher » (A3) ; « j'avais été même contacter ma banque pour faire un paiement à distance » (B1).

Certains médecins ont préféré utiliser des **applications non spécifiques** ou bien le **téléphone** : « Au niveau des téléconsultations, du coup oui j'en ai eu. Plus par téléphone et un peu par

WhatsApp » (A1) ; « on n'a pas du tout fait appel à des logiciels spécifiques et on a travaillé avec FaceTime pour ceux qui avaient un iPhone ou un iPad et avec WhatsApp pour les autres » (B3).

Seul un médecin novice déclare ne pas avoir rencontré ces difficultés par la **mise à disposition de son secrétariat d'un service de téléconsultation** : « J'ai un secrétariat téléphonique (...) qui a mis en place des téléconsultations (...) y a pas eu de problème pour l'installation... donc ça a été pratiquement automatique. » (B4)

2.1.2. Une expérience aléatoire et confuse auprès des patients chroniques

Durant cette période de confinement, les médecins n'ont **pas eu l'occasion de revoir leurs patients selon le rythme habituel et souhaité**. En effet, certains patients chroniques sont allés directement chez le **pharmacien** : « C'était pour des renouvellements... pour des renouvellements qui se sont faits la plupart du temps par le pharmacien » (B4). **Un seul médecin** interrogé dit **avoir orienté ses patients vers la pharmacie** pour limiter la contamination : « Nous, on les avait orientés, les chroniques, au tout début on leur disait d'aller à se faire avancer à la pharmacie. » (A2) **Un des autres praticiens s'était coordonné avec le pharmacien** pour que les patients viennent **téléconsulter** : « Nous, on s'est mis d'accord assez vite finalement avec le pharmacien comme on avait la possibilité de faire des téléconsult qu'il ne fasse pas le renouvellement. » (A3) Le **motif de recours** était plutôt un **problème de santé aigu** : « C'était beaucoup plus de l'aigu qu'autre chose » (A1) ; « c'était plus pour l'aigu au départ que pour le chronique » (A2).

Certains patients chroniques se trouvaient exclus de la téléconsultation par **méconnaissance de l'outil informatique et/ou de leur âge** : « Moi déjà tous ceux à qui... on parlait d'ordinateurs ou webcam et téléphone et euh... c'est quoi tout ce truc-là... donc c'est compliqué de faire de la téléconsultation » (A2) ; « moi c'était pas le recrutement essentiel euh... les patients diabétiques, hypertendus ils sont plutôt... ils sont plutôt un peu plus âgés et c'est pas eux qui utilisent le mieux l'informatique » (B4). D'autres malades chroniques ont **arrêté leur suivi ou la prise de leurs traitements** : « Ils n'ont pas fait de bilan biologique et ceux qui étaient hypertendus ne surveillaient pas leur tension et ceux qui voulaient arrêter leur traitement arrêtaient leur traitement donc y a eu... y a eu une période où les traitements étaient moins bien suivis. » (B4)

Les praticiens ont ainsi vu leurs patients de façon **aléatoire** : « Moi, j'ai un peu plus laissé le choix aux patients (...) de ceux qui avaient peur de venir, de ceux qui allaient directement chez le pharmacien et de ceux qui nous ont sollicités pour la téléconsultation c'était un peu à la carte... » (B2) ; « Oui, voilà cette sensation aussi de très aléatoire entre des patients qui continuaient à nous contacter pour leur suivi habituel, ceux qui venaient au cabinet, ceux qui ne voulaient plus venir au cabinet... ceux qui venaient tout seuls à la pharmacie faire leur renouvellement » (B5). Enfin, des patients n'ont été revus qu'**après le confinement sur pression du pharmacien** : « Je les ai vus au décours quand vraiment y avait plus de traitement et que le pharmacien refusait de leur renouveler... » (B4) ; « au bout de trois fois le pharmacien leur a dit... ça suffit, allez voir le médecin... donc ils ont pris des téléconsultations alors je leur ai dit non ça fait un certain temps que l'on s'est pas vus donc j'aimerais bien vous voir... » (A5).

Ces patients ont, pour certains, **mis en pause leur suivi** dans ce contexte sanitaire particulier : « Moi, j'ai eu l'impression dans la période en question que les personnes ne considéraient plus leur tension ou leur diabète comme... plus important que le coronavirus... ils pouvaient facilement mettre ça entre parenthèses pendant trois mois » (B1). Les **annonces gouvernementales** ont pu constituer un **frein au suivi des patients** : « Je me suis posé comme question sur la période c'est si les effets d'annonce du gouvernement n'avaient pas été plus délétères sur la santé des gens qu'à un moment donné que le Covid presque. » (B2) Ce phénomène a pu être **amplifié par les messages des journalistes** : « Oui ! Enfin l'impact des médias a été très fort à tout point de vue sur l'effet de délaissement de la santé en général hors Covid et puis le retentissement psychologique négatif aussi. » (B5)

2.2. Une expérimentation nouvelle dans un contexte sanitaire particulier

2.2.1. Un besoin créé et subi

2.2.1.1 Côté médecins

Ce **mode d'exercice n'était pas ancré dans les habitudes des médecins** : « La téléconsultation en général, c'était quelque chose que l'on utilisait vraiment pas du tout au cabinet. » (B5) De même, **ce n'est pas une pratique enseignée** initialement : « C'est pas simple, on n'est pas habitué, on n'est pas formé pour ça. » (B3)

La mise en place de la téléconsultation, au cours du confinement, a ainsi été vécue comme une **contrainte** pour ces praticiens : « Mon objectif, c'était de me conformer on va dire aux demandes puisque la demande était pas antérieure » (A4) ; « là, le besoin a été créé donc on a... j'ai dû effectivement très rapidement trouver des solutions avec le peu de bande passante. » (A4)

Les médecins reconnaissent néanmoins deux avantages au cours de cette période :

- Premièrement, la **gratuité** des outils de téléconsultation : « Rien n'était payant pendant le confinement. » (A2)
- Deuxièmement l'occasion **d'avoir pu expérimenter** cette pratique malgré tout : « On a eu une vraie opportunité à se confronter à la technologie, à devoir passer le cap. » (A4).

2.2.1.2 Côté patients

Dans ce contexte sanitaire particulier, les patients, eux aussi, ont eu des **réactions inhabituelles** : « Ils minimisaient les choses ou les symptômes même dans les suivis habituels » (B5) ; « les insuffisants cardiaques qui ne décrivaient pas des prises d'œdème » (B5). Certains médecins ont perçu les patients comme **distants de leur(s) pathologie(s)** : « On a eu des gens qui se sont un peu négligés. » (A5)

Par ailleurs, les **échanges verbaux** avec les patients étaient **diminués** : « Les patients effectivement sont... enfin verbalisent quasiment pas ou assez peu. » (A4) Par ailleurs, un seul motif était présent au cours de la téléconsultation : « Ils téléphonaient pour une chose et on s'y

tenait. » (B3) Les **patients** ont eux aussi été **déconcertés** par ce nouveau moyen de consultation : « Eux étaient, je pense, tellement pris par la surprise ou par ce nouveau moyen qu'ils ne disaient pas tout. » (B1)

2.2.2. Un éloignement des soins en général

Les malades et en particulier les **malades chroniques** ont ainsi mis **une distance avec leur santé**. Certains **patients diabétiques** ont ainsi **diminué, voire cessé leur suivi biologique** : « On a eu des trous quand même dans les HbA1c » (Z1) ; « Ah ça on l'entend sur les prises de sang pas faites ah bah oui y'a eu le confinement » (A3).

