



HAL
open science

La téléconsultation au cours du suivi en nutrition : étude qualitative sur le ressenti des patients

Marie Creusy

► To cite this version:

Marie Creusy. La téléconsultation au cours du suivi en nutrition : étude qualitative sur le ressenti des patients. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03696229

HAL Id: dumas-03696229

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03696229>

Submitted on 15 Jun 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE
Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
CREUSY Marie
le 24 Mars 2022

TITRE
**La téléconsultation au cours du suivi en nutrition :
étude qualitative sur le ressenti des patients**

Directeur de thèse : Docteur Vincent ATTALIN

Jury :

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Professeur Antoine AVIGNON

Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Docteur Vincent ATTALIN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE
Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
CREUSY Marie
le 24 Mars 2022

TITRE
**La téléconsultation au cours du suivi en nutrition :
étude qualitative sur le ressenti des patients**

Directeur de thèse : Docteur Vincent ATTALIN

Jury :

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Professeur Antoine AVIGNON

Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Docteur Vincent ATTALIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Hélène
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUI TER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISI ER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel
BASTIEN Patrick	LARREY Dominique	
BLANC François	LE QUELLEC Alain	
BONAFE Alain	MARES Pierre	
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry	
BOURREL Gérard	MAURY Michèle	
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick	
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand	
COMBE Bernard	MONNIER Louis	
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges	
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian	
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy	
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean	
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François	
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles	
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques	
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain	
JONQUET Olivier	VOISIN Michel	

Docteurs Emerites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges- Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{er} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie

MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHERE	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUREUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI El Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD	GINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNY S Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gill	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

Remerciements

Je remercie,

Les membres du Jury

Professeur Philippe Lambert, merci d'avoir accepté de présider mon jury et d'apporter votre regard sur ce travail.

Professeur Antoine Avignon, merci pour tout ce que vous m'avez appris au cours de mes deux stages d'externat dans votre service et du DU de nutrition.

Docteur Agnès Oud Engberink, merci pour le temps que vous avez consacré en atelier thèse ou à répondre à mes questions.

Docteur Vincent Attalin, je te suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger mon travail. Tes lectures pointilleuses et tes critiques sont toujours très constructives. J'admire ton écoute et ta façon d'être avec les patients et surtout ta capacité à mener de front tous tes projets pro et personnels.

Les participants à l'étude

Je remercie chaleureusement les patients qui ont accepté de donner de leur temps pour partager leur expérience et sans qui cette thèse n'existerait pas. C'était très enrichissant pour moi.

Je remercie aussi les médecins qui ont bien voulu collaborer à ce projet: Dr Bonnet, Dr Gabriel, Dr Breyel, Dr Rakotoarivony, Dr Attalin, Pr Avignon.

Mes maîtres de stage et les médecins qui ont croisé mon chemin.

Docteur Pascal Masson, mon médecin généraliste, merci de m'avoir transmis l'envie de faire ce beau métier.

Mailys et Flora pour le meilleur stage de mon externat.

L'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale de gynécologie, pédiatrie et gériatrie de Perpignan, particulièrement à Elodie et Sylvie qui m'ont tout appris de la gériatrie.

L'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale de l'UCSA de Béziers, particulièrement Philippe, Juliette, Mathilde et Cyril. Pour m'avoir rassuré dans mes premiers pas stressants de médecin généraliste (et de sutures), les moments de détente avec vous et toutes les fois où on a couru derrière le bus.

Mes maîtres de stage de médecine générale Elodie, Monique, Olivia et Stéphane, qui m'ont transmis leur "art" de la médecine avec beaucoup de bienveillance. Elodie pour m'avoir fait aimer la médecine semi rurale, et ton accueil chaleureux au sein de ta famille.

Et Philippe mon maître Jedi de la médecine du sport, avec qui j'ai passé un super stage!

Enfin, merci à tous les médecins que j'ai remplacé et qui m'ont fait confiance.

Ma famille.

Mes parents, Merci pour cette enfance heureuse et cette éducation incroyable que vous m'avez donnée. C'est grâce à vous et vos sacrifices que j'ai pu faire ces longues études de médecine. Merci pour votre soutien en toutes circonstances. Maman pour tes conseils, ta présence, tes bons petits plats, les après-midi shopping, ta gentillesse et toutes tes petites attentions. Papa pour ton sang froid, ton intelligence, tes blagues (pas toujours drôles <3), nos trajets en voiture en musique (même les espagnoles), ton aide à tout heure pour corriger mes fautes ou m'aider à terminer un travail. Je vous aime.

Mes sœurs, Laura et Sarah, mes petites sœurs d'amour, je suis très fière de vous avoir. Même si je vous embête, c'est de bonne guerre entre soeurs. Déjà plein de bons souvenirs et j'espère qu'on aura plus de temps ces prochaines années pour en créer de nouveaux. Laura qui aime bien châtie bien, malgré ton caractère de cochon-d'inde, rien de mieux qu'un coup de folie ou se perdre en randonnée. Sarah ma petite artiste, ma drama queen, j'attend tes œuvres avec impatience pour décorer mon appart. Et pensées pour mon petit Pookie qui m'a tenu compagnie pendant la rédaction.

Les Creusy, mon oncle Olivier merci de m'avoir fait rêver aux voyages et pour tes très très bons repas. Ma tante Christine, et mes cousins Agathe et François, à tous ces bons moments et nos retrouvailles annuelles dans le nord pendant la magie de Noël qui me manquent.

Les Malagon, Mamie parce que tu n'as pas attendu la thèse pour dire "ma petite fille est docteur" merci pour tes anecdotes et pour cette grande famille. Mes oncles et tantes Dolores et Gérard, Carmen et Patrick, François, merci pour votre amour, votre accompagnement et tous ces

moments chaleureux passés ensemble. Mes grands cousins Julien, Sébastien, Marie-Céline, David, Lydia, Nathalie, merci de m'avoir toujours fait rire. Mes cousins Sylvain, Jean-Francois à ces moments à jouer ensemble que j'attendais avec impatience pendant notre enfance. Je pense à ma tante Marie et mon oncle Carlos qui me manquent et qui auraient fières en cette journée.

Les Ter Schiphorst, Jean Luc et Sylvie, aux discussions autour d'un repas, aux parties (parfois mouvementées) de jeux de société et tous vos bons conseils. Thibault et Cristelle, Romain, Benoit, Gauthier, à votre humour et vos bêtises (potentialisés quand vous êtes réunis...). Merci à mes (belles) belles sœurs d'am, Mathilde et So, pour vos conseils beauté et mode. Merci à tous de m'avoir si bien accueilli dans votre famille.

Mes amis du lycée

La TPsh pour toujours. A notre longue amitié qui a débuté au collège. Des années d'enfance si heureuses en grande partie grâce à vous. Juliette tu m'as aidée à surmonter ma première P1, à coup de danse endiablée et de chocolat; tu as toujours les mots justes. Allaix pour ton brin de folie, ton âme d'enfant et surtout ton rire qui rend joyeux. Eva, ma working girl, je t'admire tant et j'attends toujours avec impatience tes longs récits.

Mathilde ma suédoise préférée, à nos souvenirs mémorables en Espagne ou à Paris, les soirées avignonaises ou les journées à papoter.

Thomas, avec ton sac jaune, ta mèche, et ton humour noir, tu me manques, dépêche toi de revenir en France.

Camille, pour ton aide précieuse en anglais, et tous les bons moments que l'on passe ensemble.

Vincent qui a décidé de passer par la voie la plus compliquée possible pour être médecin, a nos années lycées d'amitié, à Lyon, à Paris et à toutes les futures, tu es génial.

Anaëlle et Julien, Léo, Mégane, Sarah, à ces bons moments à vos côtés.

A mes profs préférés que je n'oublie pas, Monsieur Dron qui a toujours cru en moi et qui m'a permis d'apprendre à skier, Monsieur Bernard qui m'a appris la rigueur pour surmonter la P1, et Madame Choque la meilleure prof d'espagnol.

Mes amis de P1

Les avignonnais, Guillaume et Eugénie, soudés en amphi contre l'adversité de la première année.

Les thérèses, parce que ça aurait été vraiment dur d'y arriver sans vous. Lélé pour ton amitié depuis le tout début (et nos repas au RU) et les soirées jusqu'au petit matin. Anaïs pour ta bonne humeur permanente et ton soutien sans faille, et à Huguette qui a su te combler de bonheur.

Mes colocataires d'externat

Isabel, tu es si chère à mon cœur. Tu es un réconfort, un petit soleil dans ma vie. J'espère qu'il y aura encore plein de journées shopping. Merci à Guigui qui t'accompagne. Et à Yvonne et Hernando pour leur gentillesse et leur accueil.

Adèle, pour toutes nos folles soirées, ton entrain et nos discussions, tu es un soutien solide.

Charlotte, pour les week-ends nature, ton altruisme, et nos nouvelles traditions de thé retrouvaille que j'adore.

Aurélié, merci d'avoir été mon bras droit, mon pilier... tu me manques déjà.

Elodie, tu as su rendre ma D4 plus douce et remplie de sushi, merci pour tout.

Mes amis d'externat

Joanna, mon binôme de thèse, de squash et d'avis médical. Sans toi ça aurait été difficile, merci de m'avoir motivée et d'avoir toujours été là. Je me souviens ce jour où j'ai croisé ton chemin (en TD), où j'ai immédiatement su que je voulais être ton amie: tu es en or.

Marion, pour tous tes si bons conseils, ton écoute, ta gentillesse, et la personne brillante que tu es. Merci d'avoir été une chef quand il le fallait.

Caro C, pour ces longues années d'amitié depuis le tutorat, pour tes jeux de mots, ta générosité, ton entrain, et ton rire qui me remplit de bonheur (enfin sauf quand tu fais le nouveau).

Caro B, ma fashionista, la plus jolie mariée que j'ai pu voir, à ces pauses girly le midi ou bien à la cellule, et surtout à tes blagues qui me manquent (vive les gifs).

Eve(ounette), les dancefloors sont bien tristes depuis que tu es partie, tu manques à ma vie, ton (faux) calme, ta gentillesse et ta motivation (et même ton indécision).

Victoria, pour ton second degré, tes petites attentions et pour m'avoir fait découvrir la belle Strasbourg. J'espère qu'on arrivera à se voir plus souvent.

Lisa, jamais sans tes comparses poilus, j'ai froid quand je pense à toi, merci pour tes leçons d'italien et ta bonne humeur.

Pab et Mathieu, pour votre humour, votre intelligence qui m'impressionnera toujours et notre groupe éphémère de musique.

Et à Cox, Dams, Noémie, Agathe, Benjamin, Caroline, vos moitiés qui ont rejoint la bande et que j'adore.

Yasmina, à ton brin de folie et surtout au pass été jeune! J'attends avec impatience la prochaine activité. Fouz pour ta joie de vivre et ton talent pour la danse. Marion B et Bastien parce qu'on rigole toujours avec vous! Quentin S pour nos petits selfies et les manades de folies. Alex pour ton côté bling bling qui me fait rire et aux soirées mémorables. Geoffrey à toutes ces nombreuses soirées à papoter autour d'une bière et faire la fête. Valentin à cette année mémorable à la cellule.

Mes co-internes

La team gynéco-pédia, Tibère la force tranquille, Valentine W la directive (<3), Mathilde B le peps, Anne Laure la détente, merci pour ces moments de rire et de soutien pendant ce tout premier stage.

La team gériatrie, Marie-Anne ma confidente, Micka pour les pauses potins, de si bons souvenirs avec vous.

La team urgences, qui m'a permis de survivre pendant ces interminables gardes. Merci à ma Constance, la plus belle rencontre de ce stage, pour ces moments passés avec toi et notre passion commune (tmtc).

Laureen, et notre colocation à Cessenon. On se connaît depuis la p1, on ne s'est pas quittés de notre cursus (surtout en partageant les mêmes lettres de notre nom) et je suis triste que tu sois partie si loin.

Mes amis d'internat

Les copines de la CITEA, qui ont enchanté mon premier semestre. Anaïs Jouffrex "la plus bonne de mes copines", merci pour ta gentillesse. J'adore lire tes sms qui me font rire, nos afterwork cocktails et surtout, toujours recevoir les box avant toi. Mathilde Zemzem pour ton amour des

débats enflammés, ton ouverture d'esprit, nos anniversaires en tête à tête, et surtout les soirées sushis. Mes petites parisiennes, le sud (et moi) vous a définitivement adopté.

Nini pour ton humour (++), ton fun, les jeux de société et ta gagatitute envers Souk!

Mes colocos Robin et Quentin, pour les soirées électro et les black mirror.

Les Perpignanais, Carole la pipelette, Ramla la souriante, Amélie l'enjouée, Marielle la lumineuse, Carine la chanteuse, Valentine F la danseuse (vive Naps), Turpinette l'incroyable cuisinier, Bastien J/Pierre Germain/Kévin mes nîmois fêtards préf, Pierre Emmanuel et Bastien Duch les rigolos me font trop rire, Ancelin l'ambianceur (de Jul), Thomas O le tripophobe, Gaby l'amoureux des chiens, Pierre Deschamps la NBA, Marie Belot ma debriefeuse, Edouard les potins, Manon l'aventureuse, Elodie la douceur.. Merci pour tous ces moments de fête et d'allégresse mémorables! Merci à Emilie pour tous tes conseils sur la thèse.

Les Saint Affricains, Anne-Laure et Alexis merci d'avoir été d'un tel réconfort, avec nos debriefs et nos rigolades, après les longues journées de rempla et les visites en EHPAD. Alexis pour ton talent de préparation de l'aligot, Anne-Laure pour ton écoute et ta vie qui fait rêver.

Les bons vieux yuka et les copains que j'ai rencontrés et adoptés grâce à Adrien. Nico et Phil, les inséparables (jusqu'à dans mes remerciements), les sportifs, les fêtards... vous me faites mourir de rire, et au fond je vous aime aussi. Les bonnes vieilles Yuka, Lauriane et Agathe, à nos soirées mojitos, et nos discussions filles. Stijn et Mathilde mes petits parisiens c'est toujours un plaisir de vous rendre visite. Simon, je t'ai adoré dès le moment où je t'ai vu débarquer en "claquettes" à la fac. Luca et Diane, Sébastien et Juliette, Mehdi et Marina (Georgi), Céline, Olivier, Flavien, Edouard, JS, Thomas, Laurie: à ces supers soirées à vos côtés, on s'amuse toujours avec vous!

Mes copines du tennis

Violette, Myriam, Anaïs, Valérie, Célia et coach Julien. Parce que c'est un bonheur de passer les mardis soir avec vous, au tennis ou en soirée tapas !

Adrien

Mon âme sœur, mon pilier. Merci de rendre ma vie si belle. Pour ces moments de bonheur au quotidien ou à l'autre bout du monde. Pour ton soutien médical précieux pendant ces années d'internats et de remplacements; tu es le meilleur médecin que je connaisse. Tu sais déjà tout le reste... J'espère qu'on vivra encore des tonnes d'aventures ensemble. Je t'aime.

Sommaire

Introduction	13
Surpoids, Obésité	13
Définition	13
Epidémiologie	13
Physiopathologie de la prise de poids	15
Complications	17
Prise en charge	18
La téléconsultation	23
Définition	23
Cadre légal	23
Développement, histoire	25
Un enjeu pour les désert médicaux et l'accès au soin	26
Question de recherche	28
Méthode	29
Type d'étude: qualitative	29
Évaluateur	29
Bibliographie	29
Guide d'entretien	30
Recueil des données	32
Critères d'inclusion	32
Recrutement	32
Éthique	33
Entretiens	33
Analyse	34
Résultats	35
Caractéristiques de la population	35
Les bénéfices de la téléconsultation	37
Les inconvénients de la téléconsultation	46
Perspective d'utilisation	58
Discussion	63
Validité et apports de l'étude	63

Points forts	63
Limites de l'étude	64
Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature	66
Bénéfices de la téléconsultation	66
Inconvénients de la téléconsultation	68
Perspectives d'utilisation	70
Conclusion	73
Bibliographie	74
Annexes	79
SERMENT D'HIPPOCRATE	84
RÉSUMÉ	85

Glossaire

AMO: Assurance maladie obligatoire

ANS: Agence du numérique en Santé

ANSES: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AP: Activité physique

APA: Activité physique adaptée

ARS: Agence régionale de Santé

AVC: Accident vasculaire cérébral

CHU: Centre hospitalier universitaire

COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research

DU: Diplôme universitaire

EHPAD: Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS: Haute autorité de santé

HTA: Hypertension artérielle

HPST: Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IMC: Indice de masse corporelle

INSEE: Institut national de la statistique et des études économiques

MeSH: Medical Subject Headings

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PNNS: Programme national nutrition santé

SAS: Syndrome d'apnée du sommeil

1. Introduction

1) Surpoids, Obésité

a) Définition

L'obésité est définie en 1997 par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) comme un excès anormal ou excessif de graisse dans les tissus adipeux, pouvant engendrer des problèmes de santé. (1)

b) Epidémiologie

1. Dans le Monde

L'OMS considère l'obésité comme une pandémie. (1) C'est un problème de santé publique dans les pays développés qui touche les adultes et les enfants. Dans l'étude du Lancet publiée en 2016 (2), qui étudie l'évolution de l'IMC (Indice de masse corporelle) dans le monde entre 1975 et 2016, on peut noter une forte augmentation des indices. L'IMC moyen mondial en 40 ans est passé de 21,7 à 24,2 kg/m² chez les hommes et de 22,1 à 24,4 kg/m² chez les femmes. Quant à la prévalence de l'obésité, elle est passée de 0,9% à 7,8% chez les hommes et de 0,7% à 5,6% chez les femmes. Actuellement, 13% de la population mondiale adulte est atteinte d'obésité (soit 650 millions de personnes).

