

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Léa LEFEUVRE

Né(e) le 14/10/1993 à RENNES (35)

TITRE

**Télémédecine et Education thérapeutique du patient en Rhumatologie :
quel intérêt et quel avenir ?**

*Enquête d'opinion auprès de patients suivis pour Rhumatisme inflammatoire sur
l'intérêt de téléconsultations d'ETP en pharmacie d'officine*

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2021 devant un jury composé
de :

Président du Jury : Professeur Philippe GOUPILLE, Rhumatologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Denis MULLEMAN, Rhumatologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Benoit LE GOFF, Rhumatologie, Faculté de Médecine – Nantes

Docteur Claire THOMANN, Pharmacie Logipôle Trousseau, Pharmacien Assistant, CHRU - Tours

Docteur Isabelle GRIFFOUL, Rhumatologie, PH, CHRU – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l' cole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA
LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L.
GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y.
LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LER Y – M. MARCHAND – C.
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J.
SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEU Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIÈRE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine..... Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien.....	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure 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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Messieurs et Mesdames les membres du jury,

A Monsieur le Professeur Philippe Goupille, de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Merci pour vos relectures et précieux conseils. Merci d'avoir accepté mon changement de spécialité, sans lequel tout ça n'aurait pas vu le jour. Soyez assuré de mon profond respect et de mes vifs remerciements.

A Monsieur le Professeur Denis Mulleman, d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse. Je vous remercie de juger ce travail et d'y avoir porté intérêt.

A Monsieur le Professeur Benoit Le Goff, d'avoir accepté de prendre part à ce jury et de collaborer sur ce travail. Je vous suis reconnaissante pour tous les enseignements dont j'ai pu bénéficier au cours de mon stage dans votre service.

A Madame le Docteur Claire Thomann, d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour ta collaboration dans ce travail. Merci pour ta bonne humeur et ta bienveillance.

A Madame le Docteur Isabelle Griffoul, d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de sa réalisation. Merci pour tes nombreuses relectures et conseils. Merci pour ton accueil en rhumatologie, ton encadrement et ta bienveillance au cours de mes stages. Je suis fière d'avoir pu travailler à tes côtés.

A Monsieur Jean-Philippe Fouquet, pour vos précieux conseils sur les modalités de réalisation des entretiens. Merci d'avoir contribué à la réalisation de ce projet.

A Madame Camille Vinadelle, de m'avoir secondé dans ce travail pour la réalisation des entretiens téléphoniques. Merci de m'avoir aidé à mener à bien ce projet.

Aux infirmières d'éducation thérapeutique de Tours et de Nantes, Vanessa, Valérie, Fabienne, Emilie, Anne et Marie-Pierre, merci de m'avoir fourni les bases pour ce travail, merci pour votre accompagnement.

A Claire et Mélodie, merci de m'avoir aidé dans la partie « urbanisme » de ce travail, vous m'avez ôté une épine du pied.

Au service de Rhumatologie de Tours,

A Mesdames les Docteurs Delphine Chu Miow Lin, Saloua Mammou, Elsa Cattelain-Lopez, Lucie Atlan, Faustine Krajewski, Marine Samain, Chloé Plurien, Jessica René, merci pour votre chaleureux accueil dans ma nouvelle spécialité, merci pour votre accompagnement et vos enseignements au cours de mes stages dans le service. Merci pour votre bienveillance et votre bonne humeur quotidienne.

Merci à toute **l'équipe paramédicale** pour son accueil et sa gentillesse.

A Micheline et Florence, merci d'être des secrétaires en or.

Au service de Rhumatologie de Nantes,

A Monsieur le Professeur Yves Maugars, Messieurs les Docteurs Jean-Marie Berthelot et Benoit Metayer, Mesdames les Docteurs Joëlle Glemarec, Pascale Guillot, Laetitia Tortellier, Marianne Pot-Vaucel, Christelle Boudet, merci pour vos enseignements pendant mon stage.

A Paul et Pauline, mille mercis pour vos enseignements et votre accompagnement tout au long de ce semestre. Merci Pauline pour ta bonne humeur, Paul pour tes râleries, merci pour votre bienveillance à toute épreuve. J'ai énormément appris à vos côtés.

Au service de Néphrologie de Tours,

A Messieurs les Professeurs Matthias Buchler et Jean-Michel Halimi, à Messieurs et Mesdames les Docteurs Hélène Longuet, Christelle Barbet, Philippe Gatault, Nolwenn Rabot, Bénédicte Sautenet, Gabriela Golea, Elodie Bailly, Eloi Chevallier, Thibault Moltes, Annabelle Goumard, Claire Geneste, merci pour tous vos précieux enseignements et conseils au cours de mon bref internat en néphrologie. Merci pour votre bienveillance tant professionnelle que personnelle, je suis heureuse d'avoir croisé votre route.

A tous mes co-internes,

A la team néphro : Claire, Nicolas, Charlotte, Léa, Florent, Jean Baptiste, Matthieu, Alexandre. Merci d'avoir été les meilleurs co-internes, merci pour votre bonne humeur infaillible, pour votre soutien. Merci aussi pour les SNO arrosées et autres soirées passées ensemble.

Juliette et Margaux, merci de m'avoir soutenue pendant mon 1^{er} semestre, merci pour tout ce que vous m'avez appris et apporté. Merci pour votre amitié qui dure depuis.

Aux Nantais : Julien, Marion, Emeline, Matthieu et Isaure, merci pour ce semestre passé à vos côtés, merci pour cette belle rencontre, être votre co-interne a été un plaisir. J'espère que nos chemins se recroiseront.

A mes co-internes de rhumatologie tourangeaux : Thomas, Caroline, Anne Sophie, Marc Antoine, Marie, Thibault, Sara, Heidi, Johan, Amaury, Romane, Annette, Naomi, merci pour ces bons moments passés ensemble en stage.

A mes amis Tourangeaux,

Diane, merci d'être une amie au quotidien sur qui je peux compter, merci de m'avoir supportée et soutenue dans les bons et les mauvais moments. Merci pour les soirées, les surnoms, les fous rires et j'en passe. **Florence,** je crois que si nos chemins ne s'étaient pas croisés dans un bar à la fin de notre 1^{er} semestre nous n'en serions pas là. Merci pour ton soutien, ton amitié, merci d'être toujours aussi motivée que moi pour danser, merci d'être mon coach sportif de temps en temps. **Marine, Manon, Auriane, Axelle, Pierre, Clémentine, Timothée, Adriana** merci pour ce semestre Orléanais où notre vocabulaire s'est résumé à apéro et soirées. Merci pour votre amitié et tous les bons moments passés ensemble depuis. **Maya,** merci pour ta joie de vivre, pour ta douceur et ta bienveillance. Je suis très heureuse d'avoir fait ta connaissance.

Margaux, merci pour ton amitié qui dure depuis ce semestre en transplantation.

Matthieu et Juliette, un merci ne suffira pour vous dire à quel point vous comptez à mes yeux. J'ai beaucoup d'admiration pour les belles personnes que vous êtes.

A mes amis,

Justine et Julie, merci d'être des amies formidables, toujours présentes malgré la distance, merci pour les vacances, soirées et autres aventures. J'espère que notre amitié durera encore longtemps.

Simon, Yohan, David, Servan, Antoine, Benjamin, Geoffrey, Corentin, Pierre-Emmanuel, Julien, Laure, Mathilde, Camille, Coraline, Julie, Charmène, Louise, Marie, Noémie, Ségolène, merci d'être mes amis depuis la P2, merci pour tous les bons moments studieux ou festifs passés ensemble. Merci pour les vacances après lesquelles vous me manquez toujours un peu plus qu'avant.

A ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir permis d'en arriver là aujourd'hui. Merci pour votre amour et votre soutien indéfectible. Les mots ne sont pas suffisants pour vous dire à quel point je vous aime.

A ma sœur, merci de me supporter depuis toutes ces années, merci de m'avoir nourrie et soutenue pendant ma P1, sans toi je n'en serais pas là aujourd'hui. Je suis fière d'être ta petite sœur.

A mes grands-parents, merci pour votre amour et votre soutien. Je souhaite de vous garder le plus longtemps possible à mes côtés. A mon papi, j'aurais aimé que tu sois là aujourd'hui et que tu sois fier de ta Marie-Rose.

A Eric et Marie, merci pour votre soutien, votre présence et votre bienveillance depuis toujours et encore plus depuis mon arrivée à Tours.

A tout le reste de la famille, merci d'être là tout simplement.

Télémédecine et Education Thérapeutique du Patient en Rhumatologie : quel intérêt et quel avenir ?

Enquête d'opinion auprès de patients suivis en ETP pour Rhumatisme inflammatoire sur l'intérêt de téléconsultations d'ETP en pharmacie d'officine

Introduction :

L'éducation Thérapeutique du Patient (ETP) fait aujourd'hui partie intégrante de la prise en charge en rhumatologie, elle est essentiellement réalisée au cours de consultations individuelles en centre hospitalier. Le contexte actuel d'épidémie de COVID-19 a mis un frein à la réalisation de ces séances et a contribué à l'essor de la télémédecine. L'objectif de ce travail était d'étudier le profil des patients ayant déjà réalisé des séances d'ETP, leur perception vis-à-vis de ces séances et leur avis concernant la mise en place d'une ETP en visioconférence en pharmacie d'officine.

Méthodes :

Une cohorte rétrospective, descriptive, bi-centrique (CHRU de Tours et de Nantes), a été constituée, incluant les patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique, vus au moins une fois en séance d'ETP présenteielle entre le 01/03/19 et le 01/03/20 pour instauration d'un traitement par biomédicament. Les données démographiques et de suivi ont été extraites du dossier médical informatisé puis la satisfaction et l'opinion des patients sur leurs séances d'ETP a été recueillie au cours d'un entretien téléphonique individuel avec structure semi-dirigée. Nous avons calculé le pourcentage d'opinion favorable pour la réalisation d'une séance d'ETP en téléconsultation en pharmacie d'officine et étudié les paramètres démographiques influençant cette opinion.

Résultats :

Nous avons interrogés 186 patients (âge médian 46 ans [36-58], 67% de femmes), principalement suivis à l'hôpital (n = 103 ; 55%) ou ayant un suivi mixte (hospitalier et libéral, n = 22 ; 12%). La majorité des patients était très satisfaite des séances d'ETP réalisées, qu'elles soient individuelles (n = 143 ; 77%), de suivi (n = 73 ; 94%) ou collectives (n = 19 ; 76%). Chez les patients ayant mentionné des limites à la réalisation de ces séances (n = 72 ; 39%), l'éloignement géographique (n = 54 ; 75%) et les problématiques d'horaires (n = 9 ; 12%) semblaient être les principales contraintes. Concernant la réalisation de la 1^{ère} séance d'ETP, 40 patients (22%) auraient préféré réaliser celle-ci en téléconsultation en pharmacie et 64 patients (34%) au domicile. Les patients suivis en milieu hospitalier ou mixte semblaient avoir une préférence pour la réalisation en présentiel (p = 0.025). Nous n'avons pas retrouvé de corrélation avec les autres données démographiques (âge, sexe, milieu de vie, niveau de formation, catégorie socio-professionnelle, impact de la maladie sur la vie sociale ou professionnelle, accès à internet). Concernant l'ETP collective, 81 patients (44%) auraient préféré réaliser cette séance en téléconsultation plutôt qu'en présentiel.

Conclusion :

Notre étude confirme l'intérêt des patients pour la réalisation de séances d'ETP en téléconsultation. Il nous paraît intéressant de réaliser ces séances en pharmacie d'officine afin de répondre aux problématiques de déplacements et d'horaires. Cela permettrait aussi d'impliquer les acteurs de santé de terrain, de renforcer le lien ville-hôpital, de limiter les coûts de santé, et de réduire certaines inégalités de santé avec notamment une amélioration de l'accès aux soins dans les déserts médicaux.

Mots clés : éducation thérapeutique du patient (ETP), télémédecine, pharmacie, officine, accès aux soins

Telemedicine and Patient Education in Rheumatology: what interest and what future?

Opinion survey with patients followed for Inflammatory Rheumatic Disease on the interest to Patient Education (PE) teleconsultations in pharmacy

Introduction:

PE is today an integral part of care in rheumatology. It is mainly carried out during individual interview in hospital. The current context of the COVID-19 outbreak has put a curb on the delivery of these sessions and has contributed to the rise of telemedicine. The aim of this work was to study the profile of patients who have already completed PE sessions, their perception of these sessions and their opinion regarding the establishment of a PE via videoconferencing in pharmacy, close to their home.

Method:

We created a retrospective, descriptive, bi-centric cohort including patients followed for inflammatory rheumatic disease, seen at least once in a face-to-face PE session between March 2019 and March 2020 in context of bDMARD introduction. Demographic and follow-up data were extracted from the computerized medical file. Then we asked patients about their satisfaction and feedback on PE sessions (by phone interview). We calculated the rate of favorable opinions for conducting a PE teleconsultation in pharmacy and studied the demographic items influencing this opinion.

Results:

We interviewed 186 patients (median age 46 years [36-58], 67% women), mainly followed at hospital (n = 103; 55%) or with mixed (private practice and hospital) follow-up (n = 22; 12%). Most of patients were very satisfied with the PE sessions performed, whether face-to-face interview (n = 143; 77%), follow-up interview (n = 73; 94%) or collective session (n = 19; 76%). For patients who mentioned restrictions to fulfill these sessions (n = 72; 39%), geographical isolation (n = 54; 75%) and scheduling issues (n = 9; 12%) seemed to be the main problems. Concerning the first PE session, 40 patients (22%) would have preferred to carry out this one via videoconferencing in pharmacy and 64 patients (34%) via videoconferencing at home. Patients followed at hospital or mixed (private practice and hospital) preferred face-to-face session compared to those with private follow-up only (p = 0.025). We did not find any correlation with other demographic data (age, sex, living environment, level of education, socio-professional category, impact of the disease on social or professional life and access to the Internet). Regarding collective PE, 81 patients (44%) would have preferred a teleconsultation session rather than physical session at hospital.

Conclusion:

Our study confirms that the patients are interested in PE teleconsultation sessions. It seems interesting to us to carry out these sessions in pharmacy to answer the problems of geographical isolation and schedules. This would also allow involving health actors, strengthening link between private practice and hospital, reducing health costs, and reducing health inequalities, including access to medical care in some area.