Les **patients hypertendus** pouvaient en théorie plus facilement se suivre grâce à leur **appareil d'automesure** : « Il y a de plus en plus de gens qui ont acheté leur appareil. » (A2) Mais certains hypertendus ont **arrêté leur suivi ou leur traitement** : « (...) Avec des patients même qui... qui ont été jusqu'à arrêter leur traitement pendant la période de confinement. » (B4)

Finalement, cette période de confinement est avant tout une période d'**éloignement des soins** : « La mise à distance voulue pendant le confinement auquel répondait la téléconsultation était une mise à distance de tout, aussi bien de l'infirmière que du biologiste que de tout le monde. » (Z1) Et cette **distance vis-à-vis des soignants** a pu aboutir à **l'aggravation d'un état de santé** : « Il y avait des pathologies qui étaient pas euh... qui étaient mal suivies... C'était un petit peu le problème, je pense, de tout le monde vis-à-vis de la Covid... On a eu des gens qui se sont un peu négligés de ce côté-là. » (A5)

3. Des avis convergents sur la téléconsultation auprès des patients hypertendus ou diabétiques de type 2

3.1. Un mode d'exercice peu attrayant

Au-delà des difficultés techniques initiales, les praticiens **n'expriment pas un enthousiasme franc** pour ce mode d'exercice : « J'ai plus l'impression de faire plus bouche-trou avec la téléconsultation... d'assurer un minimum syndical » (A2) ; « J'aime pas... je dis j'aime pas » (A5) ; « j'en garde un souvenir... un petit peu mitigé » (B3).

Ce mode de consultation **n'a pas perduré après le confinement** : « D'ailleurs au déconfinement, on a tout de suite vu s'effondrer notre taux de téléconsultation » (Z1) ; « j'ai fait 143 téléconsultations avec une moyenne d'une vingtaine de téléconsultations par semaine (...) Et depuis la fin du confinement, je suis repassé à environ 2... je suis entre 2 et 3 téléconsultations par semaine » (B4).

Les patients ont probablement **davantage confiance dans la consultation en présentiel** : « Les patients sont moins en confiance par la téléconsultation que par le fait de nous voir physiquement et ça, c'est... C'est clair, net et précis ! Sinon les gens continueraient à faire de la téléconsultation. » (Z1) Les médecins experts se rejoignent très clairement dans leur avis sur ce vécu : « Je suis tout à fait d'accord avec toi. Je pense que ça peut rendre des services. Mais moi, je ne suis pas pour la téléconsultation. La preuve, c'est que je l'avais pris et je l'ai arrêté. » (A5) Un des médecins experts résume la **téléconsultation** comme un **service** : « Je pense que c'est un service avant d'être autre chose. » (Z1)

3.2. Un mode d'exercice insatisfaisant à plusieurs niveaux

3.2.1. Un examen clinique pauvre

Tous les médecins interrogés s'accordent à dire que **l'examen clinique est pauvre** dans l'expérience de téléconsultation qu'ils ont eue : « On était très limité sur l'examen » (A2) ; « La téléconsultation, on est très limité par l'examen clinique, on peut pas l'approfondir » (A4) ; « la prise de paramètres, l'auscultation, ça me manque ça » (Z1) ; « je peux pas pousser plus loin l'examen » (A2).

En restant avec ces modalités de téléconsultation, les praticiens **ne voient pas comment améliorer l'examen clinique** : « On n'a pas eu de remèdes à ça. » (Z1) Le recours à la **télé médecine** serait alors une **alternative** : « On était très limité sur l'examen ; une auscultation tu peux pas le faire... ah moins que l'on généralise dans tous les foyers un stéthoscope électronique connecté sur Internet et tensiomètre » (A2).

Néanmoins, les médecins interrogés critiquent aussi leur propre **examen clinique** : « C'est certainement pas mon examen clinique dans la totalité de mon acte qui est le plus pertinent. » (A4) Ils reconnaissent que leur examen clinique est souvent suppléé par des **examens**

complémentaires : « On a pas mal recours aux examens complémentaires, donc forcément c'est une facilité et l'examen clinique n'est pas forcément poussé tout le temps » (A1).

3.2.2. Une vision parcellaire du patient

Au-delà de l'examen clinique, les praticiens regrettent dans ce mode d'exercice une **vision limitée du patient** : « J'aime pas parce que j'ai pas la personne en face de moi, y a des choses que j'aime bien observer et là que l'on ne peut pas voir uniquement par la tête du patient » (A5) ; « je pense qu'en consultation t'as plus aussi la globalité de la personne parce tu l'as en face de toi alors qu'en téléconsultation t'as que le visage (...) t'as pas le phénomène de le voir marcher, de le voir arriver » (A5). Ce **défaut de vision globale** du patient **ne met pas en confiance les médecins** interrogés : « Parce que moi ça me stresse un peu la téléconsultation... la peur de passer à côté de quelque chose » (B5) ; « il y a quelque chose que tu vois pas, que tu peux voir euh au cabinet, que tu vois pas en téléconsultation (...). Ça m'est arrivé deux fois, c'est pas énorme mais ça fait quand même deux fois de trop pour moi. » (A5)

3.2.3. Une pratique non substituable intégralement à une consultation

Ce double constat d'insuffisance dans l'examen clinique et de vision parcellaire interroge les médecins sur **l'existence de cette pratique** : « Est-ce que la téléconsultation répond à notre obligation de moyen ou est-ce que c'est pas un moyen par défaut ? » (Z1) ; « c'est quand même du dégradé » (A4) ; « ça peut s'inscrire dans certains cas, mais c'est pas une consultation à part entière » (Z1) ; « on est que dans du palliatif c'est un peu le problème » (A4).

Par ailleurs, les médecins décrivent des **prises en charge simples en téléconsultation** : « La plupart des quelques cas que j'ai pu avoir en visio pour les renouvellements... et pour les choses comme ça c'était des choses assez... on va dire simples entre guillemets. » (A4) Dès lors, où il y avait un **doute** ou une **situation complexe**, le patient était invité à venir au **cabinet** : « Si on avait un doute, c'était automatiquement reconverti » (Z1) ; « dès qu'il y avait quelque chose qui était un petit peu euh... pas normal dans les personnes que l'on connaissait on leur demandait assez facilement de venir au cabinet » (A5).

3.3. Un suivi de l'hypertension accessible mais...

Pour les **patients hypertendus**, le suivi en téléconsultation ne peut pas s'envisager sans la prise d'**automesure** : « Ça reste quand même assez limité sur l'hypertendu si on n'a pas la tension » (A2) ; « oui, donc plus embêtant quand ils ont pas d'appareil à tension quand même » (A3).

Néanmoins, beaucoup de patients sont équipés d'un **appareil d'automesure tensionnelle** : « Il y a de plus en plus de gens qui ont acheté leur appareil » (B2) ; « mais j'avoue que finalement... à la fin, très peu de patients sont sans tensiomètre à la maison... » (A4). Cette **automesure** a pu être **suffisante** parfois pour effectuer un **renouvellement** : « On leur fait faire des automesures sur 2-3 jours... donc effectivement on leur demande leur moyenne, moi dans ces cas-là c'est vrai qu'on en a fait quelques-unes pour des renouvellements » (A5).

Pour les **patients non équipés**, les praticiens ont parfois pu leur **prêter l'appareil** : « On a une flotte de brassards tensionnels que l'on a à disposition donc on a fait des automesures et on leur a laissé les brassards. » (B3)

Le reste de la consultation était **très limité** selon les médecins : « Pour ce qui est de l'hypertension, je faisais comme tout le monde, je demandais si les jambes gonflent, s'ils ont pris du poids... avec tous les aléas que cela peut avoir. » (B3)

3.4. Le suivi du patient diabétique plus délicat

Théoriquement, le suivi des patients diabétiques **apparaissait initialement plus facile** à travers le **suivi biologique** : « Dans le suivi des patients diabétiques effectivement comme le disaient mes collègues les biologiques aident pas mal » (B5) ; « le diabète pose moins de problèmes parce que l'infirmière a fait la bio » (A2). Or, durant cette période, nombreuses étaient les **prises de sang non réalisées** : « Sur le diabète, on peut l'évaluer sur la bio mais encore faut-il qu'il y ait la bio... » (A2) ; « ah ça on l'entend sur les prises de sang pas faites ah bah oui y'a eu le confinement » (A3).