2. En France

Il est difficile d'avoir des chiffres exacts en France, car n'étant pas considérée comme ALD (affection longue durée), l'obésité n'apparaît pas dans les données de l'assurance maladie. Les chiffres épidémiologiques sont donc disponibles en France grâce aux enquêtes OBEPI réalisées de 1997 à 2012 par téléphone (3) et plus récemment en 2020 par internet (4); et à l'étude ESTEBAN réalisée de 2014 à 2016 (5).

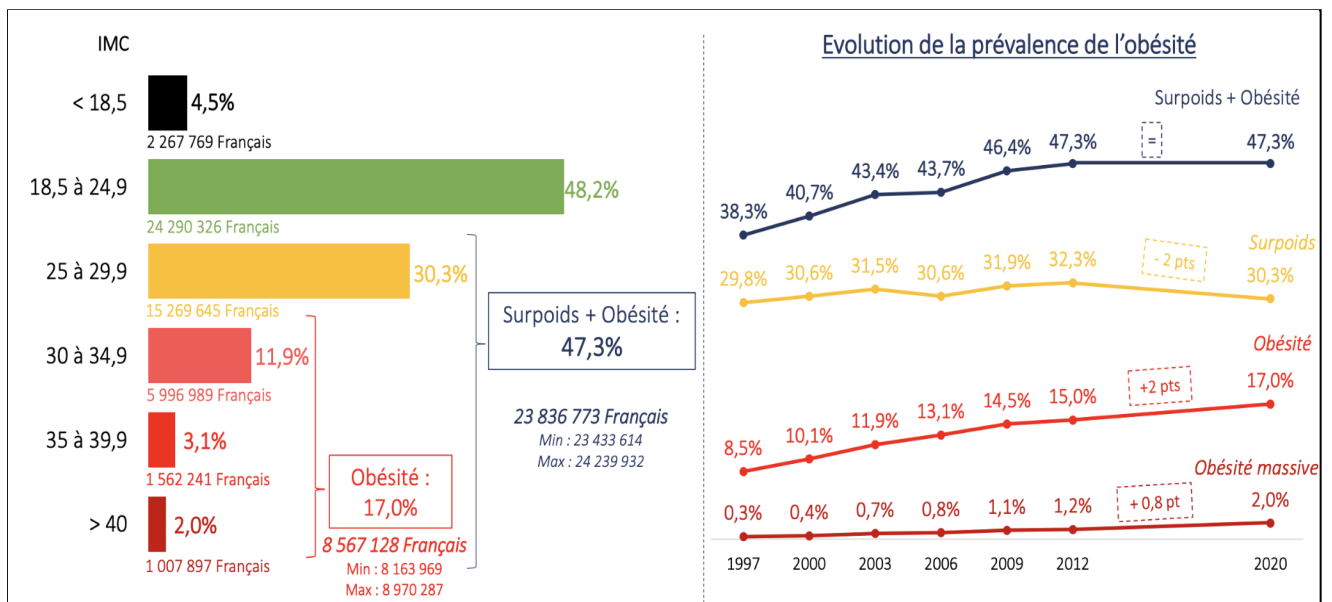
En 2020, 30,3% des français de plus de 18 ans étaient en surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) et 17% étaient atteints d'obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) dont 2% d'obésité sévère ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$). Nous avons eu connaissance pour la première fois en 2020, des chiffres concernant les enfants: 34% des enfants de 2 à 7 ans et 21% de 8 à 17 ans sont en situation de surpoids ou d'obésité.

La prévalence de l'obésité est en constante augmentation (elle a doublé depuis 1997, et gagne 2% de plus ces 8 dernières années). On observe cependant une décélération du nombre de personnes en surpoids.

De plus, l'obésité touche de manière plus importante :

- les femmes : prévalence de 17,4% chez les femmes contre 16,7% chez les hommes, mais plus de surpoids chez les hommes ;
- le nord de la France et les plus petites villes ;
- les personnes de faible niveau d'étude et de revenu ;
- en fonction de l'âge : elle augmente avec l'âge ;

Figure 1: Évolution de la prévalence de l'obésité en France



Source: srae nutrition, d'après les données des enquêtes Obepi

c) Physiopathologie de la prise de poids

1. Déséquilibre énergétique et interactions complexes

La notion de balance énergétique vient des principes de la thermodynamique : l'énergie ne peut être créée ni détruite. Si une personne prend du poids, il y a donc un excès d'énergie par rapport aux besoins (excès d'apport, ou insuffisance des dépenses) qui amène à un stockage de cette énergie.

Lors d'une prise de poids, il est recommandé de se poser la question "qu'est ce qui conduit à manger trop, à bouger moins?". L'alimentation a 3 fonctions importantes : l'homéostasie (apport nécessaire à l'organisme pour fonctionner en vitamines, énergies, minéraux), l'hédonisme (le plaisir) et l'intégration socio-culturelle. Elles sont toutes les trois importantes et liées entre elles.

Selon la HAS (Haute autorité de santé) : "il est recommandé au médecin d'éviter tout discours culpabilisant qui ferait de la personne en excès pondéral la seule responsable de son poids" (6). En effet, le déséquilibre de la balance énergétique est la conséquence de l'ensemble de plusieurs facteurs.

Une multitude d'interactions complexes est en jeu (7).

- production alimentaire : augmentation de la taille des portions, grande densité énergétique, alimentation industrielle, disponibilité à des prix accessibles (8) ...
- consommation alimentaire : excès, aliments trop riches, boissons sucrées (8) ...
- société et représentations culturelles ;
- sédentarisation : arrêt activité physique, télévision/écrans, transports en communs/voitures, mécanisation des escaliers, travail posté ...
- facteurs biologiques/génétiques : troubles du sommeil, ménopause, grossesse, prédispositions génétiques, antécédents d'obésité dans l'enfance ...
- psychologie individuelle : émotions, externalité (sensibilité aux stimuli externes de l'environnement alimentaire), phases de désinhibitions post restriction cognitives (conséquences de limitations volontaires de la prise alimentaire qui peuvent être suivies

- de phases où l'on mange plus et moins bien), troubles du comportement alimentaire (hyperphagie, boulimie ...), troubles anxio-dépressifs ;
- comportements individuels : consommation d'alcool, arrêt du tabac non accompagné de mesures adaptées, prise de certains médicaments ...

2. Étiologies génétiques

La génétique intervient à différents degrés selon les formes d'obésité (9):

L'obésité commune : la plus fréquente, polygénique (plusieurs variants génétiques interagissent avec un environnement à risque). Il existe de fortes variabilités interindividuelles à la prise de poids.

L'obésité monogénique : rare, sévère, débutant généralement dans l'enfance, par la mutation d'un seul gène :

- Gènes des voies de la leptine et de la mélanocortine: obésité majeure dès les premiers mois de vie, très rares (mutations: MC4R, leptine, POMC...);
- Syndromiques: l'obésité est un symptôme parmi les autres. Par exemple, le syndrome Prader-Willi (délétion sur le chromosome 15, f=1/25 000) associe obésité, retard statural, hyperphagie, retard mental et hypogonadisme.

3. Obésité secondaires organiques

Même si ces causes sont exceptionnelles, il faut garder à l'esprit l'existence des causes secondaires de l'obésité (10) :

- Endocriniennes: hypercorticisme, déficit en GH (Growth hormone), hypothyroïdie ;
- Iatrogène: psychotropes, chimiothérapies, cortisone ;
- Tumeurs hypothalamiques ou hypophysaires ;

d) Complications

1. Espérance de vie

Il a été montré dans plusieurs études une augmentation de la mortalité liée à l'obésité, et ce proportionnellement au degré d'obésité (11) (12).

2. Comorbidités

De multiples études ont montré le lien entre obésité et comorbidités, avec un risque très élevé de développer: un diabète, une dyslipidémie, une dyspnée, un SAS (Syndrome d'apnée du sommeil), des lithiases vésiculaires; et élevé d'angor, d'HTA (Hypertension artérielle), d'arthrose et de goutte. (3) (13) (14) (15) :

- Maladies pulmonaires : SAS, syndrome d'hypoventilation ;
- Maladies gastro-entérologiques : stéatose hépatique, stéatohépatite non alcoolique, cirrhose, lithiases vésicales, pancréatite ;
- Maladies gynécologiques : troubles des règles, syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), infertilité ;
- Maladies ostéo-articulaires : goutte, arthrose ;
- Maladies cutanées : macération cutanée, mycoses ;
- Maladies neurologiques : hypertension intracrânienne idiopathique, polyneuropathie, accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;
- Maladies ophtalmologiques : cataracte ;
- Maladies cardiaques : atteinte coronariennes ;
- Maladies métaboliques : diabète, dyslipidémie ;
- Maladies vasculaires : stase veineuse, thromboses veineuses des membres inférieurs, HTA ;
- Augmentation du risque de cancer : sein, utérus, col de l'utérus, côlon, oesophage, rein, pancréas, prostate ;

À noter qu'il existe des patients "métaboliquement sains", avec des profils métaboliques et cardiovasculaires comparables aux personnes non en surpoids, possiblement dépendants d'une production de cytokine inflammatoire du tissu adipeux moins importante. (16)

3. Psychosociales et financières

Le retentissement psycho social peut être majeur dans notre société qui voue un culte à la minceur : discrimination, difficulté à l'embauche, moindre rémunération, arrêts de travail, altération de la qualité de vie... Toutes ces conséquences ainsi que celles engendrées par le surpoids lui-même entraînent des coûts financiers importants pour le patient et la société. (17)

e) Prise en charge

1. Santé publique

Le programme national PNNS (Programme national nutrition santé) lancé en 2001 est toujours en action pour promouvoir l'activité physique et le bon équilibre nutritionnel à l'échelle de la population (18). Il agit grâce à des partenaires du programme, via son site internet <http://mangerbouger.fr> ainsi que par des campagnes publicitaires. Il promeut aussi l'utilisation du nutri-score sur les étiquettes des produits alimentaires.

2. Examen clinique

Pour le suivi de la surcharge pondérale, l'examen clinique se concentre surtout sur des mesures : l'IMC et le tour de taille. (6) Des méthodes plus précises existent mais ne sont pas utilisées en routine (le pli cutané, l'impédancemétrie, l'imagerie par résonance magnétique, la calorimétrie..). Il recherche aussi les possibles complications du surpoids (énumérées plus haut). La recherche du syndrome métabolique permet de mieux évaluer le risque cardiovasculaire et de diabète. (19)

❖ IMC

Il correspond au rapport Poids/Taille². Selon l'OMS, un IMC situé entre 25 et 30 kg/m² correspond à un surpoids, et un IMC \geq 30 kg/m² à une obésité selon différents stades (*Annexe 1*).

Il permet d'effectuer des comparaisons et des classifications en groupes de risques ainsi que d'évaluer des interventions. Cependant il présente des limites au niveau individuel car il ne prend pas en compte la masse musculaire, la répartition des graisses, le degré d'adiposité, ainsi que la variabilité inter individuel du risque associé.

Chez l'enfant qui est en croissance permanente des courbes de corpulence sont utilisées et permettent de rapporter l'IMC à l'âge. Là aussi il s'agit d'un outil avec des limites car la constitution corporelle est en changement constant et ce à des vitesses et des âges différents.

❖ Le tour de taille

La répartition de la graisse au niveau abdominal est un facteur de risque aussi important que l'excès de graisse en lui-même. On mesure le tour de taille: à mi distance entre la limite inférieure de la cage thoracique et de la crête iliaque; en fin d'expiration, les bras relâchés de chaque côté du corps. En France le tour de taille est anormal si > 80 cm chez la femme (sensiblement augmenté si > 88 cm) et > 94 cm chez l'homme (sensiblement augmenté si > 102 cm).

❖ Syndrome métabolique: Critères NCEP ATP III (Si 3 des 5 critères)

- augmentation du tour de taille
- tension artérielle ≥ 130 et/ou ≥ 85 mmHg ou traitement
- glycémie à jeun ≥ 1.1 g/L ou traitement
- triglycérides ≥ 1.5 g/L ou traitement
- HDLc < 0.4 chez l'homme; < 0.5 chez la femme

3. Suivi de Nutrition

Selon l'étude Obepi, en 2020 7,6% des français ont consulté un médecin pour un problème de poids. (4) La prise en charge du patient doit être globale et basée sur (6):

- L'identification des facteurs favorisant la prise de poids et le déséquilibre de la balance énergétique ;
- L'identification, prévention et traitement des complications du surpoids ;

- Le réapprentissage des comportements alimentaires et écoute des sensations de faim et satiété ;
- La gestions des émotions ;

Elle nécessite un accompagnement au long cours et peut être pluridisciplinaire (médecins généralistes, médecins nutritionnistes, psychologues, coach d'activité physique adaptée [APA]...). Le rôle du médecin en nutrition est surtout d'accompagner plutôt que guérir. Il faut redéfinir la notion de succès, et pouvoir aussi parfois accepter la non perte de poids. La personne en surpoids à besoin d'un accompagnement au long cours avec une meilleure qualité de vie.

❖ Éviction des régimes

Le régime est défini dans le Larousse comme “un ensemble de prescriptions concernant les aliments et destinés à maintenir la santé” ou encore “une conduite alimentaire caractérisée par des restrictions”. Selon le rapport de l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) de novembre 2018 la prescription des régimes inefficace et délétère. (20)

Lorsqu'un professionnel de santé prescrit un régime, le patient mange en fonction de ce qui est ordonné (contrôle externe) et non en fonction de ses envies et sensations internes. Même si le patient peut être rassuré initialement par le cadre fixé, le contrôle externe est presque toujours limité dans le temps. De plus, comme nous l'avons expliqué, l'alimentation a aussi un rôle majeur de plaisir et socioculturel. Il est donc impossible de fixer un contrôle externe répondant à toutes les fonctions de l'alimentation.

❖ Réapprentissage des comportements alimentaires et de la gestion des émotions

Le médecin en consultation peut s'aider d'exercices pour aider le patient à reconnaître ses sensations comme par exemple (21):

Le test de la faim : il permet d'apprendre à reconnaître la sensation de faim. Pour évaluer sa faim il faut être au calme, faire un cycle de respiration et se concentrer sur la sensation au niveau de l'estomac. Ne pas manger jusqu'à ce que cette sensation apparaisse. Lorsqu'elle est présente (gêne bien perçue mais non inconfortable) le test est terminé et il est possible de prendre le repas ou la collation. Il n'est pas utile de faire durer le test plus de 12 heures.

Le test des quarts d'assiette : il permet d'apprendre la sensation de rassasiement pour ne pas trop manger (disparition progressive de la sensation de faim au cours du repas qui permet de sentir que l'on a assez mangé et qu'on est bien; différente de la sensation de trop plein). Pour chaque plat, se servir ¼ de la portion habituelle puis faire une pause de 3 minutes après l'avoir mangé. Puis évaluer sa faim sur une échelle (*Annexe 2*). Si le rassasiement n'est pas présent, poursuivre le repas et s'arrêter entre chaque ¼ en répétant le même processus.

Pour la gestion des émotions et comportements, le médecin peut aussi utiliser différents types de thérapies au cours du suivi ou faire appel à une psychothérapeute. Comme par exemple les TCC (Thérapies cognitivo-comportementales) de 3ème vague basées sur l'acceptation et la pleine conscience.