Key words: patient education, telemedicine, pharmacy, access to care

Table des matières

Introduction	- 13 -13-
Téléconsultation : Réglementation, organisation et prise en charge par l'assurance maladie .	- 16 -16-
-	
I. Cadre réglementaire.....	- 16 -16-
II. Définitions, modalités d'accès et de réalisation des téléconsultations	- 16 -16-
III. Sécurité des données	- 17 -17-
IV. Prescriptions.....	- 17 -17-
V. Comptes-rendus	- 17 -17-
VI. Facturation, remboursement et règlement	- 18 -18-
VII. Aide à l'équipement	- 18 -18-
Objectif de l'étude	- 19 -19-
Matériel et Méthode.....	- 20 -20-
I. Design	- 20 -20-
II. Population	- 20 -20-
III. Données recueillies	- 20 -20-
IV. Critère de jugement	- 21 -21-
V. Analyses statistiques	- 22 -22-
VI. Réglementation	- 22 -22-
Résultats	- 23 -23-
I. Données démographiques	- 23 -23-
II. ETP	- 27 -27-
1. Opinion des patients concernant l'ETP en téléconsultation	- 27 -27-
2. Corrélation entre le choix des patients pour l'ETP en téléconsultation et certaines données démographiques.....	- 29 -29-
3. Avis concernant les séances d'ETP réalisées	- 30 -30-
4. Principaux freins à l'ETP	- 33 -33-
Discussion	- 34 -34-
Conclusion	- 39 -39-
Annexes	- 40 -40-
Annexe 1 : Questionnaire.....	- 41 -41-
Annexe 2 : Liste des catégories socio-professionnelles	- 44 -44-
Bibliographie.....	- 45 -45-

Introduction

La littératie en santé correspond à la capacité à accéder à l'information, la comprendre, l'évaluer, la communiquer afin de maintenir et prendre des décisions concernant sa santé. Ce concept multidimensionnel est apparu dans les années 1970 **(1)**. La littératie en santé est intimement liée au concept d'autonomisation et responsabilisation ou empowerment en anglais **(2)**. Ces dernières années, l'intérêt pour ces concepts a explosé.

Il s'agit d'un facteur important d'inégalité de santé. Le niveau de littératie dépend du statut social, économique et de santé **(3)**. Il est relativement faible dans le monde, y compris en France **(3-5)**. Dans le cadre de maladies chroniques, il a été prouvé qu'un faible niveau de littératie est associé à un manque de connaissances concernant la maladie et les traitements, une moins bonne communication avec les équipes de soin, une moins bonne observance et autogestion, une moindre participation aux mesures de prévention, un taux d'hospitalisation et une mortalité plus élevés ainsi qu'une qualité de vie moindre. L'amélioration du niveau de littératie est donc un enjeu majeur de santé publique.

Un des outils pour améliorer le niveau de littératie en santé est l'éducation de manière globale et l'éducation thérapeutique (ETP) de manière plus spécifique. L'ETP trouve son origine dans le développement des maladies chroniques, en particulier du diabète. Cette démarche éducative émerge dans les années 70. En 1996, l'OMS définit l'ETP comme un processus continu qui : « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ...* ». **(6)**. L'ETP s'inscrit dans un cadre réglementaire et législatif depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2009 **(7)**.

Elle est multidisciplinaire. Le pharmacien a toute sa place dans une équipe éducative et peut apporter ses connaissances sur la gestion du traitement, sa conservation, son transport, le déconditionnement et fractionnement. Il joue également un rôle dans la sécurisation de la prise du traitement en établissant un plan de prise intégrant les contraintes et habitudes du patient ; il lui est également possible d'accompagner le patient dans l'administration de son traitement (biothérapie sous-cutanée, inhalation de corticoïdes etc), soit en montrant les gestes à effectuer, soit en diffusant des vidéos éducatives **(8)**. Il est un médiateur pour le patient entre sa vie quotidienne et le système de soins, en aidant par exemple le patient à

adapter les prises médicamenteuses en situation inhabituelle (voyage, décalage horaire, oubli etc) **(9,10)**. L'implication du pharmacien dans une démarche éducative associée à une optimisation médicamenteuse a fait ses preuves en terme d'adhésion au traitement et de résultats cliniques chez des patients diabétiques ou atteint de BPCO **(11–13)**.

L'ETP est aujourd'hui essentiellement réalisée au cours de consultations individuelles par un professionnel (infirmier, médecin, kinésithérapeute...) formé en ETP. Il existe également des séances d'ETP collectives. Ces consultations sont réalisées dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et non universitaires (CH), ce qui semble parfois rendre l'accès à ces consultations difficile pour des patients en activité professionnelle ou habitant dans des zones rurales et éloignées des centres de compétences. Par ailleurs, l'épidémie de COVID-19 a mis un frein à l'organisation et à la réalisation de séances d'ETP.

Dans ce contexte, la télémédecine connaît un grand essor et un intérêt important est d'améliorer l'accès aux services de santé de manière générale. La télémédecine correspond à la dispensation à distance de soins de santé via des outils de télécommunication tels que le téléphone ou internet. Depuis déjà plusieurs années, de nombreuses études ont exploré l'usage de la télémédecine dans le domaine de l'éducation chez des patients atteints de maladies chroniques **(14)**. Il existe aujourd'hui de nombreux outils numériques éducatifs (applications mobiles, sites internet...) que les patients peuvent utiliser en autonomie, sous plusieurs conditions : avoir le support informatique nécessaire (accès internet, téléphone, tablette, ordinateur) et savoir l'utiliser, savoir utiliser et interpréter les informations de santé en fonction de leur propre situation/expérience/vécu ce qui rejoint la notion de littératie en santé.

Certaines études soulignent l'intérêt tout particulier de la télémédecine concernant l'éducation de populations plus âgées, rurales ou plus éloignées des centres de compétences **(14–19)**. Cela permet à ces populations d'avoir l'opportunité d'accéder à un programme d'ETP. La télémédecine a donc été recommandée comme un mode de délivrance de l'ETP dans le cadre des rhumatismes inflammatoires chroniques **(20,21)**.

Toutefois, peu d'études se sont attachées à recueillir l'intérêt porté par les patients eux-mêmes pour ce mode d'éducation dématérialisé ou encore leurs avis et perceptions après réalisation de ce type de séance d'ETP. De plus, à l'heure où le numérique semble

omniprésent, peut être existe-t-il des personnes n'ayant pas accès à internet, de support numérique (smartphone, tablette, ordinateur) ou ne sachant pas les utiliser ?

Par ailleurs, l'épidémie de COVID-19 survenue en mars 2020 a soudainement impacté le mode d'exercice médical et nécessité la mise en place rapide de téléconsultations (téléphonique ou en visioconférence). L'ETP n'a toutefois pas été une priorité en ce début de crise sanitaire. L'épidémie étant malheureusement toujours un sujet d'actualité, il semble nécessaire de trouver également des solutions alternatives à l'ETP « présenteielle » en CH ou CHU.

Téléconsultation : Réglementation, organisation et prise en charge par l'assurance maladie

I. Cadre réglementaire

La 1^{ère} réglementation concernant la téléconsultation est apparue en août 2016 : en effet, la convention médicale signée à cette époque mentionne la création de 2 actes de suivi des patients en EHPAD, l'un de télé-expertise et l'autre de téléconsultation.

Cette réglementation s'étend en juin 2018 par la signature d'un accord conventionnel entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux (Avenant n°6 à la convention nationale du 25 août 2016). Cet avenant permet le remboursement des actes de téléconsultation dès septembre 2018, et de télé-expertise dès février 2019.

II. Définitions, modalités d'accès et de réalisation des téléconsultations

La téléconsultation est définie comme une consultation réalisée à distance par un médecin, pour un patient assisté ou non d'un autre professionnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien...).

Tout médecin libéral conventionné ou salarié peut effectuer une téléconsultation, quel que soit son secteur d'exercice ou sa spécialité. Le médecin réalisant la téléconsultation doit connaître le patient, c'est-à-dire l'avoir vu en consultation dans les 12 mois précédant la téléconsultation sauf situation d'urgence. Ceci implique donc une alternance des téléconsultations et consultations en présentiel.

La téléconsultation s'adresse à tout patient, quel que soit son lieu de résidence, sur proposition du médecin téléconsultant. Le patient donne son consentement après avoir reçu une information préalable sur les modalités de réalisation de l'acte. Le respect du parcours de soin s'applique également aux téléconsultations (sauf patient de moins de 16 ans, accès aux spécialistes en accès direct (comme gynécologie ou ophtalmologie, par exemple) et situations d'urgence).