Les médecins interrogés restent **sceptiques** pour entreprendre un suivi à distance des patients diabétiques : « Les diabétiques, oui c'est vrai j'ai fait, mais j'aime pas trop... parce que (...) c'est bien de voir le diabétique je sais pas pourquoi mais » (A5). Ils ont parfois constaté l'aggravation d'un état de santé : « En ce qui concerne le diabète, j'ai retrouvé des patients diabétiques déséquilibrés (B5 approuve par un signe de la tête) au décours du confinement. »

(B4) Le **dépistage** est une partie essentielle de la consultation qui **n'a pas pu être réalisée** : « Le diabétique t'as plus effectivement de dépistage... tu te dis que tu regardes les pieds ! Tu regardes la peau ! Tu regardes les sites où ils piquent l'insuline » (A3) ; « oui, c'est ça... c'est un peu plus complexe » (A1) ; « je trouve que ça néglige un petit peu les à-côtés... souvent il y a un surpoids ou une obésité... d'autres facteurs de risques... une apnée... un syndrome d'apnée du sommeil » (B5).

3.5. Une téléconsultation moins inutile... que rien

L'**avis global** sur l'utilité de la téléconsultation pour les diabétiques ou hypertendus des médecins interrogés n'est **pas enthousiaste** : « Elle nous a pas semblé indispensable » (A4) ; « elle sera toujours plus utile que rien du tout » (A2). Néanmoins, elle peut être utile pour **identifier un patient qui nécessite des soins** : « A2 a raison, mieux vaut une téléconsultation que rien du tout... ça permet après de les amener après : "Attendez ! Vous avez ça, ça et ça... Faut qu'on se voie !" Ça pourrait amener ça... moi je pense. » (A5)

L'**absence de suivi** pour ces patients est clairement identifiée comme un **risque d'aggravation de l'état de santé** : « En ce qui concerne le diabète, j'ai retrouvé des patients diabétiques déséquilibrés (*B5 approuve par un signe de la tête*) au décours du confinement. Avec des patients qui faisaient tout et n'importe quoi... (...) donc ne pas voir les patients pour ce type de pathologie, c'est pas... c'est pas idéal. » (B4).

Ce **constat est partagé** par les autres médecins : « C'est plutôt des gens chez qui il y a eu des renouvellements pharmaceutiques qui ont été faits et pour lesquels... on n'a même pas eu la moindre notion de quoi que ce soit, de ce qui se passait, c'est plutôt ces gens-là qui ont décompensé que ceux que l'on a eus en téléconsultation. » (Z1)

4. La téléconsultation des patients hypertendus ou diabétiques de type 2 : un champ d'exercice à définir

4.1. Une pratique accessible pour certains patients cibles

Le **patient cible** diabétique ou hypertendu pour un suivi en téléconsultation n'est **pas unanimement identifié** : « J'ai pas encore vraiment ciblé le patient chronique. » (A4) Mais certaines **caractéristiques communes** émergent comme un **patient, connu, bien équilibré,**

non polypathologique : « Sur un patient où t'as pas changé le traitement depuis longtemps » (A2) ; « ... des renouvellements simples si on a des critères biologiques peuvent à mon avis se faire à distance, mais il faut pas généraliser la chose... » (B3). En revanche si le patient est à **haut risque vasculaire** ou que l'**examen clinique** est **nécessaire** alors la téléconsultation n'est **pas adaptée** : « Les hypertendus diabétiques vrais bon... (...) je ne suis pas tout à fait d'accord. » (A5)

Une **téléconsultation** ne peut alors s'envisager **que s'il y a** de la **biométrie** : « La référence pour la tension aujourd'hui, c'est la prise de la tension ambulatoire donc pourquoi pas... » (B4) ; « si comme en parlait Dr B2 on a des objets... des tensiomètres accessibles à distance pourquoi pas » (B3) ; « qu'ils sont pesés, qu'ils ont pris leur tension, qu'ils se plaignent de rien et que j'ai la bio sous les yeux que le dernier rendez-vous cardio » (A3).

4.2. Une nouvelle approche éducative ?

Un des médecins du premier focus group a constaté que la **téléconsultation** amenait des **échanges plus sereins** avec le patient : « On les voit quand même détendus donc c'est pas du tout le stress qu'ils ont en venant au cabinet ni le nôtre donc je pense que c'est... on peut très bien discuter de manière beaucoup plus libre de leur mode de vie... » (A4) Cette remarque a permis de débattre sur l'**éducation thérapeutique** par la téléconsultation : « Ça pourrait avoir un intérêt sur les patients chroniques (...) si on leur donne quelque chose à faire (...) une prise de poids régulière et des objectifs d'hygiène alimentaire ou d'hygiène physique » (A4) ; « ça paraît pas exclu de pouvoir faire de l'éducation thérapeutique en visio en tout cas » (A4). D'autres médecins le rejoignent sur cette réflexion : « Sur le diabétique, ça s'y prête plus facilement que l'hypertendu » (A2) ; « ceux que tu fais revenir pour le sevrage-tabac, les voir en téléconsult ça peut être bien aussi » (A3). Ces téléconsultations centrées sur l'éducation thérapeutique permettraient alors d'**autonomiser le patient** : « Ce que je ferai tous les trois mois, je le ferai à ce moment-là peut-être de manière plus éloignée et plus autonomisée. » (A4)

4.3. Une nouvelle approche globale du patient chronique ?

Les médecins interrogés voient, dans la téléconsultation, l'opportunité de **réévaluer plus facilement un patient chronique** : « À la réception d'une nouvelle information comme une biologie ou pour s'assurer de l'efficacité d'un traitement ou de l'absence d'apparition d'effets secondaires, c'est intéressant. » (B1) C'est aussi l'opportunité pour les médecins généralistes de réaliser la **synthèse d'un dossier complexe** : « Se dire le patient chronique au moins une

fois dans l'année synthèse de dossier en téléconsult » (A3) ; « une fois par an une revue de dossier ça peut être bien » (A1). Ces pistes de réflexion permettraient par ailleurs de **revaloriser le travail de suivi et de prise en charge globale d'un patient complexe** : « c'est la revalorisation de ce que l'on faisait déjà finalement » (B5) ; « c'est mieux organisé et c'est une vraie consultation reconnue comme telle » (B1).

4.4. Un rythme de téléconsultation choisi par le médecin généraliste

Là encore, seules des **suggestions** à expérimenter ressortent ; concernant l'hypertendu préciblé, une **alternance consultation et téléconsultation** semble envisageable : « Moi je pense que sur les hypertendus simples une fois sur deux » (A3) ; « sur des tensions bien équilibrées, c'est des patients que l'on revoit généralement quand même tous les trois mois... donc au moins une fois sur deux ça serait bien » (B5) ; « mon hypertendu je partage assez facilement effectivement une fois tous les six mois » (A5). **Pour les patients diabétiques, les avis sont plus divergents.** Seule un médecin suggère une téléconsultation annuelle : « Et après les diabétiques euh... ouais... ouais peut-être pas tout le temps mais je pense que s'il y a une téléconsult dans l'année pour renouvellement. » (A3)

Le **rythme** de ces téléconsultations **ne devrait pas être dicté par le patient** : « Non mais après faut pas qu'il prenne l'habitude, bah la dernière fois c'était une téléconsultation là ça va l'être faut aussi. » (A2) Sinon, il y a un **risque d'éloignement des soins** : « Ça va être difficile de les raccrocher derrière au cabinet... de les faire revenir au cabinet si on les éloigne par le biais de la téléconsult... je pense... » (B5). Ce **risque d'éloignement** est perçu **plus important** vis-à-vis du **patient diabétique** : « Après je trouve que le diabète isolé est quand même un souci en soi (...) c'est déjà une maladie silencieuse donc si on s'éloigne de trop c'est aussi... peut-être renforcer le silence de cette maladie et donc pas forcément aider le patient et ça, ça dépend du poids qu'a le médecin dans la décision. » (B1)

Un des médecins rappelle les **conditions réglementaires** pour être pris en charge en téléconsultation : « Hors contexte sanitaire d'urgence, c'est d'avoir vu son médecin traitant pour bénéficier d'une téléconsultation remboursée... d'avoir vu son médecin traitant dans les 12 mois ».