❖ Activité physique (AP)

L'activité physique seule n'a que très peu d'effet sur la perte de poids. Mais elle entraîne une modification corporelle avec une diminution de la graisse (dont celle de la graisse abdominale) et une augmentation de la masse musculaire. Elle est cependant essentielle pour le maintien du poids et la stabilisation et permet aussi de mieux ressentir les sensations alimentaires et de mieux gérer l'alimentation émotionnelle. (22)

En plus de son action sur le poids, l'AP est recommandée pour ses bienfaits sur la santé car selon la HAS: "L'AP est un déterminant majeur de l'état de santé, de la condition physique (en particulier de la capacité cardio-respiratoire et des aptitudes musculaires), du maintien de l'autonomie avec l'avancée en âge et de la qualité de vie des populations à tous les âges de la vie. L'AP intervient dans les préventions primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques et états de santé." (23) (24)

Il faut encourager le patient à augmenter son activité physique et diminuer le temps consacré à l'activité sédentaire (temps écran, bureau..), Tout nouvel effort par rapport à une situation antérieure doit être valorisé: il n'y a pas de minimum pour avoir un bénéfice sur la santé. Pour rappel, les recommandations OMS (22) pour la santé chez l'adulte jeune en bonne santé sont de pratiquer au moins 150 min (2H30) d'activité physique modérée par semaine, pouvant être fractionnées en session de minimum 10 min. Et de manière plus optimale pour la santé 150 min (2H30) d'activité physique soutenue ou 300 min (5H) d'activité physique modérée par semaine. L'idéal est aussi d'inclure 2 séances de renforcement musculaire par semaine et des séances d'assouplissement.

Le médecin peut intervenir en fournissant des conseils d'activité physique (seul, en groupe, en club) ou bien faire une prescription pour un professionnel d'APA (kinésithérapeute, coach diplômé...). La prescription est prise en charge à 100% en cas d'ALD comme par exemple le diabète. Dans le cadre de la prise en charge des patients en surpoids, il faut prendre en compte les douleurs sur les articulations en charge (dos, hanches, genoux, chevilles) et donc adapter l'activité physique en décharge si besoin (piscine, vélo...); ainsi que les facteurs de risques cardiaques. Le médecin peut s'aider du catalogue des différentes activités physiques sur le site manger bouger du PNNS (25)

❖ La chirurgie

Dans les formes sévères (stade 2 avec une complication ou stade 3), la chirurgie bariatrique a obtenu des résultats intéressants sur le long terme. Mais elle est un traitement de seconde intention, après un échec d'au moins 6 à 12 mois de traitement nutritionnel et psychothérapeutique. Il s'agit d'un acte chirurgical lourd avec des conséquences post opératoires importantes. Plus de 60 000 personnes se font opérer en France chaque année, avec de plus en plus d'opérations enregistrées. (26)

Il existe plusieurs types de chirurgies:

- Restrictives pures qui réduisent la taille de l'estomac et donc entraînent une sensation de plénitude gastrique (anneau gastrique, gastrectomie en manchon "sleeve") ;
- Mixtes restrictives/malabsorptives qui agissent aussi sur l'assimilation des aliments (court circuit gastrique "bypass de Roux en Y", "mini by pass en Omega", dérivation biliopancréatique) ;

2) La téléconsultation

a) Définition

Selon le code de santé publique (27) “Les actes de télémédecine sont des actes médicaux réalisés à distance, au moyen d’un dispositif utilisant les technologies de l’information et de la communication. On distingue (*Annexe 3*):

- la téléconsultation : qui permet au professionnel de santé d’effectuer une consultation avec le patient à distance (celui ci pouvant être assisté par un professionnel de santé) ;
- la téléexpertise : qui permet au professionnel médical de solliciter l’avis d’un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leur formation ou compétences particulières ;
- la télésurveillance médicale : qui permet à un professionnel médical d’interpréter à distance des données médicales nécessaire au suivi d’un patient, et de prendre des décisions en fonction des résultats ;
- la téléassistance médicale : qui permet à un professionnel médical d’assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d’un acte ;
- la décision médicale réalisée au cours d’un acte de régulation médicale.”

Nous nous concentrerons sur la téléconsultation au cours de cette thèse.

b) Cadre légal

❖ Lois

La télémédecine s’est progressivement installée dans le droit français qui a fixé un cadre légal clair aux téléconsultations. D’abord en 2004 dans l’article 34 de la loi sur l’assurance maladie (28), puis en 2009 dans la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) (29), en 2010 dans la loi santé publique (27) et enfin en 2012 dans le code de déontologie médicale (30).

Plus récemment le décret du 3 juin 2021 a établi le terme de télésanté englobant la télémédecine et le télésoin (professionnel paramédicaux, pharmaciens, auxiliaires de santé) élargissant ainsi le domaine à l’ensemble des professionnels de santé. (31)

❖ Recommandations HAS

Des recommandations HAS ont été rédigées pour établir les bonnes pratiques de la télémédecine en 2019 (32) et du télésoin en 2021 (33). Les téléconsultations répondent aux mêmes exigences que l'exercice libéral présentiel et :

- nécessitent l'information et le consentement du patient ;
- doivent se faire en vidéo transmission ;
- doivent être réalisées dans les conditions suivantes: identification du patient, authentification du médecin, accès du médecin aux données médicales nécessaires à la réalisation de l'acte, compte rendu de la consultation, date et heure, prescriptions ;
- les actes doivent être adaptés à la situation clinique : pas de nécessité d'examen clinique, patient adapté à la communication et à l'informatique ;
- les échanges doivent être sécurisés (plateforme spécialisées, hébergement des données, locaux sécurisés) et de bonne qualité (image nette centrée, transmission du son) ;

❖ Accord avec l'assurance maladie

Les médecins libéraux ont signé un accord conventionnel avec l'Assurance maladie le 14 juin 2018 (avenant n° 6) (34) permettant le remboursement des actes de télémédecine à condition:

- d'être adressé par le médecin traitant si le rendez-vous n'est pas avec lui ;
- d'avoir été vu dans l'année par le médecin traitant si le rendez-vous est avec lui ;

La facturation s'effectue par la cotation "TCG" (25 euros) pour les médecins généralistes secteur 1 et la cotation "TC" (23 euros) pour les autres médecins. La télétransmission s'effectue en mode SESAM "sans vitale" en l'absence de présence de la carte vitale du patient. Le médecin téléconsultant dont le logiciel métier intègre les fonctionnalités prévues par l'avenant 18 "télémédecine" transmet une feuille de soins électronique à l'assurance maladie (35) :

- Si le patient est connu du médecin téléconsultant: le médecin dispose déjà des données administratives nécessaires à la facturation, qui sont fiabilisées par le service en ligne ADRi (Acquisition des DRroits intégrés) ;
- Si le patient n'est pas connu du médecin téléconsultant: le médecin doit renseigner les données administratives (nom, prénom, numéro de sécurité sociale, date de naissance) permettant l'appel au service ADRi ;

Cependant il existe plusieurs exceptions du non respect du parcours de soin :

- patient de moins de 16 ans ;
- spécialités qui ne nécessitent pas d'adressage: gynécologie, psychiatrie, chirurgie maxillo faciale, stomatologie, pédiatrie, ophtalmologie ;
- si le patient n'a pas de médecin traitant ;
- si le médecin traitant ne peut pas recevoir le patient dans des délais compatibles avec son état de santé ;

c) Développement, histoire

La télémédecine s'est développée au cours des siècles avec les différents moyens de communication. Initialement par téléphone (avis entre confrères, numéros d'appel d'urgence), puis par radio à la moitié du XXe siècle (notamment pour les consultations à distance avec les marins) puis par télévision. La NASA (National Aeronautics and Space Administration) a aussi accéléré la création d'outils de surveillance médicale à distance. Mais le développement de la télémédecine n'a vraiment été possible qu'à partir de l'avènement d'internet. (36) (37)

Les outils informatiques et internet ont progressivement pris une place importante dans notre société. Ils ont cependant mis plus de temps à se développer dans le domaine médical. En France, la télémédecine initialement utilisée par les militaires, a longtemps été restreinte au domaine de l'expérimentation. Elle est d'abord lancée dans les EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), dans les prisons, et dans les zones médicales sous denses au niveau régional par des programmes et plateformes financés par des fonds publics via les ARS (Agences régionales de santé) à partir de 2010. Avec par exemple, le développement de la télé-expertise dans la prise en charge des AVC dans plusieurs régions (avis du radiologue et du neurologue de garde pour les thrombolyses) (38). L'ANS (Agence du numérique en santé) a par la suite lancé en avril 2018 une étude nationale d'un an sur demande du ministère chargé de la santé pour dresser un état des lieux de la télémédecine (39). "Dans le cadre initial expérimental, la télémédecine s'est développée de manière progressive autour de prises en charges spécifiques (maladies chroniques, personnes âgées), avec une prédominance de la téléexpertise (90%)".

C'est l'entrée dans le droit commun du remboursement en septembre 2018 qui a bouleversé les pratiques et permis à de nouveaux acteurs privés de proposer de nouvelles offres de soin. Son utilisation a cependant mis du temps à se démocratiser avec seulement 60 000 actes de téléconsultation enregistrés en France entre septembre 2018 et septembre 2019 toutes spécialités confondues. (40)

Le taux d'utilisation a explosé pendant la pandémie de la Covid 19, devant l'urgence d'une offre de soin sécuritaire. Elle bat des records au début de l'épidémie, en avril 2020 avec 4,5 millions de téléconsultations enregistrées. Ces chiffres se sont par la suite normalisés, avec cependant une diffusion de cette pratique auprès des médecins (en majorité par les médecins généralistes: ⅔ des médecins utilisateurs de téléconsultation) et des patients de tout âge (1 patient sur 5 ayant plus de 70 ans) (41).

d) Un enjeu pour les désert médicaux et l'accès au soin

❖ Augmentation de la demande de soin

En France, la population ne cesse d'augmenter au fil des années. (42) Parallèlement à cette augmentation démographique, on observe un vieillissement de la population. En 2019, les plus de 65 ans représentaient 20% de la population (vieillesse de la population du "baby-boom" et allongement de l'espérance de vie). (43)

Ce vieillissement est accompagné d'une augmentation des pathologies chroniques (44) et du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (45). L'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) estime qu'il y aura 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050. La demande de soins est en augmentation.

❖ Diminution de l'offre de soin

En parallèle, la démographie médicale est bouleversée (46). L'augmentation du nombre de médecins actifs n'est que modérée depuis plusieurs années. De plus, sur les inscriptions à l'ordre des médecins, on observe une augmentation des médecins retraités, une diminution de l'exercice libéral au profit du salariat, une diminution des médecins généralistes au profit des spécialistes, une féminisation de la profession (moins de temps de travail que les hommes et plus

de travail à temps partiel en libéral (47)) et enfin une désertification des campagnes. L'offre de soin actuelle ne permet pas de répondre aux demandes croissantes de soins de façon égalitaire.

❖ Et la téléconsultation?

Pour essayer de répondre à ces problématiques, le gouvernement a lancé un engagement collectif "Ma santé 2022" après un premier plan proposé en 2017 par le ministre de la santé et le premier ministre. Il se développe en 3 axes : incitation faite aux médecins de s'installer dans les déserts médicaux, gain de temps médical en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé et encouragement à aller vers les nouvelles formes de l'exercice médical, dont le télésoin.

La téléconsultation va donc jouer un rôle majeur pour répondre à ces problématiques d'inégalité d'accès aux soins, notamment dans les déserts médicaux au cours des prochaines années.

3) Question de recherche

L'obésité est donc un enjeu de santé publique complexe et fréquent, qui nécessite une prise en charge centrée sur le patient. La relation médecin-patient et la communication sont importantes pour le suivi. Or la téléconsultation qui a connu une pleine expansion pendant l'épidémie de la Covid 19 peut amener une certaine distance, qui m'a pour ma part perturbée. On peut alors se poser la question :

Quel est le ressenti des patients en téléconsultation de nutrition?

L'objectif principal de l'étude est de décrire et comprendre l'expérience vécue des patients face au nouvel outil de téléconsultation pour le suivi de nutrition.

2. Méthode

1) Type d'étude: qualitative

Nous avons réalisé une étude qualitative en nous appuyant sur les critères de qualité COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (*Annexe 4*). (48) (49)

La communauté médicale est majoritairement tournée vers l'universel et le quantitatif. Mais dans notre pratique de médecine générale, il y a "une tension entre le rapport à la science et l'humain" (50). L'analyse qualitative, largement utilisée en sciences humaines, permet de répondre à cette tension en étudiant de manière scientifique les sentiments, les émotions, les comportements et les expériences personnelles des individus. Nous avons donc choisi naturellement d'élaborer une étude qualitative pour favoriser la libre expression des patients, et comprendre leur expérience concernant la téléconsultation.

2) Évaluateur

L'évaluateur a mené les entretiens et les analyses, en tant que médecin généraliste remplaçant femme ayant terminé l'internat de Montpellier, et titulaire du diplôme universitaire (DU) de Montpellier "nutrition de l'obésité et de ses complications métaboliques". Il n'a pas d'expérience antérieure en analyse qualitative mais a cependant assisté à des ateliers de thèse organisés par la faculté de médecine de Montpellier.

3) Bibliographie

La bibliographie a été réalisée via le site de la Bibliothèque interuniversitaire de Montpellier-Nîmes permettant l'accès à des bases de données universitaires (SUDOC®: thèses) et revues scientifiques (PUBMED®). L'équation de recherche pour la bibliographie a été réalisée

en termes MeSH (Medical Subject Headings) grâce à l'outil CIFMEF® ; Le logiciel ZOTERO® a été utilisé pour référencer, ordonner et rédiger la bibliographie sous forme Vancouver ;

4) Guide d'entretien

Le guide d'entretien débute par une introduction présentant l'évaluateur et expliquant le sujet de l'étude et l'esprit de bienveillance de l'entretien. Il est ensuite composé de 5 questions ouvertes. Elles servent à aborder les principaux thèmes du sujet tout en laissant libre à l'interviewé de développer sa pensée. La première question est d'ordre générale, afin de lancer la discussion. Les deux questions suivantes cherchent à recueillir le ressenti du patient concernant sa propre attitude et celle du médecin. Puis les deux dernières portent sur l'expérience: les choses à améliorer, les avantages et les inconvénients. L'entretien se termine par le recueil des données sociodémographiques et des remerciements.

Le guide a été corrigé après participation à l'atelier thèse "guide d'entretien" organisé par la faculté de médecine de Montpellier et encadré par le docteur Agnès OUDE ENGBERINK (maître de conférences des Universités). Il a été testé une fois en présentiel auprès d'un patient ne présentant pas les critères d'inclusion.

Guide d'entretien

Bonjour et merci à vous d'être présent(e) aujourd'hui pour cet entretien. Je m'appelle Marie CREUSY et je suis médecin généraliste remplaçant. Je vous ai contacté pour la réalisation de ma thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine.

Nous allons parler de la télémedecine pour le suivi de nutrition et aborder votre ressenti et votre expérience face à ce nouveau moyen de consultation. Nous cherchons à savoir si la téléconsultation est adaptée pour le suivi. Pour l'analyse des résultats de ces entretiens, j'ai besoin d'enregistrer notre conversation. Les retranscriptions seront par écrit et entièrement anonymisées; la sauvegarde audio sera enregistrée dans un endroit sécurisé de mon ordinateur et sera entièrement détruite après la soutenance de thèse. Etes vous d'accord avec cela?

Nous allons commencer. Je vais vous poser des questions auxquelles vous pouvez répondre si vous le souhaitez. Si vous ne comprenez pas n'hésitez pas à me demander de reformuler. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, j'ai juste besoin de recueillir votre ressenti. Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment.

- Quel est votre ressenti général concernant la téléconsultation en nutrition?
- En téléconsultation de nutrition, quel est votre ressenti concernant l'attitude du médecin par rapport à une consultation classique? = accueil, écoute, empathie, manière de communiquer
- En téléconsultation de nutrition, que pensez-vous de votre manière de vous exprimer, parler, communiquer et de votre compréhension par rapport à une consultation classique?
- Dans votre suivi de nutrition, quelles sont les circonstances pour lesquelles vous privilégieriez une consultation présenteielle à une téléconsultation et vice versa?
- Quelles seraient selon vous les choses à améliorer pour votre suivi de nutrition en téléconsultation?
- Avez-vous quelque chose à rajouter?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé. Je peux si vous le souhaitez vous transmettre les résultats à la fin de mon étude.

5) Recueil des données

a) Critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient être suivis pour surpoids ou obésité et avoir consulté un médecin en téléconsultation et en présentiel.

Le médecin chargé du suivi devait avoir reçu une formation de nutrition ou être spécialisé en nutrition. Pour les spécialistes, le patient devait avoir été adressé initialement par son médecin généraliste pour débiter le suivi.

Une hétérogénéité de l'échantillon est recherchée concernant l'âge, le sexe, le médecin, la situation professionnelle, le mode de suivi privilégié.