Toutes les situations médicales peuvent donner lieu à une téléconsultation mais seul le médecin juge de la pertinence de cette prise en charge distancielle. Certaines consultations sont toutefois exclues du champ de la téléconsultation (consultations complexes ou très complexes nécessitant un examen physique, avis ponctuel de consultant).

Les téléconsultations sont réalisables sur l'ensemble du territoire français. Elles peuvent s'effectuer depuis le domicile ou depuis un lieu dédié équipé (maison de santé, pharmacie...). Le médecin téléconsultant informe le patient des modalités de réalisation de la téléconsultation (fourniture d'un lien, recours à une cabine de téléconsultation, assistance par un autre professionnel de santé...).

III. Sécurité des données

La téléconsultation doit obligatoirement se faire par échange vidéo avec une connexion sécurisée. Les outils de communication vidéo existants (Skype, FaceTime...) sont suffisamment sécurisés pour l'échange vidéo mais ne remplissent pas des conditions de sécurité suffisantes pour les échanges de documents médicaux. Il incombe aux médecins de vérifier auprès de leur éditeur de logiciels ou de leur fournisseur de solutions de télémédecine que les critères de sécurité sont bien respectés pour l'échange de données personnelles de santé.

IV. Prescriptions

La réalisation d'une prescription peut également se faire à l'issue d'une téléconsultation. Elle est transmise par voie postale ou par voie électronique (messagerie sécurisée).

V. Comptes-rendus

La téléconsultation doit également donner lieu à un compte rendu, archivé dans le dossier patient et transmis au médecin traitant et/ou au médecin prescripteur s'il est différent du médecin traitant.

VI. Facturation, remboursement et règlement

Les téléconsultations sont facturées par le médecin au même tarif qu'une consultation en présentiel, allant de 23€ à 58,50€ selon la spécialité et le secteur d'exercice.

Les modalités de remboursement sont les mêmes que pour une consultation standard : prise en charge à 70% par l'assurance maladie ou plus par exemple dans le cadre d'une ALD. Le tiers payant est appliqué selon les mêmes modalités que pour les consultations classiques (ALD, femmes enceintes, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). Il pourra être appliqué, pour les autres patients, sur la part obligatoire et/ou sur la part complémentaire.

De manière dérogatoire, les téléconsultations sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie pour tous les patients depuis le début de l'épidémie de COVID-19 et ce jusqu'à fin 2021.

A noter que la prise en charge à 100% des téléconsultations par téléphone (sans vidéotransmission) a pris fin le 2 juin 2021.

Le règlement de la téléconsultation pourra se faire par virement bancaire, chèque, paiement en ligne ou application du tiers-payant selon le choix du médecin.

VII. Aide à l'équipement

Afin que les médecins libéraux puissent s'équiper plus facilement, une aide financière de 175 à 350€ a été instaurée dépendant du type d'équipement.

Exemples :

- équipement en vidéotransmission, mise à jour des équipements informatiques et abonnement à des plateformes de télémédecine pour assurer des actes de téléconsultation dans des conditions sécurisées
- équipement en appareils médicaux connectés (par exemple : oxymètre connecté, stéthoscope connecté, dermatoscope connecté, otoscope connecté...)

Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail était d'étudier le profil des patients ayant déjà réalisé des séances d'ETP et leur perception vis-à-vis de ces séances, ainsi que leur avis concernant la mise en place d'une ETP en visioconférence dans une officine de ville proche de leur domicile.

Matériel et Méthode

I. Design

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale et rétrospective. Cette étude a été réalisée dans les services de Rhumatologie des CHU de Tours (Dr I. Griffoul) et de Nantes (Pr B. Le Goff), de septembre 2020 à mars 2021.

II. Population

Nous avons inclus tous les patients vus au moins une fois en séance d'ETP présente entre le 01/03/2019 et le 01/03/2020 pour instauration d'un traitement par biomédicament dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire chronique. Les critères de non-inclusion étaient : âge < 18 ans, opposition à la participation à l'étude. Parmi ces patients, nous avons sélectionné dans chaque centre les 100 premiers patients classés par date de consultation d'ETP décroissante afin de limiter le biais de mémorisation.

III. Données recueillies

Le recueil de données a été fait sur dossier médical informatisé et complété par un entretien téléphonique individuel avec structure semi-dirigée (**Annexe 1**). Ces entretiens téléphoniques ont été réalisés par une seule et même personne.

Les données recueillies sur dossier ont été les suivantes : âge, sexe, pathologie, type de biothérapie sous-cutanée initiée, date de consultation, coordonnées téléphoniques et postales.

L'entretien téléphonique a été structuré ainsi :

- Présentation orale de l'étude aux patients
- Recueil de non-opposition
- et des données suivantes (**Annexe 1**) : suivi rhumatologique hospitalier/libéral ou mixte, pharmacie habituelle, situation professionnelle, profession exercée le plus

longtemps, niveau de formation atteint, pratique d'une activité physique, impact de la maladie sur la vie socio professionnelle, accès à internet et sources d'informations utilisées

- Recueil de la satisfaction vis-à-vis de la 1^{ère} consultation d'ETP, de l'information sur la maladie et le traitement, participation à une séance d'ETP collective et satisfaction vis-à-vis de cette séance le cas échéant.
- Recueil de l'opinion des patients sur la mise en place d'une 1^{ère} téléconsultation d'ETP en pharmacie d'officine ou au domicile, d'une téléconsultation de suivi et d'une téléconsultation collective.

Concernant le milieu de vie, nous avons utilisé les catégories INSEE (Type d'espaces ruraux et aires d'attraction des villes 2017) **(22)** afin de définir les espaces :

- Ruraux (rural hors influence d'un grand pôle peu ou très peu dense)
- Semi-ruraux (rural sous faible ou sous forte influence d'un grand pôle)
- Urbains

Concernant les professions, nous avons demandé aux patients de déclarer la profession exercée le plus longtemps. Celles-ci ont ensuite été classées parmi les catégories socio-professionnelles selon la liste de niveau 1 Profession et catégories socioprofessionnelles (PCS) 2003 de l'INSEE **(Annexe 2)**.

Aucune modification concernant le traitement, le suivi ou la surveillance des patients recrutés n'a eu lieu. L'étude impliquait pour le patient en plus de son suivi habituel, la réalisation d'un entretien téléphonique d'une vingtaine de minutes.

L'accès aux données du protocole a été limité aux seuls investigateurs de l'étude. Les données recueillies sur dossier informatisé sont accessibles au patient sur simple demande.

IV. Critère de jugement

Le critère de jugement principal a été défini par le pourcentage d'opinion favorable pour la réalisation d'une séance d'ETP en téléconsultation, en pharmacie d'officine, au lieu d'une séance présentielle.

Les critères de jugement secondaires étaient : la satisfaction des patients concernant l'ETP réalisée, les caractéristiques démographiques détaillées (âge, mode de suivi, milieu de vie, niveau de formation, catégories socio-professionnelles, accès internet) qui influent sur l'opinion du patient concernant une séance d'ETP en visio-conférence.

V. Analyses statistiques

Les données ont été analysées en utilisant le logiciel XLSTAT. Les données quantitatives ont été présentées en médiane et interquartile. Les données qualitatives ont été exprimées en pourcentage. Les données qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test du Khi². Le seuil de significativité statistique p a été fixé à 0.05.

VI. Réglementation

Une demande de mise en conformité a été réalisée auprès de la CNIL (N° 2020_137). Tous les participants ont été informés du sujet de l'étude ainsi que des modalités de recueil des données. Tous les patients ont été informés de leur libre participation à l'étude, de l'exploitation et de la conservation des données personnelles et enfin de la possibilité de retrait de l'étude à tout moment.