4.5. Une téléconsultation collaborative avec l'infirmier(ière) chez les patients complexes ?

Devant les limites de la téléconsultation, notamment le manque de l'examen clinique, les médecins généralistes pensent qu'**un tiers formé** pourrait compenser l'évaluation clinique : « C'est sûr que tester l'insuffisance cardiaque, voir les œdèmes... est-ce que c'est un œdème qui prend le godet ou pas si la personne en face... si y'a quelqu'un formé mais si y'a personne, on peut pas faire ça » (A2). Les expériences qu'ils ont eues avec les **infirmiers(ières)** sont apparues **adaptées et rassurantes** : « Des téléconsultations à double échelon, c'est-à-dire avec infirmier sur place (...) d'éviter la visite grâce à un tiers sur place qui m'a... qui m'a aidé à prendre des décisions et éviter dans certains cas une visite à domicile qui n'était pas utile » (B1) ; « j'ai fait passer l'infirmière pour vérifier... pour vérifier notamment la tension et s'il y avait des signes patents d'insuffisance cardiaque » (B4) ; « moi j'ai été très rassuré avec les téléconsultations comme on a eu le versant avec les infirmières c'est vrai que la prise de paramètres que peut apporter l'infirmier est quand même quelque chose d'extrêmement rassurant » (Z1).

Par ailleurs, **l'infirmier(ière)** apparaît **qualifié(e)** au regard des médecins dans **l'éducation thérapeutique** : « Moi je pense vraiment que l'infirmier est indispensable dans l'éducation thérapeutique du patient et pour le diabète c'est essentiel, donc on pourrait travailler en partenariat avec un infirmier me paraît être la chose la plus appréciable. » (B4)

Une médecin voit aussi la **famille** comme **aidante** : « Regarder s'il y a une plaie sous les pieds entre les orteils, c'est une chose que les patients savent faire ou que la famille peut aider et ça, ça reste faisable » (B5).

Enfin, la **télé médecine** en lien avec un(e) infirmier(ière) pourrait être une solution, mais cela nécessite **équipement et formation** : « On a équipé les infirmières depuis peu de temps d'un stéthoscope connecté, on les a un petit peu formées » (Z1) ; « c'est pas aussi facile que ce que l'on nous vend » (Z1).

DISCUSSION

1. Principaux résultats

L'objectif de ce travail de recherche était de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur le suivi par téléconsultation d'un patient chronique : hypertendu ou diabétique de type 2. L'ensemble des médecins interrogés décrivaient des insuffisances inhérentes à ce mode de consultation. En effet, en l'état, l'examen clinique n'était pas satisfaisant. Et l'interrogatoire, plus poussé certes, ne compensait pas un examen physique inexistant. Ainsi, les médecins s'accordaient pour dire qu'un tel suivi n'était pas équivalent à une consultation en présentiel. Par ailleurs, ce mode de consultation ne permettait pas de retrouver la vue globale du patient. Si les médecins généralistes approuvaient l'idée d'un suivi en téléconsultation d'un patient hypertendu, ce dernier devrait être équilibré et avoir nécessairement réalisé une automesure. Concernant le patient diabétique, ils étaient plus réticents pour un tel suivi. En effet, les médecins soulignaient que la maladie diabétique ne se résume pas au suivi unique de l'hémoglobine glyquée. Enfin, à leurs yeux, ces deux pathologies étant silencieuses, ce mode de suivi ne pouvait être qu'occasionnel sous peine d'un risque d'éloignement des soins. Toutefois, la téléconsultation pourrait voir sa place redéfinie à l'avenir, par le développement des outils de télémédecine (cabine ou chariot de téléconsultation) et par un travail collaboratif avec d'autres soignants. Ce développement devrait aussi faire l'objet de réflexions médico-légales, en particulier sur la responsabilité médicale.

Les résultats de notre étude sont uniquement issus d'un groupe limité de médecins généralistes meusiens. Nos résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des médecins généralistes français. Néanmoins, cette approche originale du patient chronique ouvre des perspectives pour d'autres recherches futures.

2. Confrontation aux données de la littérature

Les études concernant la téléconsultation se sont multipliées depuis l'apparition de la Covid19. Ces différents travaux de recherche corroborent nos principaux résultats. Ainsi la téléconsultation apparaît comme non équivalente à une consultation tout particulièrement par l'insuffisance de l'examen clinique (88–90). Le médecin doit notamment savoir dire stop à son patient dès qu'il a un doute – et ce, que le patient souffre ou non d'une maladie chronique. Tous les médecins interrogés considèrent ainsi la consultation en présentiel comme le gold-standard. Cette notion, retrouvée dans une étude écossaise publiée fin 2019 (91), est ainsi renforcée suite au confinement.

Depuis le début de l'épidémie de Covid 19 de nombreuses ruptures de soins ont été observées. La célèbre plateforme de rendez-vous en ligne Doctolib annonçait une baisse de 44 % de l'activité des médecins généralistes entre janvier et avril 2020 (92). Ces données, confortées par l'assurance maladie, sont en accord avec l'impression de rupture de soins perçue par les médecins de notre étude, notamment pour certains patients chroniques. D'autres pays dans le monde ont aussi constaté des ruptures de soins en particulier pour les patients diabétiques (93). Ces données questionnent notre système de santé sur la nécessité d'offrir une alternative afin d'assurer une continuité des soins à l'avenir. L'existence de zones blanches est probablement un des freins ; il convient d'identifier l'ensemble des freins à ce mode de téléconsultation par d'autres recherches.

Un article publié dans la revue Médecine des Maladies Métaboliques en février 2021 s'est intéressé au suivi des patients diabétiques par téléconsultation pendant la Covid 19 (94). Cette étude prospective a comparé l'évolution du taux d'hémoglobine glyquée à trois mois de deux groupes de patients ; l'un suivi en présentiel et l'autre en téléconsultation. Ce suivi était réalisé par des endocrinologues de ville ou d'hôpital dans la région de Strasbourg. L'objectif secondaire de cette étude retrouve des éléments de similitude avec notre travail. Parmi les huit médecins diabétologues de l'étude, aucun n'a jugé la téléconsultation plus efficace. Les deux principaux points négatifs soulevés étaient d'une part l'impossibilité de réaliser un examen clinique et d'autre part le contact limité avec le patient. Ce dernier point se rapproche de la vision parcellaire retrouvée dans notre étude.

Une étude transversale, CONF-DIAB (95), menée au CHRU de Nancy au cours du premier confinement conforte elle aussi certains de nos résultats. Elle confirme par exemple que tous

les patients diabétiques n'ont pas consulté leurs médecins généralistes pendant cette période – soit près de la moitié des patients. Il convient donc de poursuivre de telles expérimentations avec un panel de patients plus large pour valider les résultats de telles études. Les patients étaient néanmoins plutôt bien informés sur la téléconsultation (86,4 %). Une partie des patients n'avaient pas accès à la téléconsultation par défaut d'accès au réseau (10 %). Cette observation rejoint la constatation des médecins interrogés dans notre étude sur l'existence de zones blanches. Et cela questionne bien évidemment la généralisation de la téléconsultation sur l'ensemble du territoire.

Une autre étude issue de l'Université de Caroline du Nord a mis en place un service de téléconsultation en collaboration avec l'équipe de diabétologie (96). L'objectif principal était de limiter le risque de contamination iatrogène à la Covid19. Un membre de la famille ou bien un(e) infirmier(ière) pouvait être sollicité(e) pour réaliser la téléconsultation par téléphone. Leurs résultats montrent l'absence de différences significatives sur les taux de glycémie capillaires entre des consultations présentes ou à distance. Cette étude en soins secondaires apporte des éléments rassurant sur le suivi pendant 15 semaines d'un patient diabétique à distance.