Etaient exclus les patients mineurs.

b) Recrutement

Les patients ont initialement été recrutés auprès des médecins présentant les critères d'inclusion ayant accepté de participer à l'inclusion. Les médecins ont été contactés via le groupe FACEBOOK® d'anciens du DU de nutrition, le service de nutrition de l'hôpital, au cours de remplacements en médecine générale, ou bien via un screening des nutritionnistes libéraux de Montpellier sur DOCTOLIB®. Les médecins pratiquant la téléconsultation en nutrition étaient peu nombreux. Ils étaient informés des critères d'inclusions et étaient libres du choix des patients. Les patients ont alors reçu une courte explication de l'étude par leur médecin habituel puis ont été contactés secondairement par l'évaluateur par téléphone avec plus d'explications pour convenir d'un rendez-vous.

Après accord du chef de service, Pr Antoine AVIGNON, un screening de 30 patients sur le logiciel de téléconsultation de nutrition et endocrinologie du CHU de Montpellier a aussi été effectué (celui-ci n'indiquant pas le motif de consultation). Les patients ont été contactés par téléphone sans être avertis au préalable.

c) Éthique

Une information claire, loyale, appropriée a été donnée à l'oral et à l'écrit. Le contrat était un entretien dans la bienveillance, sans obligation de réponse, avec des réponses totalement anonymisées. Le consentement était recherché à l'oral avant de commencer l'entretien.

d) Entretiens

Les entretiens étaient individuels et semi-directifs. L'évaluateur ne connaissait aucun des patients inclus. Nous avons choisi les entretiens semi-directifs individuels pour libérer la parole sans crainte de jugement, et pour aller plus en profondeur dans le sujet. (49) Avec le contexte épidémique de covid 19, et par convenance des patients, les entretiens se sont déroulés via l'application WHATSAPP® par vidéo. Les patients étaient seuls dans une pièce calme au travail ou à domicile. Les entretiens ont été réalisés au cours de l'année 2021, dans un esprit phénoménologique, avec écoute et empathie. (51) Des notes de terrain étaient prises pendant les entretiens.

La décision de l'arrêt des entretiens a été prise lors de la saturation des données. Deux entretiens supplémentaires ont alors été réalisés pour vérifier l'absence d'émergence de nouvelle catégorie conceptuelle.

Les entretiens ont été enregistrés au dictaphone au format MP3. Ils ont ensuite été ré-écoutés et retranscrits manuellement mot pour mot en verbatim de manière anonyme de manière à respecter l'expression des participants. La retranscription a été réalisée dans un endroit calme à l'aide de l'outil en ligne OTRANSCRIBE® (<http://otranscribe.com/>). Et stockés sous forme anonyme sur des documents GOOGLE DOC®.

L'ensemble du verbatim est disponible après demande par ce lien:

https://docs.google.com/document/d/1_vwNB8SAn1riElydGRpafHR8UVtP01eZLVPoaVe2jD4/edit?usp=sharing

6) Analyse

L'objectif étant de comprendre l'expérience vécue par le patient en téléconsultation, nous nous sommes tournés vers une analyse phénoménologique, centrée sur le patient, qui est la méthode de référence pour une recherche sur l'expérience vécue.

L'analyse du verbatim a été évolutive et continue à partir du premier entretien, ce qui a permis de déterminer l'arrivée à saturation des données. Elle se base sur ce que les patients disent, pensent et éprouvent. L'analyse a été réalisée sur un document GOOGLE DOC® uniquement par l'investigateur.

Tout d'abord des lectures répétées flottantes et intuitives ont été effectuées. Puis les lectures suivantes ont été plus focalisées sur l'objet d'étude avec quelques annotations sans préjuger de l'analyse. Le verbatim a été découpé en unités de sens: séquences de texte délimitant chacune des fragments autonomes idéellement. Chaque verbatim d'entretien était associé à une couleur.

Puis ils ont été regroupés en thèmes : “mot ou phrase permettant de cerner ce qui est abordé dans le corpus correspondant, tout en fournissant des explications sur la teneur des propos” (P. Paillet).

Enfin par comparaison constante, les éléments signifiants ont été repérés pour les catégoriser. Pour finir, le sens a été organisé à partir d'un ordonnancement logique. (52)

3. Résultats

1) Caractéristiques de la population

Au total 5 médecins de Montpellier et ses environs ont accepté de participer au recrutement : un médecin généraliste avec DU nutrition (F), un médecin nutritionniste en clinique (H), un médecin nutritionniste libéral (F) et deux médecins nutritionnistes assistants du CHU (H).

Le screening effectué à l'hôpital a été peu fructueux car la majorité des téléconsultations l'étaient pour de l'endocrinologie ; certains patients étaient suivis pour maigreur et la majorité ont refusé l'entretien par manque de temps ou d'envie.

Du 7 avril 2020 au 23 décembre 2021 nous avons donc recruté 14 patients.

Les caractéristiques des patients participants sont représentées ci-dessous. On y retrouve une bonne hétérogénéité d'âge, milieu professionnel, caractéristiques du médecin (spécialité, mode d'exercice, sexe), fréquence d'utilisation de la téléconsultation et habitude d'utilisation dans d'autres domaines. Cependant, aucun homme n'a accepté de participer à l'étude, par manque de temps ou d'envie (8 refus sur 8 demandes). Nous avons eu 3 abandons après prise de rendez-vous, un pour raison familiale et les deux autres sans réponses ultérieures. La durée des entretiens était de 18,4 minutes en moyenne (9,25 minutes minimum et 36,75 minutes maximum).

Tableau 2: Données épidémiologiques des patients interviewés

	Sexe	Âge (ans)	Profession	Début suivi	Date entretien	Médecin	Utilisation en dehors nutrition	Fréquence télécs	Durée entretien
P1	F	69	Retraitée, secrétaire	09/20	07/04/21	généraliste libéral (F)	0	1x	13min20s
P2	F	44	Hydro Balnéo	01/19	07/04/21	nutritionniste libéral (H)	rhumatologue	1x	36min41s
P3	F	27	Assistante comptable	04/20	12/04/21	généraliste libéral (F)	0	10x	14min03s
P4	F	28	Chômage bouchère	12/20	21/05/21	nutritionniste hospitalier (H)	0	1x	18min27s
P5	F	39	secrétaire technique	06/20	26/05/21	nutritionniste hospitalier (H)	médecin généraliste	2x	13min47s
P6	F	26	Assistante commerciale	05/20	18/06/21	nutritionniste hospitalier (H)	gynécologue, centre anti douleur	5x, 1 fois/2	10min52s
P7	F	23	Etudiante anglais	06/20	20/07/21	nutritionniste hospitalier (H)	0	1x	11min13s
P8	F	54	Femme au foyer	02/20	20/08/21	nutritionniste hospitalier (H)	0	2x	9min15s
P9	F	44	Assistante sociale	11/20	10/11/21	nutritionniste hospitalier (H)	0	6x	14min20s
P10	F	52	Femme au foyer	06/19	15/11/21	nutritionniste libéral (F)	0	4x	16min20s
P11	F	40	Infirmière	09/20	15/11/21	nutritionniste libérale (F)	médecin généraliste, psychiatre (confinement)	1x	21min57s
P12	F	71	Retraitée, auxiliaire de vie	2005	16/11/21	nutritionniste libéral (H)	réunion association malades, pneumologue	1x	29min30s
P13	F	35	Musicothérapeute	2018	06/12/21	généraliste libéral (F)	médecin généraliste	3x	18min10s
P14	F	51	Fonctionnaire	10/21	23/12/21	nutritionniste libérale (F)	0	1x	30min03s

F: femme; H: homme

2) Les bénéfices de la téléconsultation

a) La téléconsultation est appréciée par le patient pour son économie de temps, de stress et sa facilité d'accès

Beaucoup d'avis positifs ont été émis par les patients au cours des entretiens concernant la téléconsultation.

P4: *“Moi il n'y a aucun problème, au contraire”*

P7: *“Mais en général c'est vrai que c'est plutôt un bon ressenti”*

P8: *“Ah moi je trouve c'est bien, c'est génial”*

1. La téléconsultation permet un gain de temps et d'argent pour le patient

❖ Une organisation plus facile et une diminution des coûts pour le patient

La plupart des patients ont mis en avant l'économie du temps de trajet qu'apporte la téléconsultation. Elle représente un gain de temps de déplacement, de recherche de stationnement et de kilomètres.

P4: *“C'est beaucoup de gain de temps mais c'est aussi les kilomètres.”*

P7: *“ Mais comme c'est à l'autre bout de la ville pour moi c'est plus simple. Quand il s'agit des transports j'ai une heure de trajet quand même.”*

P9: *“Moi ça m'évitait de descendre vu que je suis à 2H30 de route de Montpellier.”*

La téléconsultation permet aussi d'améliorer l'organisation autour du rendez-vous. Certains patients sont obligés pour venir en consultation, de poser des jours de congés, de s'organiser par rapport à leur travail ou bien prendre une nounou pour garder les enfants.

P13: *“Maman de deux petits, c'est toujours très très speed. Je travaille aussi. Mettre tout ça cumulé, ça devient.. Moi ça me donne envie d'y pas aller.”*

P14: *“Parce que ça m'oblige à poser une demi-journée au niveau du boulot.”*

Ces avantages ont alors pour conséquences moins de stress pour le patient autour de l'organisation de la consultation ainsi qu'une économie d'argent.

P2: *“Car c'est un gain de temps, économique pour chacun.”*

P10: *“On est calés chez nous donc on a pas le stress de se garer, de prendre la voiture, tout ça”*

P13: *“Et ça m'enlevait une source de stress. (rires). Et je suis au chaud chez moi (rires)”*

❖ Moins d'attente

La possible attente chez les médecins avant les consultations est blâmée par les patients, même s'ils sont souvent compréhensifs. Ce retard serait moins rencontré en téléconsultation.

P1: *“Le docteur est souvent en retard dans ses rendez-vous (...) Alors qu'en télétransmission c'est pas du tout le cas”*

P10: *“Et puis y' a pas de retard aussi. Ca c'est quand même quelque chose qui est agréable.”*

P12: *“En présentiel je sais pas il peut être en retard.”*

Même en cas de retard, la téléconsultation permettrait d'optimiser le temps d'attente par rapport au cabinet. Être chez soi permettrait de faire des tâches plus productives que dans la salle d'attente du cabinet.

P13: *“Ce temps je peux l'optimiser, au lieu d'attendre dans une salle d'attente, à me tourner les pouces, la je peux être chez moi et avancer sur les choses à faire.”*

❖ Une solution pour les déserts médicaux

Par son économie de temps de trajet, la téléconsultation paraît être une bonne solution pour les déserts médicaux, afin de garder un suivi régulier.

P4: *“Parce que les médecins que j'ai sont presque tous à Montpellier. Parce qu'en Lozère ils sont très très mal desservis; ou il y en a pas, ou ils sont pas vraiment au top sans critiquer personne. Donc j'ai préféré garder à Montpellier”*

P12: *“Maintenant il y a un peu un désert médical qui s'installe, c'est difficile de trouver des médecins. Euh alors c'est vrai que pour certaines choses (..) c'est beaucoup plus facile de passer en visio.”*

2. La téléconsultation est facile d'accès quand le présentiel n'est pas possible

P11: *“Je trouve que c'est très pratique et que ça peut sauver la mise dans pas mal de choses.”*

❖ Si obstacle à la consultation

La téléconsultation est un outil facile d'accès pour maintenir les consultations et le suivi quand le présentiel n'est pas possible. Par exemple en cas de contre temps d'ordre privé de la part du patient.

P11: *“Bin déjà fin la voilà les téléconsultations c'est pratique parce que c'était un cas exceptionnel, je pouvais vraiment pas me libérer.”*

P5: *“En distanciel ça sera plus à cause d'un empêchement. Pas disponible physiquement.. les vacances et alors on veut pas décaler pour pas trop espacer.”*

❖ Pendant l'épidémie covid-19

Elle a aussi largement été sollicitée pendant l'épidémie de covid 19, comme nous avons pu l'observer dans les autres spécialités, en permettant le maintien de rendez-vous en cas de confinement.

P12: *“Dans le cas du covid c'est très intéressant. Avec la covid c'est plus intéressant parce qu'on peut pas se déplacer ou tout ça.”*

P3: *“On avait vraiment pas le choix, on était en confinement total”*

Pour le patient, en dehors des confinements, elle permet aussi de se sécuriser, en évitant les contacts avec les autres patients.

P13: *“Donc oui, quelque part ça me préserve aussi des personnes qui sont là pour autre chose. Surtout en ce moment (rires)”*

P2: *“Vu le contexte actuel vaut mieux éviter les risques, c’est d’autant plus conseillé je trouve”*

❖ Moins de délai de rendez-vous

Il semblerait aussi qu’elle puisse raccourcir le délai de rendez-vous, et ainsi permettre aux patients un meilleur suivi. Certains privilégient donc la téléconsultation lorsqu’ils ont besoin d’un rendez-vous rapide ou d’un suivi plus rapproché.

P2: *“Heureusement elle a complété les rendez-vous qu’on a pas pu avoir en présentiel en tout cas”*

P5 *“‘Oui on va se voir dans deux mois’: quoi si tard? J’étais perdue, j’avais besoin absolument d’être chaperonné, et c’est top qu’il ait plus proposé ce dispositif, ça m’a permis de quand même continuer”*

❖ Un outil d’utilisation facile d’utilisation

Pour certains patients, l’outil numérique est d’usage quotidien, et son emploi est facile dans le cadre de la téléconsultation.

P14: *“On s’est habitués à faire des visios, on s’est habitués.. Donc ça m’a pas posé de problème particulier non non”*

b) La téléconsultation est un outil adapté pour le suivi et s’inscrit dans la continuité de la relation médecin-patient existante

1. La téléconsultation est un outil adapté en nutrition

Un bon nombre de patients semble penser que la téléconsultation est un outil adapté dans le cadre du suivi de nutrition.

P1: *“Oui en fait ça peut tout à fait se faire en télétransmission il n’y a pas de soucis”*

Cela semble être expliqué par le contenu de la consultation en nutrition, qui serait surtout basé sur l'échange verbal.

❖ L'examen clinique ne semble pas nécessaire

Selon certains patients, la consultation en nutrition ne nécessite pas d'examen clinique à proprement parler. Il serait principalement basé sur les mesures anthropométriques, et ne serait donc pas indispensable pour le suivi.

P10: *“Parce qu'en fait, un médecin nutritionniste à part nous faire nous peser, il n'y a pas de prise de tension. Enfin, il n'y a pas d'examen comme un médecin.”*

Certains patients l'opposent aux pathologies aiguës nécessitant pour eux un examen clinique.

P14: *“Ça serait une téléconsultation parce que je serai malade, euh, vous voyez j'aurais des symptômes de fièvre ou.. ou autre. Je pense que je serais plus réticente”*

❖ Le contenu de la consultation ne diffère pas

Étant donné que pour certains patients la nutrition ne nécessite pas d'examen clinique mais porte uniquement sur l'échange, la téléconsultation semble appropriée, et son contenu ne diffère pas.

P3: *“Au niveau des explications tout peut être fait par téléconsultation, parce que dans tous les cas ça sera la même chose qui sera dite à l'oral en fait.”*

P13: *“euh.. bin dans l'ensemble, fin, pour moi ça change pas”*

P14: *“La prise en charge pour moi, était exactement la même que si je m'étais déplacée.”*

L'échange de documents est aussi possible grâce à l'outil informatique et a été apprécié par les patients.

P7: *“Non ça s'est très bien passé, ensuite il m'a envoyé des choses pour récapituler la séance etc. C'était bien ça”*

P10: *“Je lui avais fait suivre le bilan pour qu'elle l'ait avant la téléconsultation (...) du coup elle avait pu étudier mes analyses avant de m'appeler. Elle m'a fait passer les ordonnances”*

2. La téléconsultation s'inscrit dans la continuité de la relation médecin-patient existante

En plus du contenu qui semble donc adapté pour la téléconsultation, la relation entre le patient et le médecin semble être sans grands changements, voire similaire pour certains. Cette continuité dans la relation peut être expliquée par le fait d'avoir créé le lien en amont, en consultation présentielle.

P1: *“Comme je vous l'ai dit, le lien était déjà là. Disons que dans la mesure où moi toutes les autres consultations se sont faites dans son cabinet, en fait ça a été une continuité pour moi.”*

P14: *“On était toutes les deux, c'était comme si j'avais été avec elle dans le bureau quoi.”*

❖ Pas de changement d'attitude du médecin

De manière totalement unanime, les patients ont répondu n'avoir observé aucune différence concernant leur médecin en téléconsultation. L'accueil, l'écoute, l'empathie ou bien la manière de s'exprimer étaient inchangés.