Résultats

Au total, 223 patients ont été sélectionnés pour participer à l'étude dont 37 ont été exclus en raison d'une opposition, d'une absence de réponse ou d'autres motifs (**figure 1**). Nous avons retenu finalement 186 patients. La répartition par centre et les motifs d'exclusion sont illustrés dans la **figure 1**.

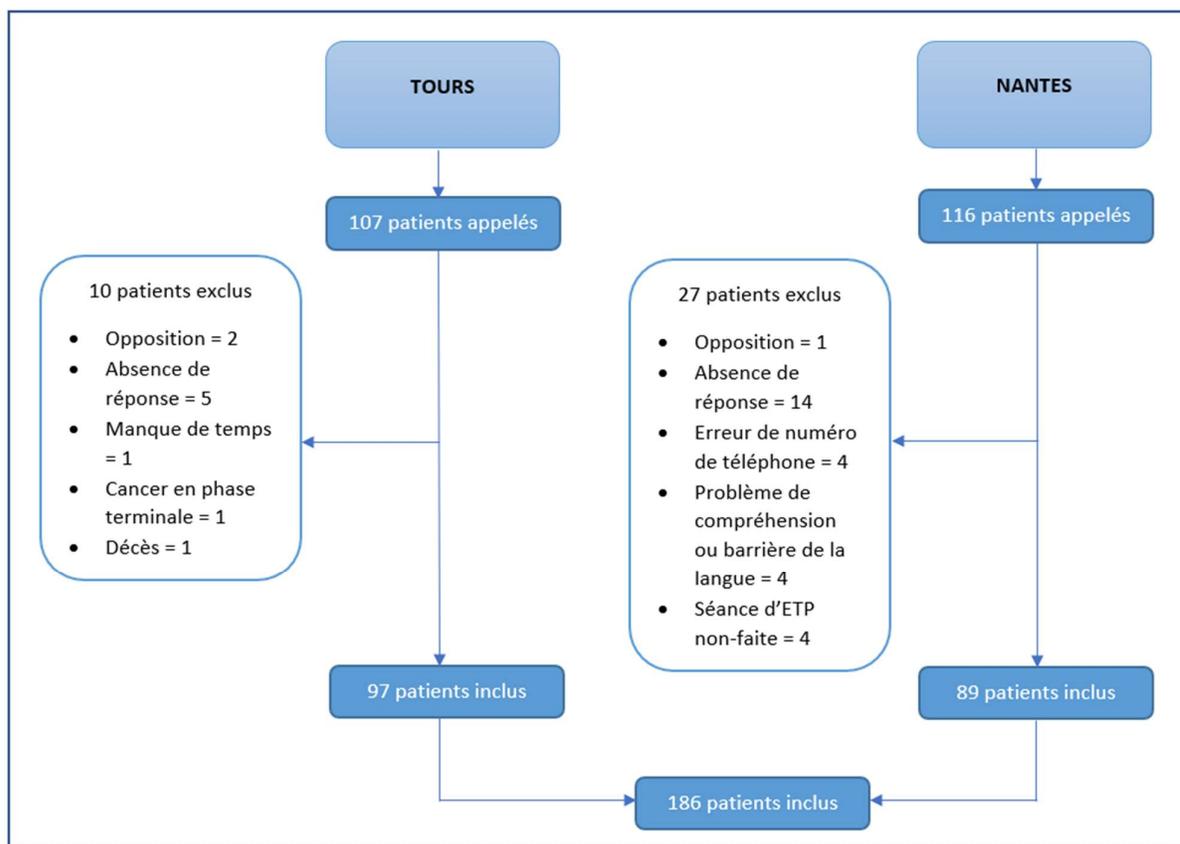


Figure 1 - Flow Chart représentant la sélection des patients dans les deux centres avec les motifs d'exclusion.

I. Données démographiques

Nous avons donc inclus dans notre étude 186 patients vus au moins une fois en ETP présente pour instauration d'un traitement par biomédicament dans le cas d'un rhumatisme inflammatoire chronique. Les caractéristiques de notre population sont décrites dans le **tableau 1** et la **figure 2**.

Parmi nos patients, 67% (n = 126) étaient des femmes avec un âge médian de 46 ans. Cent trois (55,5%) étaient âgés de 20 à 49 ans et 67 (36%) de 50 à 70 ans.

Les pathologies rhumatologiques les plus fréquentes étaient le groupe des spondyloarthrites axiales (n = 90 ; 48%), la polyarthrite rhumatoïde (n = 64 ; 35%) et le rhumatisme psoriasique (n = 22 ; 12%). D'autres pathologies étaient retrouvées (n = 10 ; 5%) comme le Syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS), l'artérite giganto-cellulaire ou la pseudo polyarthrite rhizomélisque (PPR), le lupus, le SAPHO ou encore des rhumatismes inflammatoires inclassés.

La majorité des patients était sous anti-TNF (n = 148 ; 79,5%). Les anti-IL6 (n = 13 ; 7%), anti-IL17 (n = 11 ; 6%), anti-CTLA4 (n = 7 ; 4%) et anti-JAK kinases (n = 4 ; 2%) étaient moins fréquemment utilisés. Les traitements les moins fréquents étaient l'ustekinumab (n = 1 ; 0,5%), l'apremilast (n = 1 ; 0,5%) et le rituximab (n = 1 ; 0,5%).

La moitié des patients était suivie en milieu hospitalier (n = 103 ; 55%) et un tiers en libéral (n = 61 ; 33%). Les autres patients avaient un suivi mixte (n = 22 ; 12%).

Concernant le milieu de vie, 110 patients (59%) habitaient en milieu urbain, 46 (25%) en milieu semi rural et 30 (16%) en milieu rural.

Concernant le niveau d'études, 26 patients (14%) se sont arrêtés au primaire ou collège, 84 patients (45%) ont arrêté leurs études au lycée. Cinquante-neuf patients (32%) ont poursuivi jusqu'à bac + 1 à 4 ans et 17 (9%) sont allés jusqu'à bac + 5 ou plus.

La plupart des patients était en activité lors de leur 1ère séance d'ETP (n = 109 ; 59%). Certains étaient retraités (n = 27 ; 14%) ou en arrêt de travail (n = 32 ; 17%). Une faible proportion était en invalidité (n = 18 ; 10%).

Concernant les catégories socio-professionnelles, on comptait parmi nos patients une majorité d'employés (n = 85 ; 46%). Venaient ensuite les professions intermédiaires (n = 43 ; 23%), les ouvriers (n = 19 ; 10%) et cadres/professions intellectuelles supérieures (n = 19 ; 10%), les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (n = 12 ; 7%). Les agriculteurs exploitants représentaient une faible proportion (n = 4 ; 2%).

Concernant l'impact de la maladie sur leur vie sociale ou professionnelle au moment de la 1ère séance d'ETP, 46 patients (25%) ont déclaré un impact très fort, 77 patients (41%) un impact fort, 43 (23%) un impact modéré et seulement 20 (11%) un impact faible.