Le suivi des patients hypertendus pendant le confinement a lui aussi fait l'objet de publications. Un article du Journal of Cardiac Surgery a réalisé une revue de littérature sur la télémédecine et les soins auprès de patients atteints de pathologies cardiaques (97). Un patient hypertendu, en particulier, peut être suivi par téléconsultation. Premièrement, cette pratique apporte le bénéfice d'ôter l'effet blouse blanche observé en cabinet. Et deuxièmement, une amélioration des chiffres tensionnels peut aussi être observée. Cette conclusion a déjà été constatée à travers d'autres études (97,98). Néanmoins, ces études ne concernaient pas un suivi organisé avec un médecin généraliste avec des prises en charge souvent complexes.

La thèse récente de Hugo Lamy et Rose-Danielle Jouan s'intéressant à la perception des médecins généralistes exerçant dans un centre de téléconsultation apporte des éléments de réponse pour compenser l'insuffisance de la téléconsultation seule (99). En effet, dans ce centre, les médecins travaillent en collaboration avec des infirmiers(ières) et des outils de télémédecine comme un stéthoscope connecté. Avec cet environnement, le suivi des patients chroniques pour leur renouvellement devient accessible. Comme dans notre recherche, la présence d'un(e) infirmier(ière) est rassurant(e) pour le médecin. Toutefois, les auteurs de cette recherche

constatent que cette coopération entre médecin et infirmier(ière) nécessite un apprentissage technique et sémiologique pour que celle-ci devienne efficace et moins chronophage. Là encore, cela soulève la question de formation initiale ou continue qui a été abordée par certains médecins de notre étude.

L'intégration d'une formation à la téléconsultation au cours du DES de médecine générale a elle aussi fait l'objet d'un travail de recherche auprès d'étudiants du 3^e cycle des études médicales d'Île-de-France au cours du premier semestre 2020 (100). La majorité des interrogés sont favorables à l'élaboration d'une formation sous la forme d'un séminaire optionnel au cours du DES, par exemple.

3. Perspectives

Les échanges riches, au cours de cette recherche ont mis en perspective une attitude prudente dans le suivi en téléconsultation des patients hypertendus ou diabétiques de type 2. En effet, les situations cliniques rencontrées en médecine générale sont souvent complexes avec des patients polyopathologiques. Par ailleurs, l'éducation à la santé auprès de ces patients, hypertendus ou diabétiques de type 2, est une part importante de la consultation. D'autres études se veulent plus rassurantes, voire plus enthousiastes. En effet, une amélioration du taux d'hémoglobine glyquée ou bien une amélioration des chiffres tensionnels ont ainsi été observées (94,95,97).

Ce travail a mis en lumière de nombreuses réflexions pour des recherches futures. Nous avons souhaité développer deux de ces réflexions. Tout d'abord, le suivi des patients hypertendus ou diabétiques de type 2 en téléconsultation apparaît limité à certains patients. Les limites techniques ou humaines pourraient être dépassées à l'aide d'outils de télémédecine (cabines ou chariot de téléconsultation) et un travail en coopération avec infirmiers(ières). Des études complémentaires pourraient donc être menées avec un tel protocole et des médecins généralistes coordinateurs pour mettre en évidence de nouvelles limites et mieux cibler les patients chroniques à inclure.

Enfin, au cours de cette période, des ruptures de soins pour certains patients chroniques ont été observées : arrêt de traitement et/ou de suivi biologique. Ces patients n'avaient pas bénéficié a minima d'une téléconsultation. En ce sens, la téléconsultation pourrait permettre à des patients hypertendus ou diabétiques de type 2 dans des déserts médicaux et en rupture de suivi de

retrouver un parcours de soins coordonné. Là encore, des études complémentaires seront à mener pour en questionner la faisabilité et la pertinence.

4. Forces et limites de l'étude

4.1. L'originalité du sujet

Cette étude s'est intéressée à un sujet peu retrouvé dans la littérature. En effet, si des travaux de recherche sur le thème de la téléconsultation existent déjà, très peu s'intéressent au suivi du patient diabétique de type 2 et/ou hypertendu, en particulier en médecine générale. Nous avons retrouvé deux articles sur le suivi des patients diabétiques auprès de médecins endocrinologues. Le contexte sanitaire lié à l'épidémie de COVID-19 a constitué un véritable catalyseur d'expérience de téléconsultations pour ces patients chroniques en soins primaires ; en effet, les médecins généralistes ont été les principaux utilisateurs de cet outil. Parallèlement, pour ces patients, un tel suivi était aussi une expérience nouvelle.

L'approche qualitative par focus group et entretien semi-dirigé a permis la libre expression des médecins interrogés sur ces nouvelles expériences. Cette approche a favorisé l'émergence de nouveaux thèmes ou sous-thèmes et a permis au chercheur d'élaborer de nouvelles idées de recherche.

4.2. La population recrutée

Le chercheur ne connaissait pas les médecins interrogés, sauf l'un d'entre eux par une expérience commune de stage hospitalier. Le directeur de thèse connaissait trois des médecins interrogés uniquement par des expériences professionnelles communes.

Un biais de recrutement peut être soulevé ; seuls les médecins intéressés par ce thème ont pu vouloir participer. Il s'agit d'un biais inhérent à cette méthodologie. Néanmoins, la saturation des données a bien été recherchée et obtenue. Enfin, les caractéristiques des médecins recrutés sont variées : classes d'âge et sexe.

4.3. Les entretiens

Le guide d'entretien, travaillé rigoureusement en amont, a servi de cadre à l'animateur de chaque réunion pour animer les échanges. Ce guide a assuré un gage de reproductibilité. Avant sa première utilisation, il a été relu par une chercheuse de l'École de Santé Publique de Nancy. Les entretiens des focus groups ont été dirigés par le directeur de cette thèse qui a l'habitude d'animer des groupes par son rôle de chef de clinique au sein du DUMG de Nancy. Cela a limité le biais de perte d'information. L'entretien semi-dirigé a été dirigé par le chercheur lui-même, ce qui a constitué sa première expérience. La perte d'information possible a néanmoins été limitée. En effet, il avait une bonne connaissance du guide d'entretien et le premier focus group, réalisé auparavant, a constitué une première expérience en tant qu'observateur « actif ».

Toutes les réunions ont pu être réalisées en présentiel ou bien en visio ce qui a permis un recueil du langage non verbal à chaque réunion. Le mode visio pour le second focus group a pu limiter la spontanéité du groupe ; cet aspect n'a pas été ressenti ni par l'auteur ni par l'animateur. Enfin, l'anonymisation des données était là pour laisser un maximum de liberté dans la parole des interviewés.

4.4. L'analyse

L'analyse d'un tiers des données a été réalisée séparément par le chercheur et le directeur avant mise en commun. Cette analyse par triangulation des données a ainsi limité le biais d'interprétation inhérent au chercheur.

Afin de renforcer la qualité de ce travail de recherche, nous avons répondu à un maximum des 32 items des lignes directrices COREQ. La retranscription des focus groups ou entretien semi-dirigé une fois réalisée n'a ainsi pas pu être retournée aux participants pour des raisons d'organisation.

Conclusion

Le monde de la santé sous pression est en mutation profonde. Pour faire face aux défis de demain, comme l'augmentation du nombre de patients hypertendus ou diabétiques de type 2, les soins primaires se réorganisent. La téléconsultation qui n'avait pas trouvé sa place depuis son lancement effectif fin 2018 a connu un essor inouï pendant les confinements successifs. La téléconsultation pour le suivi des patients hypertendus ou diabétiques de type 2 a pu ainsi voir sa place redéfinie.

Dans notre étude, les médecins généralistes mettaient en avant des limites à généraliser un tel suivi par téléconsultation auprès de ces patients. L'insuffisance de l'examen clinique, largement partagé dans la littérature, leur semblait être le frein majeur. L'absence de vue globale du patient permettant de résoudre des situations cliniques complexes souvent rencontrées en médecine générale était un deuxième argument avancé. Par ailleurs, la téléconsultation était perçue comme un outil accentuant le silence de ces deux maladies. Enfin, les médecins interrogés mettaient aussi en avant la difficulté d'accès à ce service pour tous les patients, notamment les personnes âgées. Point positif, la téléconsultation permettait le maintien d'un suivi auprès de ces patients et prévenait ainsi toute rupture de soin dans un contexte de pandémie.