P2: *“Lui-même n'a pas changé, il ne change pas d'attitude donc j'ai rien à dire à ce niveau là. il a été empathique, il a été à l'écoute, il est lui-même en fait en tout cas”*

P4: *“Pour moi il avait l'air aussi consciencieux que si j'étais présente donc..”*

P5: *“Oh inchangée. Aussi bien en téléconsultation qu'en présentiel. C'est aussi bien. Toujours bienveillant, toujours à l'écoute. Ca, y a pas de changement.”*

P7: *“Très très bien! j'ai pas noté de changement. Très à l'écoute, euh.. Très très gentil, non pour ca il n'y avait pas de différence..”*

❖ Pas de changement d'attitude pour certains patients

De manière un peu moins unanime mais cependant fréquente, les patients n'ont pas observé de changement sur leur écoute, leur compréhension ou leur manière de communiquer.

P4: *“J'avais tout compris, tout était clair pour moi. J'ai pu m'exprimer autant que si j'étais en présence donc non bonne”*

P8: *“Non, moi je me sens bien! Je me sens comme si j'étais dans le cabinet du médecin. C'est pareil pour moi y' a rien qui change en fait”*

P10: *“Après moi je me sens pas plus à l'aise, ni moins à l'aise. Pour moi ça ne change rien”*

c) La téléconsultation peut améliorer le suivi du patient en lui apportant un sentiment de sécurité et une meilleure écoute réciproque

Comme nous l'avons vu, la téléconsultation est un outil apprécié pour son côté pratique et qui semble être dans la continuité de la relation. Dans cette étude, ressortent aussi des bénéfices surajoutés à la téléconsultation par rapport au présentiel. Le patient peut se sentir plus à l'aise et plus écouté, et ainsi améliorer son suivi.

1. La téléconsultation est sécurisante pour le patient

❖ L'outil numérique permet de mettre à l'aise le patient

La distance souvent décrite concernant la téléconsultation, peut permettre aux patients moins à l'aise en règle générale de se sentir protégé, et leur permettre de parler plus facilement ou d'aborder certains sujets.

P7: *“Plus simple de m'exprimer par rapport peut être à la distance.. Comme c'est derrière un écran on se sent moins en direct. Voilà il y a plus, comment dire, une certaine protection psychologiquement... Je me suis sentie plus à l'aise pour je pense parler de certains sujets.”*

Certains patients se sentent à l'aise en téléconsultation pour une toute autre raison. L'utilisation d'un outil qui leur sert habituellement à des fins personnelles crée une ambiance plus familiale à la consultation.

P13: *“Au contraire même j'ai l'impression (rires) que ca fait peut être plus familial.. je sais pas. (...) Donc du coup oui (rires) d'avoir le médecin sur whatsapp, c'est plus.. c'est plus personnalisé, je sais pas c'est différent.”*

❖ L'environnement personnel est rassurant

L'environnement familial du patient peut lui aussi apporter un sentiment de sécurité. Une des patientes a exprimé le fait d'être rassurée d'être chez elle lorsqu'elle ne se sentait pas bien.

P6: *“De pas avoir à se déplacer ou si ca va pas, après la téléconsultation on est chez soi. C'est vraiment ce côté-là.”*

2. La téléconsultation permet une meilleure écoute réciproque

Certains patients ont exprimé ressentir une meilleure écoute de leur part ou de celle du médecin grâce à la téléconsultation.

❖ Une écoute plus active pour le patient

Le patient, dans ce nouveau cadre de consultation, peut établir de nouvelles formes de participation. C'est le cas de la patiente P10 qui a trouvé très enrichissant de pouvoir prendre des notes pendant la consultation. Cela lui permettrait de moins se focaliser sur ce qu'elle doit retenir et donc avoir une meilleure écoute pendant la consultation, ainsi que d'avoir une trace écrite à relire à posteriori.

P10: *“ je peux noter les réponses de la nutritionniste, alors qu'en entretien réel je vais pas sortir mon papier. (...) Parce que des fois, quand on est chez certains médecins qui nous apportent une réponse, on veut tellement se souvenir de la réponse qu'on se la répète, et du coup on entend plus ce qu'on échange.”*

❖ Une écoute de meilleure qualité de la part du médecin

La patiente P12 a ressenti une meilleure écoute de la part du médecin.. Pour elle, l'interlocuteur est entièrement là pour l'échange contrairement en consultation réelle quand il

peut être dérangé par un élève, une secrétaire, son examen clinique, ou un temps de consultation qui serait plus minuté.

P12: *“Alors je sais pas peut être quand on est au téléphone, on s'écoute plus que quand on est en présentiel. (...) je la sentais beaucoup à l'écoute que si j'avais été à son cabinet. La différence qu'il y aurait entre le visio et le présentiel. Je pense qu'elle était là pour ça. Elle était là pour m'écouter, pas pour me regarder.”*

3) Les inconvénients de la téléconsultation

a) L'outil numérique en lui-même et ses limites sur le champ visuel et l'absence d'examen physique représente un frein pour le patient

1. L'outil numérique présente des freins intrinsèques

L'outil numérique peut représenter des freins pour la téléconsultation et des inégalités majeures : matériel adapté (ordinateur, imprimante), connaissance informatique, bonne connexion... Et demande une adaptabilité du patient selon la plateforme utilisée.

❖ Appétence au numérique

L'outil numérique ne fait pas l'unanimité chez les patients. L'illectronisme toucherait plus de 13 millions de personnes en France: certains patients ne sauraient pas utiliser l'ordinateur ou internet. De plus, même chez les personnes sachant le faire, certaines ne l'apprécient pas. Ce qui peut limiter un suivi en téléconsultation.

P2: *“Je suis pas internet, pas informatique. Je suis une personne qui suis pas du tout informatique. L'écran ca m'agace. C'est le virtuel. Je sais pas j'aime pas le virtuel”*

P11: *“Même au travail on a des réunions, on a eu des réunions via zoom et j'aime pas ça”*

Certains expriment une lassitude envers ce moyen de communication dont l'utilisation a été largement augmenté avec l'épidémie de covid.

P5: *“Et je pense que l'effet confinement et relation par écran, on a aussi un peu raz le bol. Les proches par téléphone, les thérapeutes par téléphone, les médecins par téléphone..”*

Pour d'autres, l'utilisation de la vidéo sur le téléphone serait plus facile et pratique que celle de l'ordinateur.

P4: *“Ne pas forcer les gens à se mettre sur l'ordinateur. Voilà la je suis sur le téléphone ça m'arrange ça m'a fait gagné 5 min c'est peut être rien mais pour moi c'est la facilité, la fluidité”*

❖ Bugs

Les plaintes concernant les problèmes de connexion et bugs ont été très fréquentes pendant les entretiens. Il y avait un retentissement important sur le déroulement de la consultation.

P7: *“Le seul problème c'était encore une fois c'est les petits bugs, voilà, quand on doit se reprendre pour bien comprendre l'autre mais sinon c'est tout”*

P14: *“Le, le, seul problème c'est qu'on a eu des petits bugs”*

❖ Difficultés selon les plateformes de téléconsultation

Certains patients ont rencontré des problèmes de fonctionnement avec les nouvelles plateformes de téléconsultations :

P7: *“Déjà je pense, les sites sur lesquels les téléconsultations sont conçues. On a eu des problèmes nous, pour se connecter au départ. Heureusement il a été compréhensif et on a continué par whatsapp”*

P9: *“Que le logiciel marche. Parce que la fois par exemple ou on a été obligé de faire par téléphone c'était au début”*

D'autres critiquent leur manque d'uniformité.

P11: *“C'est vrai que les consultations par whatsapp c'est peut être plus simple (...) Je sais pas je pense que ça manque d'uniformité dans les outils, dans les outils de vision en fait. Je trouve que c'est vrai que chaque médecin a son système de téléconsultation et c'est jamais le même. Alors à chaque fois il faut réfléchir”*

Plusieurs patients se sont aussi plaints de la difficulté d'échanger les documents en temps réel selon la plateforme, ainsi que de la difficulté pour eux de l'imprimer par la suite.

P3: *“Qu’on puisse arriver à s’envoyer des fichiers en parallèle. Elle ne pouvait pas m’envoyer le lien, il fallait attendre la fin de la visio pour que je reçoive le lien avec les documents”*

P13: *“On a pas toujours les moyens d'imprimer à la maison. Entre nous moi ça fait deux mois que j'ai plus d'imprimante voilà c'est très handicapant”*

La compréhension pouvait être difficile sans le document devant les yeux. Le patient ne pouvait pas suivre visuellement la progression du schéma, ou les annotations explicatives du médecin.

P3: *“Et sur le coup je comprenais pas ce qu'elle me disait du coup parce que j'avais rien j'avais pas de support”*

P6: *“C'est pareil, après des fois c'est vrai que quand y a des schémas ou autre c'est vrai que c'est peut être mieux sur place pour des documents”*

2. La réduction du champ visuel du médecin et du patient est limitante

La caméra réduit largement le champ visuel pour ne montrer les personnes que assises, avec une visibilité limitée généralement au visage, au buste, aux bras a maxima. Cela a un impact pour le patient sur la manière d'évaluer l'autre.

❖ Importance pour le patient de l'évaluation visuelle de son aspect physique par le médecin

En nutrition, le regard du médecin sur le corps de son patient paraît être important pour l'évaluation, notamment la répartition du poids. Beaucoup de patients ont formulé ce besoin d'être vu dans leur ensemble par le médecin.

P1: *“Qu'elle me voit dans mon aspect physique par rapport à ce problème de nutrition, je pense que c'était important”*

P12: *“Mais si je suis en nutrition, que je dis au docteur, je prends du poids, je prends du ventre. Euh.. il va pas me voir dans mon ensemble. Il ne va pas voir mon corps, il ne va pas voir ma personne”*

❖ Importance pour le patient d'évaluer l'environnement et la gestuelle du médecin

Les patients ont expliqué que la rencontre physique reste importante pour bien connaître leur médecin. Elle permet dans un premier temps d'évaluer l'environnement du médecin, dans quelles conditions il travaille.

P10: *“Et du coup de voir son bureau, de voir dans quoi il évolue, dans quoi il travaille, je trouve que moi personnellement j'en ai besoin”*

La caméra ne permet pas non plus de cerner exactement la gestuelle du médecin ou sa manière de bouger, et donc une partie de sa manière d'être.

P10: *“On la voit bouger. Parce qu'il n'y a pas que le dialogue, il y a aussi la gestuelle. Et la gestuelle nous apporte vachement sur le personnage en fait”* (en parlant du présentiel)

P12: *“Y a des expressions corporelles qu'on ne voit pas à travers l'écran. A travers l'écran on ne voit que le visage de la personne. (...) Y a quand même une différence”*

3. L'examen clinique est important pour le suivi

L'examen physique en nutrition reste important pour beaucoup de patients. Et son absence en téléconsultation peut être déplaisante pour certains. La demande principale est l'évaluation du poids et des mesures anthropométriques.

P3: *“Elle ne peut pas nous suivre au niveau du poids, des mesures”*

P11: *“Mais après moi j'aime bien aller au cabinet aussi pour être pesée. Ca je trouve que c'est quand même important. Pesée, mesurée”*

P13: *“Après s'il faut une peser ou mesurer ou des choses comme ca la, peut être que ca va être embêtant”*

La patiente P10 accordait de l'importance à ce que la pesée soit faite sur la balance du médecin et non la sienne pour avoir un suivi du poids précis et reproductif.

P10: *“Parce que la du coup la dernière consultation qu'on a fait c'était ma balance, donc c'est pas sa balance, donc automatiquement il y a toujours un peu de différence de poids”*

Les appareils de certains médecins permettent d'apporter plus d'éléments que la balance personnelle du patient, et permettent un suivi plus complet grâce à l'impédancemétrie.

P14: *“Puis l'appareil qui est sophistiqué. Avec l'hydratation: oui donc la vous avez plus bu, ou vous avez perdu de la masse grasse mais..”*

b) La rencontre physique est un besoin difficilement explicable par le patient pour créer le lien et la confiance

1. Difficulté d'explication du besoin de présence physique

Lors des interviews beaucoup de patients expriment leur préférence pour le présentiel.

P3: *“j'ai toujours préféré le face à face”*

P7: *“Sinon ouais j'ai plutôt tendance à préférer voir le professionnel en face à face”*

Certains parlent même d'un besoin de présence physique sans toujours savoir pourquoi et comment l'expliquer.

P4: *“On a besoin de présence. Je suis pas de la vieille école mais.. Je sais pas comment l'expliquer”*

P2: *“Moi personnellement j'ai besoin d'un rendez vous physique (...) quand on salue quelqu'un, quand on est avec quelqu'un, il y a une dimension qui n'existe pas, et ça j'en ai besoin de temps en temps”*

Les mots sont aussi souvent difficiles à trouver pour exprimer leur ressenti sur la rencontre en réel.

P5: *“C'est vrai que dans l'attitude on peut ressentir cette petite ambiance, cette petite électricité; Avec l'écran, avec le téléphone, on est pas, c'est pas pareil, j'ai pas les mêmes sensations”*

P12: *“Et quand on est au contact de la personne y a un regard, quelque chose qui passe (...) quand on voit quelqu'un en vrai et quand on voit quelqu'un en visio le ressenti est pas le même. Moi quand je vois mes petits enfants en visio, je préférerais les voir en vrai (rires)”*

2. La rencontre physique est importante pour créer le lien et la confiance

❖ La rencontre physique permet la relation de confiance

Plusieurs patients ont parlé d'un ressenti particulier appelé “feeling” instauré par la rencontre en réel. Le feeling est décrit dans certains dictionnaires comme le partage d'une entente spontanée. Cette entente est alors un préalable à la relation de confiance entre le médecin et son patient.

P4: *“Pour avoir peut être plus de feeling avec la personne (...) c'est juste pour faciliter la chose, mais dès qu'on a besoin et pour continuer d'avoir ce feeling, cette confiance”*

P10: *“Parce qu'un nutritionniste ou un autre médecin, il faut qu'il y ait un feeling qui passe. Sinon c'est vite compliqué. Il faut une relation de confiance qui s'établit avec le médecin”*

La patiente P1 décrit la construction de la confiance par le contact en réel et la répétition des séances.

P1: *“La confiance était établie, déjà par le visuel et par les séances”*

Quant à la patiente P14, la rencontre en réel était nécessaire pour ressentir si le médecin n'était pas dans le jugement, afin de pouvoir construire la relation.

P14: *“Moi c'était important de la voir, pour me dire elle est pas dans le jugement, elle est vraiment là pour t'aider”*

❖ La rencontre physique apporte de la réassurance et un sentiment de sécurité au patient

La présence physique du médecin peut apporter au patient un sentiment de sécurité. Le patient décrit “être rassuré”.

P14: *“Parce que fondamentalement qu'elle me le dise en visio ou qu'elle me le dise en face à face (rires) je pense pas que fondamentalement ça va changer les choses. Mais par contre, je pense que moi ça va me rassurer”*

P10: *“Bin parce que je pense que si on a quelqu'un en face c'est plus rassurant en fait, je sais pas. Je sais pas pourquoi”*

La patiente P4 déclare se sentir plus accompagnée en présence du médecin.

P4: *“De me sentir encadrée, pas de me sentir seule.. (...) A la maison on va se sentir: il est à distance. C'est juste pour être rassuré”*

c) La téléconsultation par le biais de l'écran introduit une distance et une déshumanisation qui peut gêner le patient

Un grand nombre de patients ressent une distance dans la relation en téléconsultation. Cette distance peut avoir des conséquences négatives.

P3: *“On a l'impression d'être loin de la personne, c'est pas pareil. Pour moi le présentiel on est plus proche de la personne d'en face”*

P11: *“Y a une distance qui est moins... qui est.. qui est moins... qui me met mal à l'aise presque des fois”*

1. L'écran introduit une distance qui déshumanise la relation

Dans ce contexte, le terme “perte du côté humain” semble s'opposer à la mécanisation où la personne perd son individualité et la relation est plus automatisée. Là aussi, les interviewés ont du mal à expliquer ce concept.

P2: *“il y a une dimension humaine qu'il n'y a pas en fait. Y en a quand même une qui n'existe pas quand même il faut être réaliste”*

P14: *“Parce que c'est quand même plus.. plus sympathique et plus humain d'avoir quelqu'un en face de soi plutôt qu'en visio”*

Par exemple pour la patiente P2, cela s'exprime par une perte d'humour lors des téléconsultations.

P2: *“Moi je me suis pas permise par rapport aux consultations présentes, c'est le petit brin d'humour qu'on rajoute de plus”*

Ou bien encore selon d'autres patientes sur le “naturel” de la conversation, c'est-à-dire l'aisance ou la spontanéité.