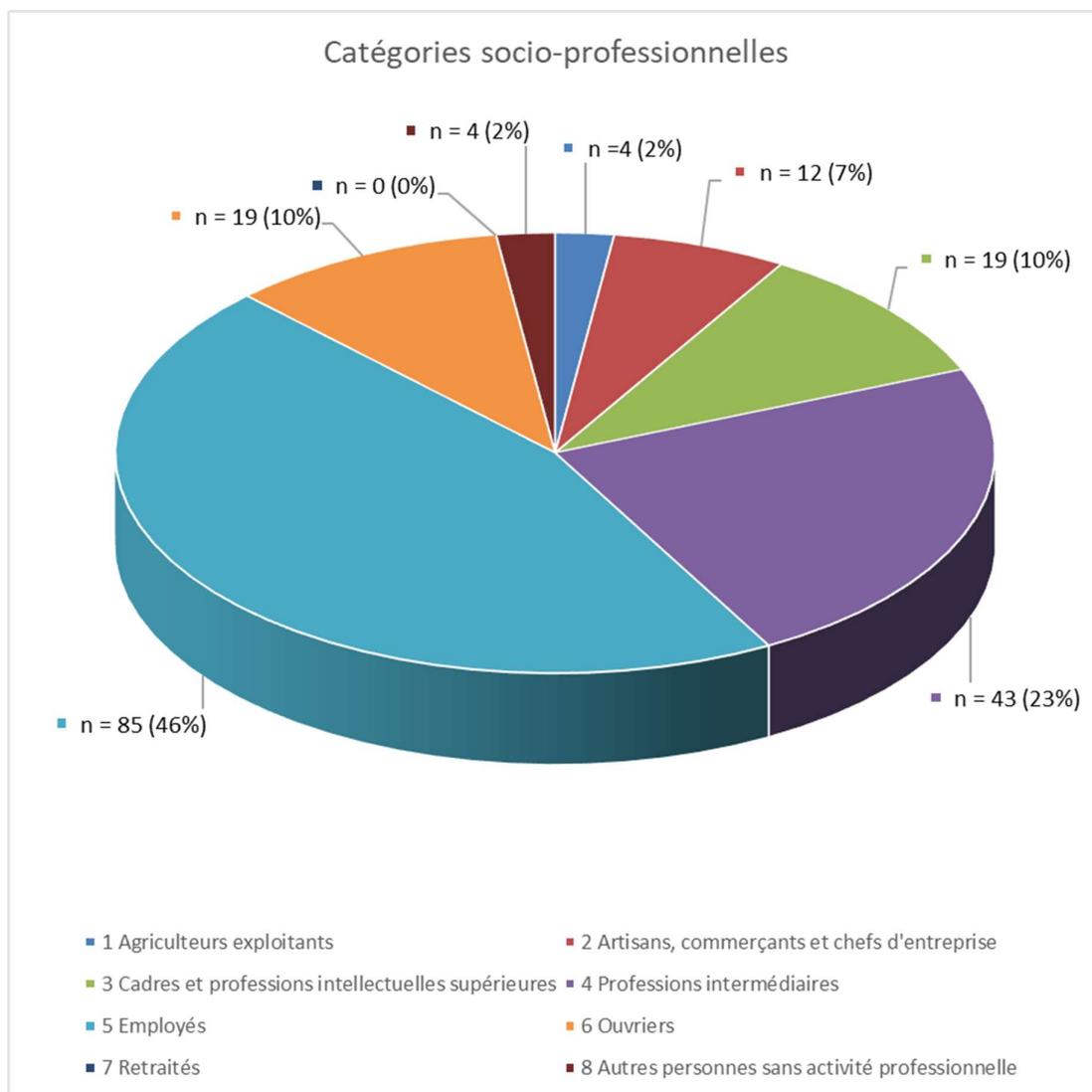
Une activité physique était pratiquée par 109 patients (59%). Parmi ces patients, 12 (11%) faisaient moins de 1h de sport par semaine, 31 (28,5%) entre 1 et 2h et 66 (60,5%) plus de 2h.

Concernant l'accès à l'information, 175 (94%) patients déclaraient avoir accès à internet. Les principales sources d'informations médicales utilisées par les patients étaient : internet (n = 126 ; 68%), les livres ou brochures (n = 78 ; 42%) et le personnel soignant (n = 77 ; 41%). L'entourage et les associations de patients étaient utilisés comme source d'information par 12% (n = 21) et 11% (n = 20) des patients respectivement.

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques de l'ensemble des patients interrogés après une première séance d'ETP entre 01/03/2019 et 01/03/2020.

Caractéristiques démographiques		Ensemble des patients n= 186
Sexe, n (%)	Féminin	126 (67%)
Age (années), med [interquartiles]	< 20 ans, n (%)	46 [36-58]
	20 ≤ âge < 50 ans, n (%)	1 (0,5%)
	50 ≤ âge < 70 ans, n (%)	103 (55,5%)
	≥ 70 ans, n (%)	67 (36%)
Antécédents rhumatologiques		
Pathologie, n (%)	SpA	90 (48%)
	PR	64 (35%)
	RPSO	22 (12%)
	Autre (SGS, AGC, PPR, Lupus, Rhumatisme inclassé, SAPHO)	10 (5%)
Traitement, n (%)	Anti – TNF (Adalimumab, Etanercept, Certolizumab, Golimumab)	148 (79,5%)
	Anti – IL6 (Tocilizumab, Sarilumab)	13 (7%)
	Anti – IL17 (Secukinumab, Ixekizumab)	11 (6%)
	Anti – CTLA4 (Abatacept)	7 (4%)
	Anti – JAK kinase (Baricitinib, Upadacitinib, Tofacitinib)	4 (2%)
	Anti – IL12 / – 23 (Ustekinumab)	1 (0,5%)
	Anti – PDE4 (Apremilast)	1 (0,5%)
	Anti – CD20 (Rituximab)	1 (0,5%)
Suivi rhumatologique, n (%)	Libéral	61 (33%)
	Hospitalier	103 (55%)
	Mixte	22 (12%)
Données socio-professionnelles		
Milieu de vie, n (%)	Rural	30 (16%)
	Semi rural	46 (25%)
	Urbain	110 (59%)
Situation professionnelle, n (%)	En activité	109 (59%)
	Retraité	27 (14%)
	Arrêt de travail	32 (17%)
	Invalidité	18 (10%)
Niveau de formation atteint, n (%)	Primaire/collège	26 (14%)
	Lycée	84 (45%)
	Bac + 1 à 4	59 (32%)
	Bac + 5 ou plus	17 (9%)
Impact de la maladie sur la vie sociale ou professionnelle, n (%)	Faible	20 (11%)
	Modéré	43 (23%)
	Fort	77 (41%)
	Très fort	46 (25%)
Activité physique		
Pratique d'une activité physique, n (%)	Oui	109 (59%)
	Dont temps (heures) par semaine, n (%)	
	- < 1 h	12 (11%)
	- 1 ≤ h < 2	31 (28,5%)
- ≥ 2 h	66 (60,5%)	
Accès à l'information médicale		
Accès internet	Oui	175 (94%)
Sources d'information utilisées	Internet	126 (68%)
	Livres/brochures	78 (42%)
	Personnel soignant	77 (41%)
	Entourage	21 (12%)
	Associations de patients	20 (11%)

Abréviations = n : nombre, med : médiane, h : heure, PR : polyarthrite rhumatoïde, SpA : spondyloarthrite axiale, RPSO : rhumatisme psoriasique, SGS : syndrome de Gougerot-Sjögren, AGC : Artérite géante-cellulaire, PPR : pseudo polyarthrite rhizomélique, SAPHO : Synovite Acnée Pustulose Hyperostose Ostéite, CSP : catégories socio-professionnelles



Abréviations = n : nombre

Figure 2 - Catégories socio-professionnelles de l'ensemble des patients interrogés après une première séance d'ETP entre 01/03/2019 et 01/03/2020.