Dans ces entretiens, on comprend que la téléconsultation seule ne va pas se substituer à la consultation présentielle, sauf, occasionnellement, pour quelques patients, hypertendus stables et sans comorbidités par exemple. Le développement d'outils de télémédecine et d'une téléconsultation coordonnée avec un(e) infirmier(ière) pourrait néanmoins redéfinir sa place en médecine générale.

D'autres études complémentaires pourront vérifier cette hypothèse – et ce, d'autant plus que des études récentes sont rassurantes sur l'évolution à court terme de certains paramètres paracliniques de ces patients suivis en téléconsultation.

Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Janv 2020.
2. France Assos Santé. Témoignage sur la difficulté à trouver un médecin traitant [En ligne]. Fév 2017 [consulté le 25 juil. 2021]. Disponible sur : <https://www.france-assos-sante.org/2017/02/16/temoignage-sur-la-difficulte-a-trouver-un-medecin-traitant/>
3. Actu.fr. Témoignage « Je cherche un médecin généraliste pour mes filles depuis sept mois au Havre ! » [En ligne]. Juil. 2019 [consulté le 25 juil. 2021]. Disponible sur: https://actu.fr/normandie/le-havre_76351/temoignage-je-cherche-medecin-generaliste-filles-depuis-sept-mois-havre_25677998.html
4. Franceinfo. Je n'ai pas de médecin traitant... C'est grave docteur ? [En ligne]. 7 janv 2020 [consulté le 26 juil. 2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/soigner/je-n-ai-pas-de-medecin-traitant-c-est-grave-docteur_3774937.html. 2020
5. Doineau E, Mesnier T, Augros S. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins. Oct 2018.
6. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. L'Espace géographique [En ligne]. 2018, T.47, N°4, [Consulté le 25 juil. 2021]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/eg.474.0362>. [L'Espace géographique](#)
7. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Tableaux de l'économie française. 2020.
8. OMS. 10 faits sur le vieillissement et la santé. World Health Organization [En ligne]. [consulté le 19 juill 2021]. Disponible sur : https://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/fr/
9. Eurostat. Structure et vieillissement de la population [En ligne]. Eurostat, août 2020. [consulté le 19 juill 2021]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr
10. Agrinier N, Rat A-C. Quelles définitions pour la maladie chronique ? ADSP. 2010 sept;(72):12-4.
11. Haut Conseil de la Santé Publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Nov 2009.
12. Baumann C, Briançon S. Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure. ADSP. 2010 sept;(72):19-21.

13. Grangier J. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. Études et résultats [En ligne]. Sept 2018, N°1077, [Consulté le 25 juil. 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-vieillissement-de-la-population-entraîne-une-hausse-des>
14. Adjerad R, Courtejoie N. Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures. Études et résultats [En ligne]. Janv 2021, N°1180, [consulté le 25 juil. 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/des-restes-charge-apres-assurance-maladie-obligatoire-comparables>
15. Berland Y. Coopérations entre professionnels : actualité et enjeux. ADSP. 2010 mars;(70):16-8.
16. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009.
17. Article 119 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). JORF n°0022 du 27 janvier 2016.
18. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JORF n°0172 du 26 juillet 2019.
19. Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical. JORF n°0263 du 13 novembre 2019.
20. Ministre des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 Un engagement collectif. Dossier de presse. Sept 2018.
21. Ministre des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 Un engagement collectif. Dossier d'information - Feuille de route : « accélérer le virage numérique ». Avr 2019.
22. Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Déontologie médicale sur le web », livre blanc du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Déc 2011.
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Santé connectée - De la e-santé à la santé connectée, livre blanc du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Janv 2015.
24. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine et autres prestations médicales électronique. Fév 2016.
25. Cinqualbre J. Télémédecine - La vraie médecine de proximité. Strasbourg: Ed du signe; 2017.
26. OMS. Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19 [En ligne]. Page consultée le 3 août 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
27. ProMED - International society for infectious diseases. Undiagnosed pneumonia - China (Hubei) : request for information [En ligne]. Page consultée le 29 juill 2021. Disponible sur : <https://promedmail.org/promed-post/. ProMED-mail>

28. OMS. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [En ligne]. Page consultée le 29 juill 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
29. Gouvernement. Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement,[En ligne]. Page consultée le 29 juill 2021. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
30. Vie Publique - Au cœur du débat public. Déclaration de M. Emmanuel Macron, président de la République, sur la mobilisation face à l'épidémie de COVID-19, la guerre sanitaire contre le coronavirus et sur les nouvelles mesures adoptées (report du 2e tour des municipales, suspension des réformes [En ligne]. Page consultée le 29 juill 2021. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/discours/273933-emmanuel-macron-16-mars-2020-coronavirus-confinement-municipales>
31. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19. JORF n°0059 du 10 mars 2020.
32. Décret n° 2020-279 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19. JORF n°0069 du 20 mars 2020.
33. CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. CNAM. Juill 2020.
34. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine. JORF n°0245 du 21 octobre 2010.
35. OMS. Informatique sanitaire et télémedecine : rapport du Directeur général. Conseil exécutif; 1997. EB99/30.
36. Agence du numérique en santé. Étude pour l'accompagnement au déploiement de la télémedecine - Étude comparative sur le développement de la télémedecine à l'international. ANS. Juill 2019.
37. HAS. Note de cadrage - Efficience de la télémedecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Juin 2011.
38. Zundel KM. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. Bull Med Libr Assoc. Janv 1996;84(1):71-79.
39. Lasbordes P. La télésanté, un nouvel atout au service de notre bien-être. Soins. Nov 2010;(750):26-8.
40. Safon MO. La e-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée - Bibliographie thématique. IRDES. Juill 2019.
41. Dubreuil M. E-santé - Décryptage des pratiques et des enjeux. ORS Ile de France. Focus santé et bulletins. Mai 2019.
42. HAS. La e-santé & la m-santé - Des avantages concrets pour vos patients. Oct 2019.

43. Hazebroucq V. Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française. Juill 2003.
44. Simon P, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. Nov 2008.
45. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n°0190 du 17 août 2004.
46. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine - Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Janv 2009.
47. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. JORF n°0183 du 10 août 2018.
48. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*. 1 sept 2018;39(33):3021-104.
49. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005 - Recommandation. Juill 2005.
50. Briasoulis A, Androulakis E, Palla M, Papageorgiou N, Tousoulis D. White-coat hypertension and cardiovascular events: a meta-analysis. *J Hypertens*. avr 2016;34(4):593-9.
51. Huang Y, Huang W, Mai W, Cai X, An D, Liu Z, et al. White-coat hypertension is a risk factor for cardiovascular diseases and total mortality. *J Hypertens*. avr 2017;35(4):677-88.
52. Mancia G. White-coat hypertension: growing evidence in favour of its adverse prognostic significance. *Journal of Hypertension*. avr 2017;35(4):710-2.
53. Fagard RH, Cornelissen VA. Incidence of cardiovascular events in white-coat, masked and sustained hypertension versus true normotension: a meta-analysis. *Journal of Hypertension*. nov 2007;25(11):2193-8.
54. Yılmaz ÖÇ, Ozkan S, Yavuz B. Masked hypertension is related to alteration of myocardial arrhythmia Parameters. *Clin Exp Hypertens*. 2 janv 2021;43(1):81-4.
55. HAS. Fiche mémo - Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Sept 2016.
56. Inserm. Hypertension artérielle (HTA) - La science pour la santé. [En ligne]. Page consultée le 3 juin 2021. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hypertension-arterielle-hta>
57. OMS. Panorama mondial de l'hypertension. Un « tueur silencieux » responsable d'une crise de santé publique mondiale. 2013. [En ligne]. Page consultée le 31 mai 2021. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85334/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_fre.pdf

58. Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Bull Epidemiol Heb. 2018;(10):170-9.
59. CFLHTA. Étude HTA FLASHS 2019 - Autodépistage de l'hypertension artérielle en France en 2019. [En ligne]. Page consultée le 11 juin 2021. Disponible sur : <http://www.comitehta.org/diaporamas/>
60. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1er Janv 2014; 37(Supplément 1):S81-90, [consulté le 12 juin 2021]. Disponible sur : https://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81?ijkey=572c3e7a673e8317336dcbbb27ee2a27f628768f&keytype2=tf_ipsecsha
61. International Diabetes Federation. L'atlas du diabète de la FID - 9ème édition. 2019.
62. HAS. Fiche mémo - Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Janv 2013.
63. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 12 août 2000;321(7258):405-12.
64. Brownlee M. The Pathobiology of Diabetic Complications: A Unifying Mechanism. Diabetes. 1 juin 2005;54(6):1615-25.
65. Altman JJ, Sallée FX. Diabète HEGP. [En ligne]. Consultée le 13 juin 2021. Disponible sur : <http://www.hegp.fr/diabeto/complication.html>
66. France Info. Diabète : « Un des principaux tueurs dans le monde » avertit l'OMS. 2016 [En ligne]. Page consultée le 14 juin 2021. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/diabete-un-des-principaux-tueurs-dans-le-monde-avertit-loms_1712661.html
67. Santé Publique France. Prévalence et incidence du diabète [En ligne]. Page consultée le 14 juin 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete>
68. ORS OI. Le diabète et les personnes diabétiques à La Réunion - Chiffres clés. Édition 2020.
69. CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. Juill 2020.
70. Babae Beigi MA, Zibaenezhad MJ, Aghasadeghi K, Jokar A, Shekarforoush S, Khazraei H. The effect of educational programs on hypertension management. Int Cardiovasc Res J. 2014 Sep;8(3):94-8.
71. Stephen C, Halcomb E, McInnes S, Batterham M, Zwar N. Improving blood pressure control in primary care: The ImPress study. Int J Nurs Stud. 2019 Jul;95:28-33.

72. Moreira AM, Marobin R, Rados DV, de Farias CB, Coelli S, Bernardi BL, et al. Effects of nurse telesupport on transition between specialized and primary care in diabetic patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 18 mai 2017;18(1):222.
73. Blackberry I D, Furler J S, Best J D, Chondros P, Vale M, Walker C et al. Effectiveness of general practice based, practice nurse led telephone coaching on glycaemic control of type 2 diabetes: the Patient Engagement And Coaching for Health (PEACH) pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 347.
74. Nesari M, Zakerimoghadam M, Rajab A, Bassampour S, Faghihzadeh S. Effect of telephone follow-up on adherence to a diabetes therapeutic regimen. *Jpn J Nurs Sci*. 2010 Dec;7(2):121-8.
75. Fatehi F, Gray LC, Russell AW, Paul SK. Validity Study of Video Teleconsultation for the Management of Diabetes: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Diabetes Technol Ther*. oct 2015;17(10):717-25.
76. Ministre des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 Un engagement collectif. Dossier d'information - Feuille de route : « accélérer le virage numérique ». Avr 2019.
77. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
78. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
79. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2001 avril-juin;32(2):117-21.
80. Martel V. L'inédite portée de la méthodologie qualitative en sciences de l'éducation : réflexion sur les défis de l'observation et de l'analyse de la vie cognitive de jeunes apprenants. *Recherches qualitatives*. 2007;Hors Série(3):440-60. :21.
81. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de Santé Publique. CHU de Nice.
82. L'ACP Institut. Carl Rogers et l'approche centrée sur la personne. [En ligne]. Page consultée le 24 mai 2021. Disponible sur : <http://www.acp-institut.fr/en-savoir-plus/carl-rogers-et-l-a-c-p>
83. Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarène J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Med Gen*. 2004 Mars 15; 18(645):382-4
84. Haegel F. Réflexion sur les usages de l'entretien collectif. *Recherche en soins infirmiers*. 2005;N° 83(4):23-7.
85. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*. 2006;26(2):1-18.
86. INSEE. Zonage en aires urbaines / ZAU. 1er mars 2017 [En ligne]. Page consultée le 2 sept. 2021. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1435>

87. INSEE. Base des unités urbaines 2020. 6 mai 2021 [En ligne]. Page consultée le 2 sept 2021. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/4802589>
88. Amar N. Connaissances, avis et pratiques actuelles de la Téléconsultation (TC) depuis sa mise en place par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse]. Université Paris Est Créteil; 2021.
89. Leroux M. La téléconsultation en pratique quotidienne en réponse à l'épidémie de COVID-19 : Le point de vue des médecins généralistes aveyronnais [Thèse]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2021.
90. Pelissie Du Rausas F. Le rapport des médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA [Thèse]. [Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix Marseille Université]; 2021.
91. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract.* sept 2019;69(686):e586-94.
92. Le Généraliste. Coronavirus : un tiers des patients aurait renoncé à des soins pendant l'épidémie selon Doctolib [En ligne]. Page consultée le 20 déc 2021. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/coronavirus-un-tiers-des-patients-aurait-renonce-des-soins-pendant-lepidemie-selon-doctolib>
93. Alshareef R, Al Zahrani A, Alzahrani A, Ghandoura L. Impact of the COVID-19 lockdown on diabetes patients in Jeddah, Saudi Arabia. *Diabetes Metab Syndr.* oct 2020;14(5):1583-7.
94. Flocard M, Meyer L, Fabacher T, Bahougne T, Ortéga F, Paris D et Al. Prise en charge par téléconsultation des patients diabétiques dans le contexte de l'épidémie de Covid-19 : étude prospective observationnelle. *Med Mal Metab.* Fév 2021;15(1):24-32.
95. Ludwig L, Scheyer N, Remen T, Guerci B. The Impact of COVID-19 Lockdown on Metabolic Control and Access to Healthcare in People with Diabetes: the CONFI-DIAB Cross-Sectional Study. *Diabetes Ther.* 2021 Aug;12(8):2207-2221.
96. Jones MS, Goley AL, Alexander BE, Keller SB, Caldwell MM, Buse JB. Inpatient Transition to Virtual Care During COVID-19 Pandemic. *Diabetes Technology & Therapeutics.* 1 juin 2020;22(6):444-8.
97. Kaushik A, Patel S, Dubey K. Digital cardiovascular care in COVID-19 pandemic: A potential alternative? *J Card Surg.* déc 2020;35(12):3545-50.
98. McKinstry B, Hanley J, Wild S, Pagliari C, Paterson M, Lewis S, et al. Telemonitoring based service redesign for the management of uncontrolled hypertension: multicentre randomised controlled trial. *BMJ.* 24 mai 2013;346.
99. Lamy H, Jouan RD. Perception des médecins généralistes quant à leur pratique de la téléconsultation : étude qualitative auprès des médecins exerçant au centre de téléconsultations de Saint-Georges-de-Rouelley (Manche, 50) [Thèse]. Université de Caen - Normandie; 2021.

100. Morel F. Intégration d'une formation à la téléconsultation dans le cadre du DES de médecine générale : enquête auprès des internes d'Île-de-France [Thèse]. Université Paris-Est Créteil; 2020.

ANNEXES

1. ANNEXE 1 : Guide d'entretien téléphonique

« Bonjour, je m'appelle Gérald Leroy ; je suis interne en dernier semestre de médecine générale. Je réalise actuellement une thèse sur la télémédecine sous la direction du Dr Didelot et du Pr Di Patrizio. J'ai trois questions fermées à vous poser pour savoir si vous pouvez participer à ce projet de thèse. Puis-je vous les poser ?

1-Pendant le confinement (du 17/03/20 au 11/05/20), avez-vous réalisé des téléconsultations ?

2-Parmi ces téléconsultations, y avait-il des patients hypertendus et/ou diabétiques de type 2 ?

3-Enfin, ces téléconsultations s'intéressaient-elles au suivi de ces patients (DT2/HTA) ou bien était-ce pour un autre problème de santé ? »

Si la réponse était « non » à la première ou deuxième question, le médecin était informé qu'il ne pouvait pas être inclus dans l'étude. Il en était de même si le médecin n'avait pas réalisé au moins un suivi de patient hypertendu ou diabétique de type 2 en téléconsultation.