P4: *“On est pas que en consultation, on est aussi... ce contact, et cette prise en charge un peu plus naturelle, moins automatisée avec le médecin”*

P5: *“Il manque un peu le naturel en fait (...) l'interaction dans le ton de la voix qui est quand même beaucoup plus naturelle. Donc.. moi je préfère ça”*

Enfin, il y a un retentissement sur la fluidité de la conversation dû au format informatique et aux temps de latence possiblement causé par les problèmes de connexion.

P7: *“c'est vraiment comme quand on s'appelle la: le temps etc qui va être le temps de latence. C'est une conversation qui est un peu moins fluide en fait”*

P9: *“peut être la communication est moins fluide que si on était face à face”*

Ce décalage peut même mettre en danger l'échange par des coupures de paroles ou l'impossibilité d'être réactif face à un propos.

P10: *“Des fois on se coupe la parole, y a un petit.. euh.. le temps de parole vous voyez ce que je veux dire, comme il y a un petit décalage.”*

P11: *“Après l'outil informatique fait qu'on a tendance à avoir moins de réactivité quand on parle. Parce qu'avec le décalage au niveau du son, on peut moins rebondir facilement sur ce qu'on dit”*

2. L'interaction virtuelle peut gêner le patient

❖ Le patient peut être moins à l'aise en téléconsultation

Cette interaction informatique peut gêner le patient et donc retentir sur son suivi. Certains patients décrivent la sensation “d’être sur la retenue”, d’être plus réservé, que lors d’une consultation en réel.

P2: *“je suis la même, exactement la même sauf que je me restreins, je suis plus sur la retenue”*

P3: *“peut-être un petit peu au début étant donné que je suis quand même un peu réservée. Euh que j’aime pas trop les oraux”*

D’autres patients ressentent même une gêne, un sentiment de malaise, qui peut parfois même les bloquer.

P5: *“C'est bizarre on se sent un peu plus gênée. Moi je suis pas très à l'aise”*

P11: *“Et pour la nutrition, le fait de pas être en face du docteur, le fait de pas pouvoir échanger vraiment euh.. plus spontanément que d'habitude ça m'a un peu bloquée”*

L’image retour du patient affichée sur l’écran en plus petit pendant la consultation peut elle aussi affecter et déconcentrer certaines personnes.

P11: *“Y a aussi me voir dans la caméra.. j'aime pas ça (rires). Le petit.. Y a aussi l'image.. J'ai horreur de me voir; j'ai horreur de m'entendre. Et du coup le fait de voir ce que les autres voient c'est.. (silence)”*

P13: *“Peut-être de me voir ça me perturbe un peu.. Parce que voilà y a ce reflet.. de soi, alors qu'on a pas l'habitude non plus trop de se voir”*

Enfin la patiente P11 décrit une gêne concernant le côté intrusif de la téléconsultation quand elle a lieu chez elle. Elle décrit une préférence à cloisonner ses différents univers et à se déplacer dans un lieu dédié au soin.

P11: *“J'aime pas être chez moi.. et c'est aussi le côté.. (silence), le côté un peu intrusion dans la vie privée. C'est le côté intrusif (...) j'aime bien cloisonner mes univers.”*

❖ Une gêne qui a pour conséquence une diminution des échanges

Cette gêne derrière l'écran peut, comme on l'a vu, rendre plus discret le patient voire même le bloquer. Les principales conséquences sont qu'il ose moins s'exprimer ou poser des questions ou bien qu'il peut ressentir des problèmes de concentration.

P2: *“ je ne m'autorise pas à m'ouvrir davantage, donc je synthétise vite, je crains de prendre trop de temps, mais lui il est très bien, c'est plutôt moins qui ai cette gêne bête, inconsciente”*

P9: *“quand on est en face à face en réel, y a des fois on peut faire des digressions, des choses comme ça. La en téléconsultation je pense qu'on va des fois un peu plus à l'essentiel”*

P11 *“j'ai oublié de poser des questions que j'avais en tête avant.. parce qu'il y a cette espèce de distance qui moi me perturbe (...) Parce que j'ai trouvé que j'étais pas assez concentrée en fait”*

d) Le déroulement de la téléconsultation peut être perturbé par l'environnement du patient et entraîner un manque de concentration et d'investissement

1. Perturbation de la téléconsultation par l'environnement

La téléconsultation est tributaire des conditions dans lesquelles elle a lieu. Certaines patientes ont été dérangées lors de consultations à domicile par leurs animaux ou leurs enfants. D'autres n'excluent pas que cela arrive et donc n'arrivent pas à avoir l'esprit tranquille pendant la consultation.

P5: *“Euh comme je vous disais si la téléconsultation (rires, en parlant de sa fille qui passe devant l'écran). Voilà voilà, c'est ce genre de choses qu'il faut améliorer en téléconsultation. C'est la possibilité de faire la téléconsultation dans des conditions plus professionnelles”*

P4: *“Euh que peut être on pourrait être plus déranger. Même si on se met sur un temp qu'on sait qu'on peut avoir, du coup on est pas à 100%”*

P11: *“je sais que j'ai tendance à être distraite par ce qu'il y a autour de moi (...) Là je suis dans mon salon, si ça se trouve il va y avoir un chat qui va venir etc, ça peut aussi me distraire.*

On retrouve les mêmes problématiques lors de téléconsultation se déroulant au travail du patient (possible dérangement ou esprit préoccupé).

P11: *“moi je suis infirmière donc on a toujours tendance à se demander s'il se passe pas quelque chose pendant qu'on est pas dans le service”*

De plus, il peut exister davantage de contraintes horaires au travail qui peuvent écourter la téléconsultation.

P14: *“elle a pu m'appeler qu'à 9H20, je vous dis je pense qu'elle avait quelqu'un avant moi.. elle était.. (...) Et moi après j'étais en réunion à 10h donc on a du, on du quand même pas mal abréger”*

Ces observations sont opposées avec le fait d'être au cabinet, dans un espace dédié à la consultation, sans interférences extérieures. Il s'agit d'un temps consacré à la consultation qui peut représenter un moment privilégié pour le patient.

P11: *“Alors que quand on est au cabinet on est là pour ça, on est focalisé, et c'est très différent je trouve”*

P5: *“Je choisis le présentiel parce que c'est mon moment à moi, c'est mon thérapeute, c'est ma petite parenthèse dans ma vie de famille et professionnelle. Surtout du point de vue nutrition, c'est vraiment personnel, on parle de soi, c'est limite une thérapie”*

2. La téléconsultation peut entraîner un manque d'investissement du patient

❖ Le déplacement participe à l'engagement du patient

Le temps de déplacement et d'attente en amont de la consultation, permet au patient de réfléchir à ce qu'il a à dire, et se préparer à la consultation.

P11: *“j'arrive toujours un peu en avance pour avoir le temps de me dire: ‘bin voila maintenant je suis la, de quoi il faut que je parle, est ce que j'ai des trucs particuliers, ah bin ca il faut pas que j'oublie”*

P2: *“Et puis je réfléchis vraiment à tout ce que j'ai à dire”*

En plus de permettre une meilleure préparation de la consultation, pour certains patients, le fait de se déplacer marque leur engagement et leur investissement. Elle reflèterait leur motivation.

P2: *“ c’est ma personnalité, mais quand je me déplace il y a beaucoup plus d’engagement. C’est logique, c’est inconscient en fait. si moi on me met en visio à long terme je vais décrocher”*

P13: *“je pense que ponctuellement c'est intéressant de voir la personne, de se dire, bon ok: bon la je me déplace, je fais l'effort. (...) Et puis ça montre aussi, l'envie de se déplacer, donc ça montre aussi une certaine motivation”*

❖ La téléconsultation peut participer aux conduites d'évitement

Pour certains patients la mesure du poids en consultation est importante pour savoir où ils en sont. La téléconsultation peut représenter un moyen pour eux de ne pas faire cette mesure et éviter de l'affronter.

P11: *“elle demande toujours si je veux me peser ou pas. Mais quand je suis là- bas j'ai du mal a dire 'ben non'. Parce qu'il y a aussi le principe de réalité qui s'applique quand on est en face de la personne. (...) moi personnellement ca pourrait favoriser une certaine politique de l'autruche..”*

P14: *“je me pesais pas et tout ça.. Là quand j'ai vu le docteur oui. (...) J'avais tellement peur de la balance que voilà quoi je me pesais pas”*

4) Perspective d'utilisation

La téléconsultation est un outil en développement qui pourrait prendre de plus en plus de place dans le parcours de soins et dans le suivi de nutrition. Les patients sont plutôt favorables à son utilisation.

P2: *“Je pense que ça va être un outil qui va se développer de plus en plus dans les prochaines années dans pas mal de choses”*

P12: *“Bin c'est évolution qu'il faut suivre. Avant il fallait voir un médecin, y avait un contact physique, il vous examinait, il prenait la tension. Maintenant les choses changent un peu”*

Voici les perspectives d'utilisation qui sont mises en avant par les patients au cours de ces entretiens.

a) La première consultation en réelle pour établir la relation de confiance

Comme nous l'avons vu, la rencontre physique est importante pour les patients. Il semblerait pour la plupart des interviewés, que de manière primordiale pour initier un suivi en téléconsultation, la première consultation doive se faire en réel. Elle permettrait d'établir la relation de confiance, le lien médecin-patient.

P1: *“la première consultation il me semble que c'est important qu'elle se fasse de visu. une fois que c'est en route, d'avoir que des entretiens en télétransmissions et auquel cas ça ne me pose aucun problème”*

P9: *“il valait mieux que je vois le médecin la première fois en vrai voilà. Ça permet d'être plus à l'aise après en téléconsultation”*

P10: *“Je pense qu'il faut avoir un vrai entretien la première fois pour rencontrer le médecin en physique et pouvoir échanger en physique avec lui le premier rendez-vous”*

b) Un suivi principalement en téléconsultation

Grâce à tous les avantages que présente la téléconsultation, certains patients envisagent un suivi principalement en téléconsultation. Les conditions exprimées pour ce suivi sont que la première consultation soit en présentiel et de garder la possibilité de pouvoir venir en présentiel si besoin.

P1: *“Non que en téléconsultation, et je sais pas s’il y a un besoin à un moment donné, mais en téléconsultation ça m’allait très bien si on avait continué”*

P8: *“Non pas spécialement. Si je dois venir je viens. Si le docteur veut me voir pour x raison je viens. Mais après moi je trouve la téléconsultation bien”*

L’intervention d’autres acteurs comme les coachs en activité physique adaptée, permettrait de compléter les prises de mesures et donc de favoriser la téléconsultation.

P6: *“Je suis suivie dans un centre avec des APA donc j’ai des pesées tous les mois et j’envoie le compte rendu au docteur. (...) Donc oui la c’est vrai qu’il n’y a plus besoin d’aller sur place”*

Cependant certains préfèrent se fier aux mesures de leur médecin nutritionniste et n’envisagent pas ce moyen comme un complément aux téléconsultations.

P14: *“Moi je la vois depuis deux mois et demi, ça m’encourage parce qu’elle prend des mesures (en parlant de sa coach). Mais je vais pas faire un comparatif entre les mesures du docteur et ses mesures à elle. Je pense que c’est pas la même chose”*

c) Un suivi en alternance

Même si la plupart sont satisfaits par la téléconsultation, son utilisation est plutôt envisagée en alternance.

P9: *“Moi je pense que la téléconsultation c’est vraiment complémentaire pour moi. Ce n’est pas quelque chose qui doit être en continuité. J’utiliserais les deux en alternance”*

P12: *“je pense que une fois sur deux le faire en téléconsultation ça peut être bien aussi”*

Car la consultation présentielle reste souvent la préférence des patients.

P3: *“je préfère quand même le présentiel”*

P5: *“je préfère vraiment le présentiel”*

P11: *“je préfère aller en personne chez elle”*

La téléconsultation présentielle pourrait alors être utilisée à intervalle régulier au cours du suivi en téléconsultation pour faire un point et les prises de mesures.

P3: *“Par contre de temps en temps, être en face en face pour que le médecin puisse faire le suivi complet avec les mesures, le poids tout ça”*

P13: *“ben je sais pas, comme quand on fait un bilan. Quand on a atteint un certain objectif. Au moment de faire des bilans, je sais pas la régularité”*

La plupart du temps les patients n'envisagent pas de faire les consultations qu'ils considèrent importantes en téléconsultation: en cas de prise de poids ou de mauvais résultats d'analyse par exemple.

P4: *“s'il y avait une décision à prendre ou une nouvelle à prendre ou quoi que ce soit. C'est le côté rassurant: on nous laisse pas dans notre maison tout seul”*

P9: *“La il est évident que la dernière consultation elle a eu lieu en vrai (rires) parce que c'était le bilan des un an; donc il était pas question qu'on le fasse en visio”*

Certains privilégient aussi le présentiel en cas de baisse de moral ou de motivation.

P13: *“Parce qu'on parle de nutrition, on parle de.. Mise en place de.. de changement.. Fin voilà pour la motivation quoi. (...) Peut être une baisse de moral, de motivation”*

d) La téléconsultation envisagée comme un outil ponctuel pour dépanner ou répondre à des questions

Certains patients préfèrent donc toujours les consultations présentes et n'envisagent pas un suivi en alternance. Cependant ils reconnaissent son côté pratique, et envisagent une utilisation ponctuelle, par exemple en cas d'empêchement.

P5: *"en distanciel ça sera plus à cause d'un empêchement"*

P7: *"Pour la téléconsultation... C'est vraiment le transport, la facilité, pour l'emploi du temps chargé. Sinon ouais j'ai plutôt tendance à préférer voir le professionnel en face à face"*

Beaucoup ont mis en avant sa grande utilité pendant l'épidémie de covid, afin de maintenir le suivi, et l'envisagent à nouveau selon l'évolution.

P2: *"C'est bien ponctuellement pour dépanner, dans le contexte sanitaire"*

P5: *"Pas disponible physiquement comme je vous disais: le confinement, le covid"*

La téléconsultation peut aussi être utile pour répondre à des questions que se pose le patient, pour éviter le délai d'attente et le temps plus important consacré à une consultation.

P11: *"Je pourrais l'utiliser si vraiment c'était juste pour répondre à quelques questions"*

P12: *"c'est un bon outil, ça sert, parce que bon des fois on a besoin de plus de questions que de consultation je veux dire"*

Enfin la patiente P11 nous explique qu'elle pourrait privilégier la téléconsultation à des moments où elle ne voudrait pas être examinée, selon son ressenti.

P11: *"ou si je ressentais pas le besoin ou l'envie aussi d'être pesée, c'est possible aussi. Quand on fait un suivi nutrition, y a des fois ou on a pas envie donc.. Voilà ça serait vraiment dans ces cas là que je privilégierais la téléconsultation"*

e) Un outil pour des consultations de groupe

La patiente P12 qui utilise déjà les visioconférences pour des réunions de son association de patients en pneumologie, envisagerait la téléconsultation comme un outil pertinent pour faire des consultations de groupes. Selon elle, les échanges en groupe régulés par un médecin sont très enrichissants pour le patient. Le format téléconsultation simplifierait la rencontre de groupe, et un plus grand nombre de personnes pourrait participer.

P11: *“Ça pourrait être intéressant de faire un truc en visio avec les mêmes patients avec les mêmes pathologies qui sont à la recherche de leur perte de poids. Et d'échanger nos points de vue (...) quand j'ai voulu faire à montpellier avec d'autres personnes on était pas nombreuses parce que les gens ne veulent pas se déplacer aussi (...) ou il y a le médecin qui est la qui écoute, qui donne la parole et qui fait un échange”*

4. Discussion

1) Validité et apports de l'étude

a) Points forts

❖ Une étude d'actualité

La téléconsultation a connu une très forte augmentation d'utilisation avec la pandémie de covid 19. Cependant à notre connaissance, très peu d'études portent sur le ressenti des patients, et aucune n'a été trouvée concernant le ressenti des patients en téléconsultation de nutrition. Cette étude traite donc d'un sujet d'actualité peu étudié.

❖ Critères COREQ

Cette étude a été menée en suivant les critères de validité COREQ, la plupart ont été respectés. Nous avons détaillé les pages correspondantes à chaque critère en annexes. (48) (49) (*Annexe 4*)

❖ Validité du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été retravaillé et relu par plusieurs médecins et étudiants au cours d'un atelier thèse. Il a été testé une fois avec un patient n'appartenant pas aux critères d'inclusions, permettant une plus grande fluidité. Les questions sont restées très ouvertes et ciblées permettant d'obtenir un ressenti global complet des patients.

❖ Entretiens phénoménologiques

Les entretiens étaient réalisés dans un esprit phénoménologique avec écoute et empathie, en veillant à essayer d'être la plus neutre possible, en étant conscient de l'influence du point de vue de l'observateur sur le recueil et l'analyse des données. Avant de débiter l'entretien, étaient expliqués le sujet de l'étude et l'esprit de bienveillance et de non jugement de l'entretien.