II. ETP

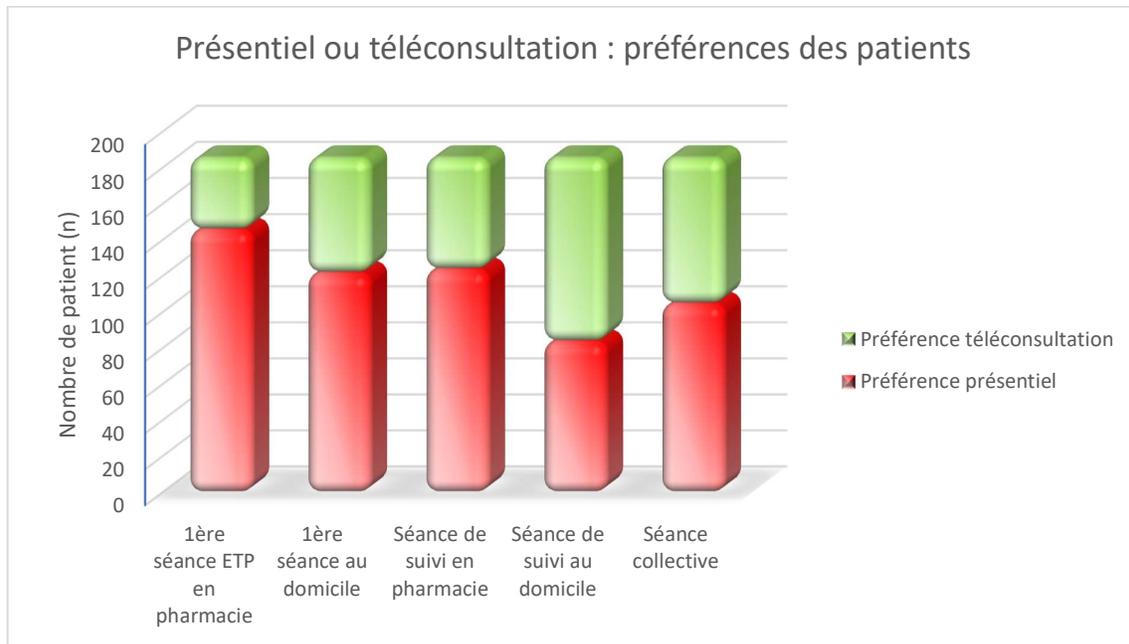
1. Opinion des patients concernant l'ETP en téléconsultation

Les préférences des patients concernant la mise en place de séances d'ETP en visioconférence (première séance, séance de suivi et séance collective), à domicile ou dans leur pharmacie habituelle, en comparaison aux séances d'ETP présentielles actuellement proposées, sont résumées sur la **figure 3**.

Concernant la première séance d'ETP, parmi les 186 patients inclus, 40 patients (22%) auraient préféré réaliser celle-ci en téléconsultation dans leur pharmacie habituelle. Parmi les patients préférant réaliser cette séance d'ETP en présentiel au CHU (n = 146 ; 78%), 19 patients (13%) indiquent qu'ils auraient accepté une téléconsultation en pharmacie s'ils n'avaient pas eu le choix. Soixante-quatre patients (34%) auraient préféré réaliser la 1^{ère} séance d'ETP en téléconsultation à leur domicile. Parmi les patients préférant réaliser cette séance d'ETP en présentiel (n = 122 ; 66%), 17 (14%) indiquent qu'ils auraient accepté une téléconsultation s'ils n'avaient pas eu le choix.

Concernant la séance d'ETP de suivi, 62 patients (33%) auraient préféré la faire en téléconsultation dans leur pharmacie. Parmi les patients préférant réaliser cette séance en présentiel (n = 124 ; 67%), 18 patients (15%) indiquent qu'ils auraient accepté une téléconsultation s'ils n'avaient pas eu le choix. Cent deux patients (55%) auraient préféré réaliser la séance d'ETP de suivi en téléconsultation à domicile. Parmi les patients préférant réaliser cette séance en présentiel (n = 84 ; 45%), 11 patients (13%) indiquent qu'ils auraient accepté une téléconsultation s'ils n'avaient pas eu le choix.

Un peu moins de la moitié des patients (n = 81 ; 44%) auraient préféré réaliser une séance d'ETP collective en téléconsultation plutôt qu'en présentiel. Parmi les patients préférant le présentiel (n = 105 ; 56%), 8 patients (8%) indiquent qu'ils auraient accepté cette option s'ils n'avaient pas eu le choix.



Abréviations = n : nombre, ETP : éducation thérapeutique

Figure 3 - ETP en visioconférence : préférences des patients

2. Corrélation entre le choix des patients pour l’ETP en téléconsultation et certaines données démographiques

Nous avons cherché à déterminer s’il existait une corrélation entre les préférences des patients concernant le mode de réalisation de la 1^{ère} séance d’ETP (présentiel au CHU ou téléconsultation en pharmacie) et certaines caractéristiques démographiques par la réalisation d’un tableau de contingence et un test du χ^2 . Il semble y avoir une corrélation statistiquement significative entre la modalité choisie par les patients pour la réalisation d’une 1^{ère} séance d’ETP (présentiel ou téléconsultation en pharmacie) et leur suivi (libéral, hospitalier ou mixte) avec une préférence des patients suivis en milieu hospitalier ou mixte pour la réalisation de cette séance en présentiel ($p = 0.025$). Ces résultats sont présentés dans la **figure 4**. Les autres paramètres étudiés (sexe, âge, milieu de vie, catégorie socio professionnelle, niveau de formation, impact de la maladie sur la vie sociale ou professionnelle, accès à internet) ne semblent pas être corrélés de manière statistiquement significative au choix des patients concernant la 1^{ère} séance d’ETP.

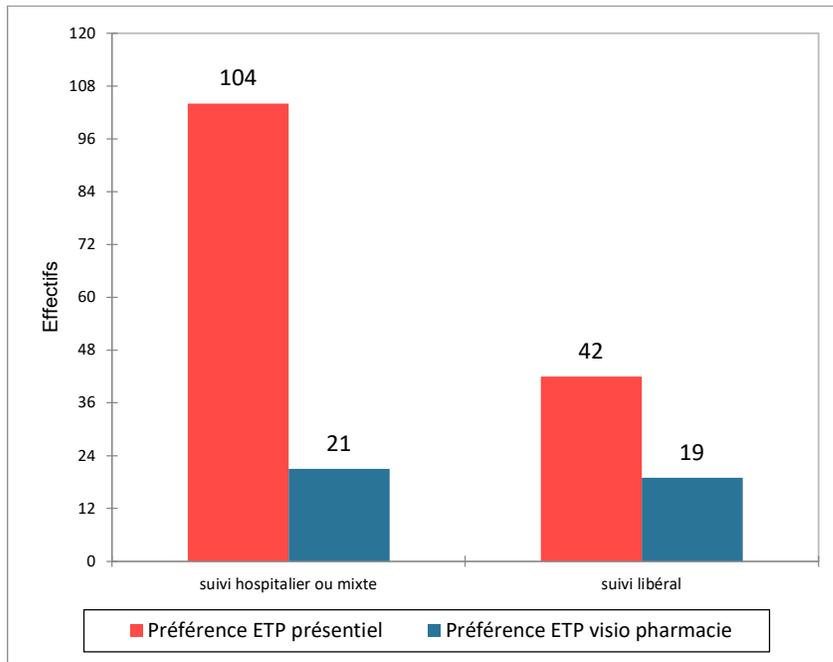


Figure 4 - Préférences des patients pour la réalisation de la 1ère séance d’ETP en fonction de leur mode de suivi

3. Avis concernant les séances d’ETP réalisées

L’évaluation des séances d’ETP individuelles, collectives ou de suivi réalisé par les patients est décrite dans le **tableau 2**.

Concernant la 1ère séance d’ETP individuelle : 77% (n = 143) des patients étaient très satisfaits et 22% (n = 41) satisfaits. Les patients peu satisfaits ou insatisfaits représentaient 0,5% (n = 1 et n = 1) des patients respectivement.

La majorité des patients estimait avoir été très bien informée sur la maladie ou les traitements (n = 96 ; 51% et n = 104 ; 56% respectivement). Un peu plus d’un tiers des patients estimaient avoir été bien informés concernant la maladie ou les traitements (n = 72 ; 39% et n = 67 ; 36%). Les patients peu ou non informés sur la maladie représentaient 9% (n = 16) et 1% (n = 2) respectivement. Les patients peu ou non informés sur les traitements représentaient 5% (n = 10) et 3% (n = 5).