Si la réponse était « oui » aux trois questions, le médecin était informé qu'il pouvait participer à cette recherche avec son accord.

2. ANNEXE 2 : Guide d'entretien

1-Pouvez-vous décrire votre expérience de la télé médecine au cours du confinement (17/03/20 au 11/05/2020) ?

Avez-vous pu mettre en place dès le 17 mars des téléconsultations ?

Quel(s) outil(s) numérique(s) spécifique(s) ou non avez-vous utilisés ?

Connaissiez-vous ces outils numériques auparavant ?

Les téléconsultations étaient-elles systématiquement sur rendez-vous et de durée similaire à des consultations en présentiel ?

2-Comment avez-vous perçu ces téléconsultations ?

L'expérience a-t-elle été satisfaisante ? En quoi et pourquoi ?

Quelles impressions votre expérience de la téléconsultation vous a-t-elle laissées ?

3-Quelle a été la place des patients hypertendus et diabétique de type 2 dans ces téléconsultations ?

Ces patients ont-ils continué à consulter ?

Si oui, dans les mêmes proportions ? En moyenne, l'hypertension constitue 17 % des consultations d'un médecin généraliste.

Le motif de leur appel était-il en lien avec leur suivi ou bien pour un autre motif médical ?

4-Comment avez-vous perçu la réévaluation de vos patients hypertendus ou diabétiques de type 2 ?

Est-ce que ce mode de réévaluation vous a convenu ?

Avez-vous ressenti une facilité ou bien un manque dans la réévaluation de ces patients ?

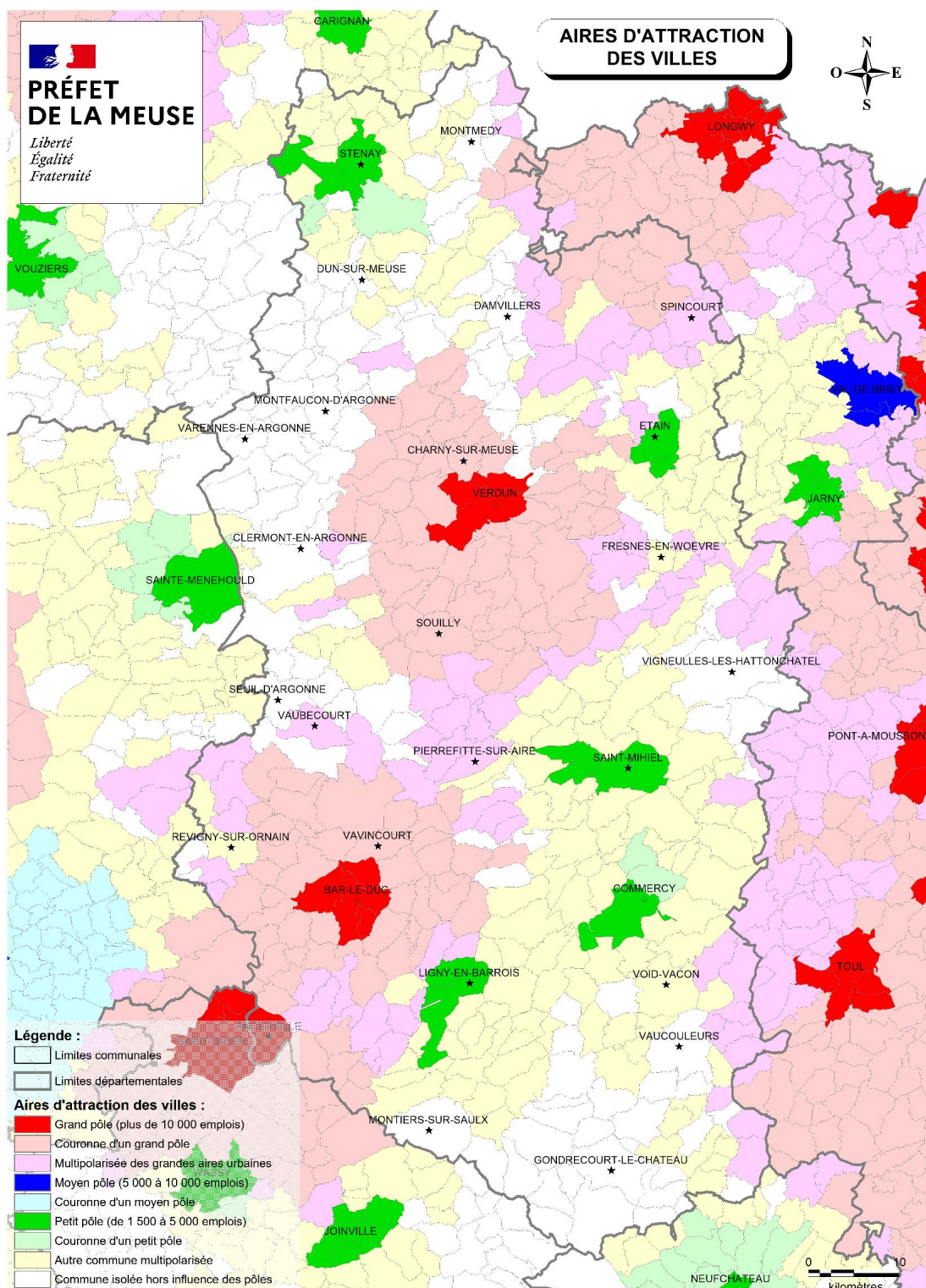
5-Comment vos patients hypertendus ou diabétiques de type 2 ont-ils vécu ces téléconsultations ?

Les patients ont-ils émis des remarques, voire des réserves sur ce mode de consultation ?

6-Pensez-vous que la téléconsultation soit utile au suivi des patients hypertendus ou diabétiques de type 2 ?

Pouvez-vous préciser votre point de vue ?

3. ANNEXE 3 : Carte administrative de la Meuse : aires d'attraction des villes



Réalisation	Référentiel	Source
Direction Départementale des Territoires Créée le 4 janvier 2021	© IGN-BD CARTO © Édition 2013	Données INSEE 2020

VU

NANCY, le **10 février 2022**
Le Président de Thèse

NANCY, le **10 février 2022**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12375C**

NANCY, le **17 février 2022**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ

Introduction : La téléconsultation en médecine générale a connu un essor important pendant le premier confinement, en particulier auprès des patients atteints de maladies chroniques. L'objectif de cette étude était de recueillir le ressenti de médecins généralistes meusiens sur les téléconsultations de suivi de patients chroniques, hypertendus ou diabétiques de type 2.

Matériel et Méthodes : Cette étude était une enquête épidémiologique qualitative. Le recueil des données a été réalisé par deux focus groups et un entretien semi-dirigé échelonnés entre septembre 2020 et février 2021. Les participants étaient des médecins généralistes ayant réalisé au moins une téléconsultation de patient diabétique de type 2 ou hypertendu durant le premier confinement lié à la COVID-19.

Résultats : Onze médecins ont participé à l'étude. Toutes les classes d'âge étaient représentées avec une minorité de femmes. En l'état, la téléconsultation permet un suivi occasionnel d'un patient hypertendu équilibré, mais pas celui du patient diabétique. L'insuffisance de l'examen clinique et une vue partielle du patient en téléconsultation contribuent à un service médical rendu inférieur à une consultation présenteielle. Ces limites soulèvent aussi des questions médico-légales.

Discussion : D'autres recherches similaires mettent en avant des résultats rassurant à court terme, notamment sur l'évolution des paramètres paracliniques. Le suivi de ces patients en téléconsultation associé à des outils de télémédecine (cabine ou chariot) et un(e) infirmier(ière) permettrait d'envisager sa place en soins primaires pour un grand nombre de patient.

TITRE EN ANGLAIS :

**TELECONSULTATION IN THE FOLLOW-UP OF HYPERTENSIVE OR
DIABETIC PATIENTS : A NEW RELEVANT PRACTICE?**

THESE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2022

MOTS CLÉS : Téléconsultation - Médecine générale - Maladie chronique – Hypertension – Diabète de type 2

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDŒUVRE-LES-NANCY Cedex