❖ Diversité des réponses

Malgré l'absence d'homme, la population était de caractéristique hétérogène sur le sexe, le milieu, les caractéristique du médecin de suivi (spécialité, mode d'exercice, sexe), la fréquence d'utilisation de la téléconsultation et son utilisation dans d'autres domaines. Les réponses étaient variées montrant des opinions très différentes selon les participants.

❖ Analyse qualitative

La retranscription a été faite mot pour mot grâce aux enregistrements, dans un endroit au calme avec ralentissement du débit de paroles et pauses pour être le plus fiable possible. L'analyse a été débutée en parallèle des entretiens permettant un recrutement jusqu'à saturation des données. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour clôturer l'étude. Une formation portant sur l'analyse qualitative a été suivie en atelier thèse organisé à la faculté de médecine de Montpellier et dirigée par Dr B. Clary.

b) Limites de l'étude

❖ Diversité de recrutement non optimale

Il a été difficile de recruter des patients qui acceptaient de participer à l'étude. Le principal biais est l'absence d'hommes dans l'étude. Moins présents que les femmes dans les suivis de nutrition, ils ont tous décliné l'invitation par manque de temps ou d'envie. Un patient a confié refuser suite à une prise de poids récente qu'il n'arrivait pas à accepter. Nous n'avons pas non plus interrogé de personne à mobilité réduite ou avec un autre handicap.

❖ Format des entretiens

À cause de la pandémie de covid-19 et par convenance des patients, les entretiens ont été réalisés par vidéoconférence et non en présentiel. Ce qui peut amener une distance à l'entretien et modifier la relation et la perception de l'entretien et donc influencer sur les réponses et la transcription qui doit être fidèle (onomatopée, silences, réactions...). (52)

❖ Durée des entretiens

Certains entretiens étaient de courte durée malgré les relances effectuées, ce qui peut limiter la quantité de données. (49)

❖ Biais d'investigation et d'interprétation

Le manque d'expérience sur les études qualitatives de l'auteure est une limite de cette étude. La qualité des reformulations et relances n'était pas optimale lors des premiers entretiens par manque d'entraînement. De plus, il existe une variabilité sur la manière de poser les questions ou sur les reformulations, ainsi que certains thèmes plus abordés selon les patients. L'analyse des données n'a été effectuée que par l'enquêteur, il peut exister des biais interprétatifs lors de l'organisation des données. (52)

❖ Biais de désirabilité sociale

Le biais de désirabilité sociale est toujours à prendre en compte lors d'une étude qualitative. Il concerne l'interviewé qui pourrait être tenté de donner des réponses plus acceptables socialement. (49)

2) Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature

De cette étude sur le ressenti des patients, ressortent des sentiments partagés, positifs et négatifs sur la téléconsultation en nutrition. Nous allons les rappeler et les comparer aux données déjà existantes dans la littérature. Cependant, très peu d'études portent sur la téléconsultation en nutrition. Les sujets largement traités en télésanté de nutrition sont les applications téléphoniques et sites internet pour le suivi en perte de poids, diabète ou coaching sportif. Nous retrouvons aussi quelques études sur le suivi bariatrique à distance mais qui ne correspondent pas au sujet de notre thèse. Nous comparerons donc aussi nos résultats à des études de médecine générale et psychiatrie qui sont des spécialités où la relation médecin-patient et le visuel sont importants. On peut par ailleurs retrouver de nombreuses thèses de médecine générale sur les attentes ou le ressenti des patients et médecins à propos des téléconsultations.

a) Bénéfices de la téléconsultation

Dans notre étude, la plupart des patients apprécient la téléconsultation pour son gain de temps, de trajets, et d'argent, ainsi que sa facilité d'accès quand le présentiel n'est pas possible. De plus, la téléconsultation semble être un outil adapté pour le suivi en nutrition, car pour certains l'examen clinique n'est pas nécessaire et le contenu de la consultation ne diffère pas. La relation médecin-patient quant à elle, paraît évoluer dans la continuité de la relation construite en présentiel. Certains patients se sentent à l'aise face à cet outil de communication et n'observent que peu voire pas de changement de leur manière d'être. À noter par contre, que de manière unanime dans l'étude, les patients ne notent pas de changement d'attitude de leur médecin. La téléconsultation peut même apporter un bénéfice surajouté à la qualité du suivi, en apportant un sentiment de sécurité au patient et une sensation de meilleure écoute réciproque.

❖ Satisfaction de téléconsultation

Les études retrouvées dans la littérature semblent recueillir un avis favorable sur la téléconsultation sans différence significative avec le présentiel.

Le centre de chirurgie bariatrique de Cagliari en Sardaigne, lors du début de la pandémie covid en 2020, a publié une étude quantitative sur la satisfaction des patients après une première

téléconsultation de nutrition (ils n'étaient pas suivis au préalable) (53). Mais cette étude manque fortement de puissance, et n'est donc pas généralisable (sur 33 patients éligibles, 19 ont participé à la téléconsultation, et seulement 52.6% d'entre eux ont répondu au questionnaire). Les avis recueillis étaient cependant tous favorables (ressenti général, fonctionnement, utilisation future).

Le travail de thèse présenté par C. LEVIS en août 2021, portant sur une revue de la littérature systématique concernant la téléconsultation dans les domaines de la médecine générale, a permis d'analyser 32 essais (dont la moitié provenaient des états unis, la majorité sur des pathologies chroniques) (54). Les principaux biais étaient la petite taille des essais, leur courte durée et l'absence de jugement en aveugle. Les patients étaient satisfaits par la téléconsultation mais sans différence significative avec le présentiel.

L'étude quantitative de P. Ruskin en 2004 (55), étudiant les résultats d'un traitement par antidépresseurs et psychothérapie de soutien par téléconsultation versus consultation présente chez 119 vétérans du Maryland ne montrait pas de différence de résultats du traitement, de la satisfaction ou de l'adhésion entre les deux groupes.

De même, nous retrouvons ces résultats dans l'étude qualitative par entretiens semi-dirigés de R. E. Powell en 2017 (56), qui interviewait 19 patients après leur téléconsultation. Les patients étaient globalement satisfaits par la téléconsultation.

❖ Gain de temps et d'argent, facilité d'organisation

La téléconsultation est souvent mise en avant comme moyen de pallier le problème des déserts médicaux et l'inégalité d'accès aux soins. Elle permet au patient une économie de temps et d'argent ainsi qu'une organisation plus facile.

Un essai clinique (57) que nous développerons dans le paragraphe "Perspectives", a été lancé au Kansas et cherche à évaluer la téléconsultation afin de rapprocher les rendez-vous de suivi et de réduire les déplacements et leur coût dans une région rurale.

Le travail de C. LEVIS (54), montre une économie de temps et d'argent pour le patient grâce aux téléconsultations de médecine générale.

Nous retrouvons la plupart de nos résultats dans l'étude de R. E. Powell (56). Les patients ont évoqué la diminution du coût (essence, stationnement, absentéisme au travail, quote-part) et l'absence de transport comme principaux avantages à la téléconsultation. Les bénéfices aussi retrouvés étaient la ponctualité du médecin, l'obtention d'un rendez-vous à des horaires pratiques

et l'absence de garde des enfants. D'autres arguments ont été mis en avant, non retrouvés dans notre étude: la limitation physique (chez une personne handicapée) et la commodité de "ne pas avoir à se changer ou prendre de douche". Cependant nous n'avons pas interrogé de patient en perte de mobilité.

❖ Continuité de la relation médecin-patient

Dans l'étude quantitative rétroactive de G Pendaries en 2020 sur la téléconsultation en psychiatrie durant l'épidémie de covid 19 (58), 100 patients ont répondu à des questionnaires. 97% ont déclaré être tout à fait d'accord ou d'accord avec "le sentiment d'avoir été écouté et rassuré par leur médecin durant la téléconsultation". 93% étaient tout à fait d'accord ou d'accord avec "le fait d'avoir compris les explications données par leur médecins en téléconsultation de la même façon qu'en face à face". Dans notre étude les patients avaient répondu de manière unanime ne pas noter de différence d'attitude du médecin, et la plupart ne percevait pas ou peu de changement concernant leur compréhension et manière d'être.

❖ Bénéfices sur-ajoutés de la téléconsultation pour un suivi

Certains patients dans l'étude de R. E Powell (56) ont exprimé être plus à l'aise en téléconsultation et préférer être dans leur propre environnement de soutien. Notamment en cas d'annonce de mauvaises nouvelles, le patient n'a pas à se déplacer ensuite. Dans notre étude, certains patients ont aussi évoqué avoir moins de gêne à aborder certains sujets derrière un écran; trouvaient leur propre environnement réconfortant ou appréciaient l'ambiance familiale qui se dégageait de ce moyen de communication.

b) Inconvénients de la téléconsultation

Cependant cet outil présente certaines limites qui font que la plupart des patients interrogés dans notre étude expriment une préférence pour le présentiel. Tout d'abord il y a les modalités de fonctionnement interne (bugs, appétence pour le numérique, difficultés d'adaptation aux plateformes ou de partage des documents). Ensuite on citera l'absence d'examen clinique et la réduction du champ visuel (qui ne permet pas de capter l'environnement et la gestuelle du

médecin, ainsi que l'aspect corporel du patient). De plus, les patients expriment un besoin de présence physique pour créer le lien et la confiance. L'écran instaurerait une distance qui déshumanise la relation, la rendant moins naturelle, voire gênante. Cette gêne pourrait même entraîner une diminution du dialogue. Pour finir, la téléconsultation est dépendante de l'environnement dans lequel elle a lieu et peut donc être perturbée et entraîner un manque de concentration. Elle peut participer aussi à un désinvestissement ou à des conduites d'évitements.

❖ Perte du lien avec le médecin, déshumanisation

En 2018, Carte Blanche et la société française de télémédecine (59) avaient mené une étude auprès de 8000 assurés pour faire un état des lieux de la télémédecine. La majorité n'avaient jamais utilisé la téléconsultation, mais 61.1% redoutaient une perte de contact humain ou de dialogue avec leur médecin.

La thèse de L. Planque en 2019, (60) est une des premières études qualitatives en France à avoir interrogé des patients sur leurs attentes de la téléconsultation. Il s'agissait de patients naïfs de téléconsultation en soins primaires dans le Ternois. Les patients interrogés signifiaient une préférence pour la consultation présentielle et le contact avec le médecin qu'ils trouvaient rassurant. Ils exprimaient une peur de perdre la relation privilégiée avec leur médecin.

La thèse de E. Roger (61) rédigée deux ans plus tard, en 2021, était elle aussi une étude qualitative sur les représentations et préjugés de patients naïfs de téléconsultation dans le pays Salonais. On y retrouve les mêmes craintes.

Dans l'étude de R. E. Powell (56) certains patients exprimaient la crainte d'une perte de l'aspect "personnel" en téléconsultation, mais celle-ci n'était cependant pas limitante pour l'utilisation.

❖ Les limites de l'outil numérique et de son fonctionnement

Dans l'étude de R. E. Powell (56) des dysfonctionnements et bugs ont été énumérés (décalage audio, images floues) perturbant le déroulement de la téléconsultation; et des préoccupations ont été décrites concernant la confidentialité au travail (risque que les collègues entendent la conversation). Dans notre étude les patients ont décrit une préoccupation lorsque les consultations se déroulaient au travail, sans aborder le souci de confidentialité. Dans l'idéal il

faudrait donc trouver une pièce au calme sans risque d'être écouté, dans un espace temps bien défini où les risques d'être interrompus seraient minimes.

Dans la thèse de E. Roger (61), plusieurs patients ont aussi exprimé une autre inquiétude non abordée dans notre étude liée à l'insécurité des données et au risque de piratage du dossier médical ou des coordonnées bancaires et sociales. La direction générale de l'offre de soin rappelle qu'il existe une responsabilité du "tiers technologique", qui doit "fournir un matériel dont la fiabilité et la sécurité sont conformes aux règles prévues par le code de la santé publique en matière de dispositifs médicaux" (62).

Des questionnements sont souvent revenus dans les études concernant les inégalités informatiques (61) (60). Celles-ci concernaient l'équipement matériel, la connaissance informatique ou l'appétence au numérique. Elles ont été abordées de manière succincte lors des entretiens.

Enfin, nous retrouvons souvent dans les études une peur du manque de l'examen clinique ou de l'erreur diagnostique. Elle est justifiée dans les études de médecine générale en cas par exemple de pathologie aiguë où l'examen clinique semble indispensable. Dans notre étude nous retrouvons plusieurs avis à ce sujet. Le premier étant que la téléconsultation est adaptée en nutrition car le suivi nécessite peu d'examen clinique. Le deuxième étant que certains patients ressentent le besoin d'être pesé et mesuré par leur médecin, et d'avoir son regard sur la répartition corporelle du poids (voire l'utilisation d'impédancemétrie pour la mesurer).

c) Perspectives d'utilisation

La téléconsultation est donc un outil en voie de développement qui pourrait prendre de plus en plus de place dans le suivi médical. Il semblerait que de manière générale pour les patients interrogés, la première consultation doive être réalisée en présentiel. Quelques uns envisagent un suivi principalement en téléconsultation mais la plupart préfèrent un suivi en alternance avec des bilans réguliers en présentiel ou bien en dépannage en cas d'imprévu ou de questions ponctuelles. Cet outil pourrait aussi être développé pour des consultations de groupes encadrées par un médecin.

❖ Utilisation de la téléconsultation

L'étude de 2018 de Carte Blanche (59) nous montrait qu'à cette époque 98,7% des patients n'avaient jamais utilisé la téléconsultation, 86,8% se disaient prêts à utiliser la téléconsultation avec leur médecin généraliste et 73% avec leur spécialiste (les taux diminuaient à 66,1% et 69,8% quand il s'agissait d'un médecin inconnu). Comme nous l'avons abordé dans cette thèse, l'utilisation de la téléconsultation ne connaît un essor important que depuis la pandémie covid en 2019. Une majeure partie de la population se sent prête à utiliser la téléconsultation, comme nous le retrouvons dans notre travail de thèse.

Dans l'étude de R. E. Powell (56) tous les patients ont exprimé un intérêt pour de futures téléconsultations. Les perspectives d'utilisation diffèrent selon les patients comme dans notre étude, certains l'envisagent en utilisation exclusive, d'autres en complément avec des utilisations plus ou moins fréquentes. À noter que cette étude présente certaines limites dont les principales sont que les patients venaient de 2 cabinets d'un même système de santé, qu'ils payaient moins de frais médicaux en téléconsultation et qu'ils n'avaient pas eu de problème d'accès à la connexion.

❖ Première consultation en présentiel

Dans la thèse de L. Planque en 2019, (60) les patients n'envisageait la téléconsultation qu'avec un praticien rencontré préalablement.

Dans l'étude qualitative de E. Donaghy (63) au Royaume-Unis auprès de patients ayant eu une téléconsultation, les patients soulignaient l'importance d'une relation médecin-patient existante et d'avoir déjà eu des consultations antérieures avec cette même personne avant de participer à une téléconsultation.

Nous avons identifié le même type d'attente dans notre thèse: les patients ont besoin d'une rencontre réelle pour établir le lien, avant de commencer un suivi en téléconsultation.

❖ La consultation présentielle pour les consultations difficiles

Dans l'étude de E. Donaghy (63), les patients craignaient que la téléconsultation ne soit pas appropriée pour discuter de problèmes très personnels ou très graves ou pour recevoir des nouvelles difficiles et/ou mauvaises. Ils considèrent la consultation face à face plus appropriée. C'est aussi le cas des patients de notre étude qui étaient d'accord pour utiliser la téléconsultation

pour leur suivi mais en gardant la possibilité de consultations présentielles pour les annonces difficiles ou pour les bilans.

❖ Téléconsultations de groupe

Un essai clinique a été lancé au Kansas (Etats-Unis), dans 5 cliniques rurales, visant à évaluer l'efficacité de la téléconsultation pour le suivi en nutrition (57). Les résultats ne sont pas encore parus, mais l'étude va comparer la perte de poids dans 3 bras d'intervention: téléconsultation individuelle, de groupe, et consultation classique. Cependant, les téléconsultations sont plus fréquentes (1x/semaine) que les consultations classiques (tous les 6 mois). Les résultats attendus sont une meilleure efficacité de la téléconsultation de groupe. Le suivi comportera des conseils comportementaux, des portions plus contrôlées et des boissons hypocaloriques. Sont attendus, une efficacité plus importante de la téléconsultation de groupe, suivie de la téléconsultation individuelle. Il sera intéressant de voir si les téléconsultations de groupes sont effectivement plus efficaces que les téléconsultations individuelles.

5. Conclusion

Le suivi des excès pondéraux en nutrition est complexe et nécessite une relation de confiance solide entre le médecin et le patient. La téléconsultation dont l'utilisation a augmenté de façon exponentielle au cours de la pandémie covid 19, est un outil encore peu généralisé en nutrition, et très peu étudié.

Notre étude a permis d'apporter des connaissances sur le ressenti des patients lors de son utilisation au cours du suivi en nutrition. Les avis sont partagés mais beaucoup apprécient cet outil pour son aspect pratique et considèrent qu'il est adapté au suivi. Il peut en plus apporter un sentiment de sécurité et d'écoute qui peut libérer la parole de certains patients et les rassurer. Cependant la plupart préfèrent le présentiel pour sa dimension plus humaine. Un grand nombre de limites de cet outil ont été mis en avant concernant ses problèmes de fonctionnement internes, sa configuration (absence d'examen clinique, champ visuel réduit, distance dans la relation) et son déroulement (perturbation par l'environnement, désengagement). Les perspectives d'utilisation sont variées selon les patients, et vont du suivi régulier en téléconsultation, au simple dépannage. Mais tous envisagent la première consultation en présentiel et souhaitent avoir la possibilité de revenir au présentiel si besoin.

Lors des entretiens, les patients avaient répondu de manière unanime n'avoir noté aucun changement d'attitude de la part de leur médecin au niveau de l'accueil, de leur écoute, de leur manière de s'exprimer ou de leur empathie. Il serait intéressant de recueillir l'avis des médecins concernant leur ressenti sur l'utilisation de la téléconsultation au cours du suivi en nutrition.

6. Bibliographie

1. WHO. Obésité: prévention et prise en charge de l' épidémie mondiale; rapport d' une consultation de l'OMS [Internet]. Geneva, Switzerland: Organisation mondiale de la Santé; 1997 2003 [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42734>
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet Lond Engl*. 16 déc 2017;390(10113):2627-42.
3. Enquête nationale épidémiologique Obepi sur le surpoids et l'obésité (2012) [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2012/10/obepi_2012.pdf
4. Enquête nationale épidémiologique Obepi sur le surpoids et l'obésité (2020) [Internet]. [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
5. Verdot - Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/pdf/2017_13_1.pdf
6. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 déc 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
7. Obesity System Map [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://debategraph.org/Stream.aspx?nid=365986&vt=outline&dc=all>
8. Institut national de santé publique du Québec. La taille des portions des aliments transformés : évolution et impacts sur l'apport alimentaire et le poids corporel [Internet]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2613_taille_portions_aliments_transformes_evolution_impacts.pdf
9. Poitou C. Obésités génétiques : diagnostic et prise en charge en 2019. 2018;7.
10. HAS - Signes évocateurs d' une obésité secondaire [Internet]. [cité 4 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_signes_evocateurs_d_une_obesite_secondaire.pdf
11. Angelantonio ED, Bhupathiraju SN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, Gonzalez AB de, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*. 20 août 2016;388(10046):776-86.
12. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. *JAMA*. 2 janv 2013;309(1):71-82.
13. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, Obesity, and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of U.S. Adults. *N Engl J Med*. 24 avr 2003;348(17):1625-38.

14. Wang Y, Rimm EB, Stampfer MJ, Willett WC, Hu FB. Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. *Am J Clin Nutr.* 1 mars 2005;81(3):555-63.
15. Syndrome métabolique : prévalence, marqueurs de risque associés et mortalité dans une population française de 62 000 sujets – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/syndrome-metabolique-prevalence-marqueurs-de-risque-associes-et-mortalite-dans-une-population-francaise-de-62-000-sujets/>
16. Karelis AD, Faraj M, Bastard J-P, St-Pierre DH, Brochu M, Prud'homme D, et al. The Metabolically Healthy but Obese Individual Presents a Favorable Inflammation Profile. *J Clin Endocrinol Metab.* 1 juill 2005;90(7):4145-50.
17. WHO. Journée mondiale de l'obésité : comprendre les conséquences sociales de l'obésité [Internet]. [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2017/10/world-obesity-day-understanding-the-social-consequences-of-obesity>
18. PNNS | Manger Bouger [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/PNNS>
19. Expert Panel on Detection E and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 16 mai 2001;285(19):2486-97.
20. Rapport sur l'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/rapport-sur-l%C3%A9valuation-des-risques-li%C3%A9s-aux-pratiques-alimentaires-d%E2%80%99amaigrissement-0>
21. Zermati J-P. Maigrir sans régime: Nouvelle édition revue et augmentée. Odile Jacob; 2011. 449 p.
22. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe - 2013 - Santé 2020 cadre politique et stratégie.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf?sequence=1
23. [guide_aps_chapitre_1_connaissances_generales.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_chapitre_1_connaissances_generales.pdf) [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_chapitre_1_connaissances_generales.pdf
24. Scientific Report | health.gov [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://health.gov/our-work/nutrition-physical-activity/physical-activity-guidelines/current-guidelines/scientific-report>
25. Catalogue d'activités physiques | Manger Bouger [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/Bouger-plus/Vos-outils/Catalogue-d-activites-physiques>
26. Chirurgie de l'obésité : la HAS fait le point sur les nouvelles techniques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213014/fr/chirurgie-de-l-obesite-la-has-fait-le-point-sur-les-nouvelles-techniques
27. Article R6316-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934375

28. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1).
29. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 78 | Legifrance [Internet]. [cité 14 avr 2020].
Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_78
30. Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale. 2012-694 mai 7, 2012.
31. Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté. 2021-707 juin 3, 2021.
32. Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques
33. Télésoin – Les bonnes pratiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 oct 2021].
Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3261198/fr/telesoin-les-bonnes-pratiques
34. La convention et ses avenants [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-2016/convention-et-avenants>
35. Assurance Maladie. Téléconsultation [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
36. Astruc A, Sarfati S, Halioua B. Télé médecine: les débuts de l'histoire. *Presse Médicale Form.* 1 nov 2020;1(5):551-7.
37. Zundel KM. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bull Med Libr Assoc.* janv 1996;84(1):71-9.
38. [guide_methnologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf](#) [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur:
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methnologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf
39. Télé médecine [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur:
<https://esante.gouv.fr/projets-nationaux/telemedecine>
40. [DP-CNAMtéléconsultation-sept-2019.pdf](#) [Internet]. [cité 8 nov 2021]. Disponible sur:
<https://comparatif-logiciels-medicaux.fr/actualite/news/DP-CNAMt%C3%A9l%C3%A9consultation-sept-2019.pdf>
41. [2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire.pdf](#) [Internet]. [cité 8 nov 2021].
Disponible sur:
<https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire.pdf>
42. Évolution de la population – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277615?sommaire=4318291>
43. [le_vieillissement_de_la_population_et_ses_enjeux_0.pdf](#) [Internet]. [cité 25 oct 2021].
Disponible sur:
https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-11/le_vieillissement_de_la_population_et_ses_enjeux_0.pdf
44. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD en 2019 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur:
<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019>
45. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 [Internet]. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur:

- <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949#consulter>
46. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
 47. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Française Aff Soc.* 2005;(1):59-81.
 48. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
 49. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
 50. Oude-Engberink A, Bourrel G. En quoi la méthode phénoméno-sémiopragmatique inspirée de CS Peirce apporte des réponses à la tension entre rigueur scientifique et créativité? :15.
 51. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 5e éd.* Armand Colin; 2021. 410 p.
 52. Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, Michel D, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: Une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer.* 1 janv 2013;105:4-11.
 53. Runfola M, Fantola G, Pintus S, Iafrancesco M, Moroni R. Telemedicine Implementation on a Bariatric Outpatient Clinic During COVID-19 Pandemic in Italy: an Unexpected Hill-Start. *Obes Surg.* 27 sept 2020;1-5.
 54. Lévis C. Quels sont les bénéfices de la téléconsultation médecin généraliste-patient ? *Revue de la littérature systématique* [Internet]. 2021 [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03341349>
 55. Ruskin PE, Silver-Aylaian M, Kling MA, Reed SA, Bradham DD, Hebel JR, et al. Treatment Outcomes in Depression: Comparison of Remote Treatment Through Telepsychiatry to In-Person Treatment. *Am J Psychiatry.* 1 août 2004;161(8):1471-6.
 56. Powell RE, Henstenburg JM, Cooper G, Hollander JE, Rising KL. Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *Ann Fam Med.* mai 2017;15(3):225-9.
 57. Gorczyca AM, Washburn RA, Ptomey L, Mayo MS, Sullivan DK, Gibson CA, et al. Weight Management in Rural Health Clinics: The Midwest Diet and Exercise Trial. *Contemp Clin Trials.* avr 2018;67:37-46.
 58. Pendaries G. Étude de satisfaction de la télépsychiatrie durant la pandémie liée au Covid-19: une expérience niçoise. 2020;108.
 59. Enquête : les Français et la Télémédecine [Internet]. Carte Blanche. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.carteblanchepartenaires.fr/actualites/enquete-les-francais-et-la-telemedecine>
 60. Planque L. Attentes et craintes des patients au sujet de la téléconsultation dans le Ternois (patients naïfs de téléconsultation en soins primaires) [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: <https://123dok.net/document/dy4jwx9y-pepite-attentes-craintes-patients-teleconsultation-ternois-teleconsultation-primaires.html>
 61. Roger E. Téléconsultation: Représentations et préjugés. Étude qualitative auprès de patients du pays Salonais naïfs de téléconsultation. 2021.
 62. Direction générale de l'offre de soin, rapport « télémédecine et responsabilités juridiques engagées ».

63. 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.* 4 juin 2019;69(686):e586-94.

7. Annexes

Annexe n°1: Stades d'IMC

IMC (kg/m ²)	Interprétation OMS
< 18,5	Insuffisance pondérale
18,5 - 24,99	Normal
25 - 29,99	Surpoids
30 - 34,99	Obésité stade I
35 - 39,99	Obésité stade II
≥40	Obésité stade III

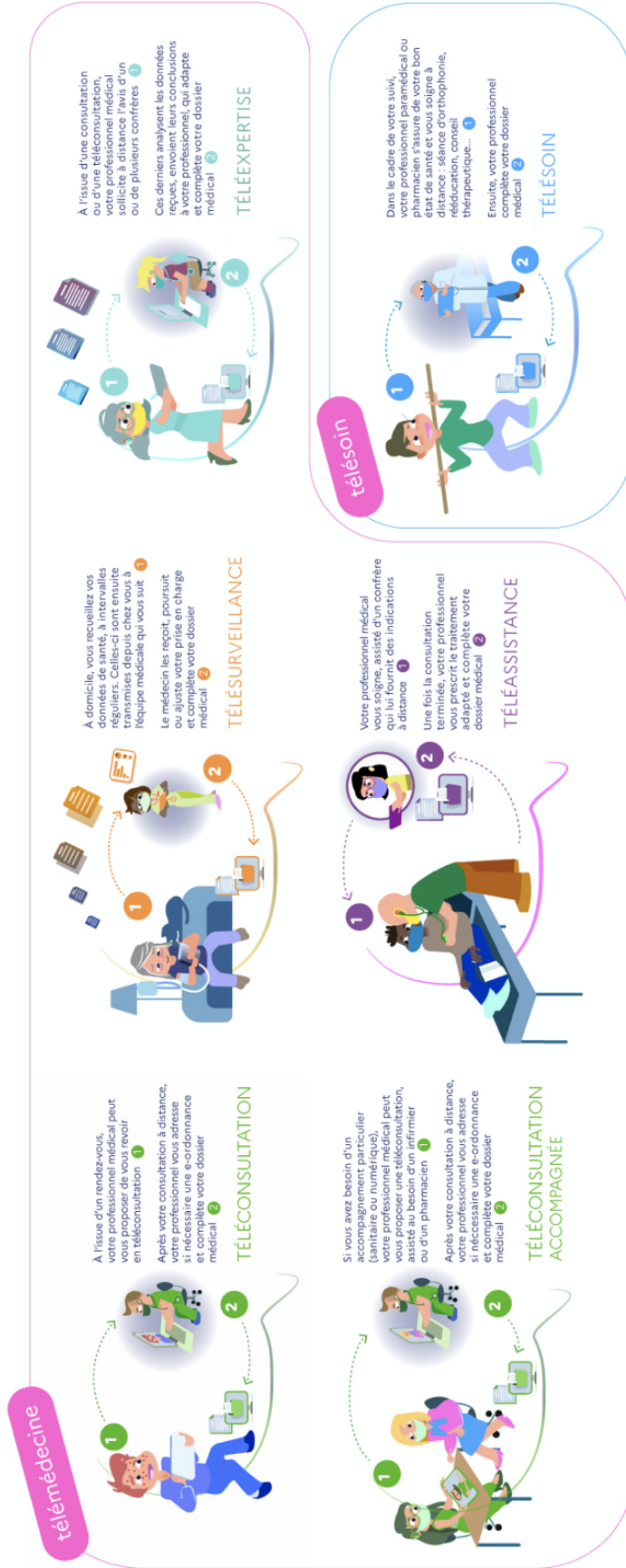
Annexe n°2: Echelle de la faim

Affamé-e		Faim			Petit creux			Pas faim		Rassasié-e			Repu-e		Plein-e					
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										Sensation neutre	Satisfait Confortable Si je continue de manger c'est par gourmandise			Je sens mon estomac trop rempli Sensation pas très agréable			Je ne peux plus rien avaler Estomac tendu, douloureux Sensation de lourdeur			

Source: *Aviitam*

vous avez-dit t|e|e santé soin médecine ?

La télésanté est une activité médicale/soignante à part entière, qui garantit la sécurité de la prise en charge. Elle respecte à la fois les droits des patients, la déontologie des professionnels et la confidentialité des données médicales.



Télésanté : pour l'accès de tous à des soins à distance

Annexe n°4: Critères COREG

<i>N°</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions</i>	<i>Page</i>
Domaine 1: équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel?	28
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur?	28
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude?	28
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme?	28
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur?	28
Relation avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude?	32
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur?	Que savaient les participants au sujet du chercheur?	30
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	30
Domaine 2: Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	33
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants?	31
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants?	31
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude?	34
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné? Raisons?	34
Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies?	32

<i>N°</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions</i>	<i>Page</i>
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs?	32
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon?	35
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable?	29, 30
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés? Si oui, combien de fois?	29
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données?	32
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel?	32
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels?	35
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	32
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	non
Domaine 3: Analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	33
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	33
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	33
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	non
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	oui

<i>N°</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions</i>	<i>Page</i>
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	oui

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction: En France en 2020, 30.3% des adultes étaient en surpoids, et 17% présentaient une obésité. L'obésité entraîne des conséquences sur la santé avec un sur-risque de mortalité et morbidité, ainsi que des conséquences psychosociales et financières. Sa prise en charge est complexe, et doit prendre en compte le patient dans sa globalité. Elle nécessite une introspection et un changement des habitudes, ainsi qu'une relation médecin-patient de confiance. Or, la téléconsultation, qui était encore très peu répandue, connaît une utilisation accrue depuis le début de la pandémie de covid19. On peut se demander quel est le ressenti des patients en téléconsultation de nutrition? L'objectif principal de l'étude est de décrire et comprendre le ressenti des patients face à ce nouvel outil numérique.

Méthode: Etude qualitative par entretien vidéo semi-dirigé auprès de patients recrutés par le biais de leur médecin nutritionniste ou généraliste à Montpellier et ses environs. Les patients avaient eu un suivi par consultations classiques et au moins une téléconsultation. Analyse phénoménologique jusqu'à saturation des données.

Résultats: 14 patients ont été interrogés. Les avis étaient partagés, mais beaucoup apprécient cet outil pour son aspect pratique et considèrent qu'il est adapté pour le suivi en nutrition. Dans certains cas, il peut en plus apporter un sentiment de sécurité et d'écoute au patient. Cependant la plupart préfèrent le présentiel pour sa dimension plus humaine. Des limites ont été mises en avant concernant ses problèmes de fonctionnement interne (bug, différentes plateformes, appétence au numérique), sa configuration (absence d'examen clinique, champ visuel réduit, distance dans la relation) et son déroulement (perturbation par l'environnement, désengagement). Les perspectives d'utilisation sont variées selon les patients, et vont du suivi régulier en téléconsultation, au simple dépannage. Mais tous souhaitent que la première consultation soit en présentielle et qu'il y ait la possibilité de revenir au présentiel si besoin.

Conclusion: L'utilisation de la téléconsultation tend à se généraliser. Le ressenti est globalement positif malgré quelques limites et une préférence pour le présentiel. C'est donc un outil intéressant pour le suivi de nutrition qui peut être utilisé selon les envies et besoins du patient.

Mots clés: Téléconsultation - Télémédecine - Ressenti des Patients - Nutrition - Obésité