Concernant les séances d'ETP collective, seulement 25 patients (13%) en ont bénéficié. Parmi ces patients, 19 patients (76%) en étaient très satisfaits, 3 (12%) en étaient satisfaits, 2 (8%) en étaient peu satisfaits et 1 (4%) insatisfait. Parmi les 161 patients n'ayant pas réalisé de séance d'ETP collective, 149 ont indiqué le motif pour lequel ils n'ont pas fait cette séance : 87 patients (54%) ne se sont pas vu proposer ce type de séance, 19 (12%) ont refusé, 17 (11%) ont accepté mais ont vu leur séance annulée du fait de l'épidémie de COVID-19, 15 patients (9%) ont refusé pour des problématiques d'accessibilité en termes d'horaire, de date ou d'éloignement géographique et 10 patients (6%) ont refusé par manque de temps. Treize patients (8%) n'ont pas répondu à cette question.

Concernant les séances de suivi en ETP, 78 patients (42%) en ont bénéficié. Parmi ces patients, 73 (94%) en étaient très satisfaits, 2 (2%) en étaient satisfaits et 3 (4%) insatisfaits. Parmi les 108 patients n'ayant pas eu de séance de suivi, 63 patients (58%) ne se sont pas vu proposer ce type de séance, 11 (10%) ont refusé d'y participer, 11 (10%) ont vu leur séance annulée du fait de l'épidémie de COVID-19, 2 patients (2%) ont refusé pour des problématiques d'accessibilité en termes d'horaire, de date ou d'éloignement géographique et 1 patients (1%) a refusé par manque de temps. Vingt patients (19%) n'ont pas répondu à cette question.

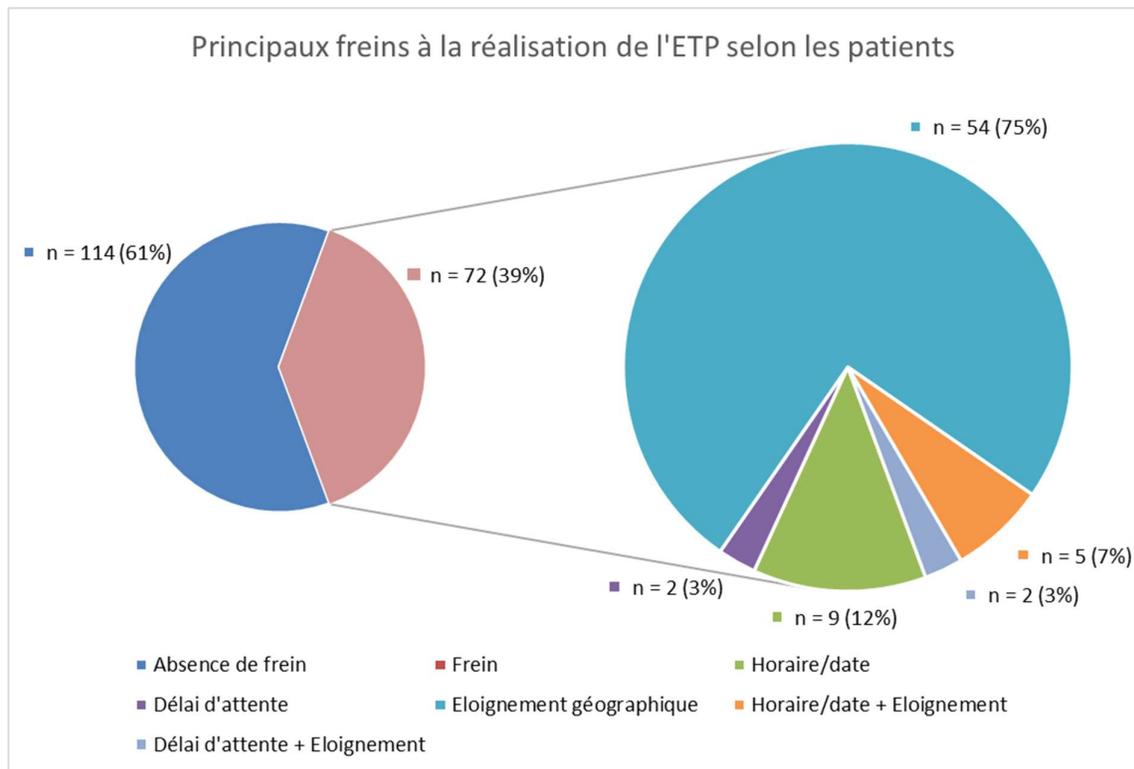
Tableau 2 : Evaluation de la satisfaction des patients concernant les séances d'ETP réalisées.

ETP		Ensemble des patients n= 186
1^{ère} séance d'ETP individuelle		
Satisfaction, n (%)	Très satisfait	143 (77%)
	Satisfait	41 (22%)
	Peu satisfait	1 (0,5%)
	Insatisfait	1 (0,5%)
Information sur la maladie, n (%)	Très bien informé	96 (51%)
	Bien informé	72 (39%)
	Peu informé	16 (9%)
	Non informé	2 (1%)
Information sur le traitement, n (%)	Très bien informé	104 (56%)
	Bien informé	67 (36%)
	Peu informé	10 (5%)
	Non informé	5 (3%)
ETP collective		
Réalisation d'une séance d'ETP collective, n (%)	Oui	25 (13%)
	<i>Satisfaction, n (%)</i>	
	- Très satisfait	19 (76%)
	- Satisfait	3 (12%)
	- Peu satisfait	2 (8%)
	- Insatisfait	1 (4%)
	<i>Motif de non-réalisation, n (%)</i>	
	- Non proposé	87 (54%)
	- Refus	19 (12%)
	- COVID (annulation de la séance)	17 (11%)
- Problématique d'horaire, date ou éloignement géographique	15 (9%)	
- Manque de temps	10 (6%)	
- Absence de motif	13 (8%)	
Séance de suivi en ETP		
Réalisation d'une séance de suivi, n (%)	Oui	78 (42%)
	<i>Satisfaction, n (%)</i>	
	- Très satisfait	73 (94%)
	- Satisfait	2 (2%)
	- Peu satisfait	0 (0%)
	- Insatisfait	3 (4%)
	<i>Motif de non-réalisation, n (%)</i>	
	- Non proposé	63 (58%)
	- Refus	11 (10%)
	- COVID (annulation de la séance)	11 (10%)
- Problématique d'horaire, date ou éloignement géographique	2 (2%)	
- Manque de temps	1 (1%)	
- Absence de motif	20 (19%)	

Abréviations = n : nombre, ETP : éducation thérapeutique du patient

4. Principaux freins à l'ETP

Parmi les 186 patients inclus, 114 (61%) n'ont pas indiqué de freins à la réalisation de leur séance d'ETP (**Figure 5**). Parmi les 72 (39%) patients ayant mentionné des limites à la réalisation ou la participation à l'ETP, l'éloignement géographique semblait être le principal frein (n = 54 ; 75%). Les problématiques d'horaires ou de dates proposés arrivaient en seconde position avec 9 patients (12%). Cinq patients (7%) ont indiqué comme difficultés l'éloignement associés aux problèmes d'horaires ou dates.



Abréviations = n : nombre, ETP : éducation thérapeutique

Figure 5 - Principaux freins à la réalisation de l'ETP

Discussion

Dans notre étude, 22% des patients interrogés auraient préféré réaliser leur séance d'ETP en téléconsultation en pharmacie d'officine et 34% au domicile plutôt qu'en présentiel. On peut s'étonner d'un nombre relativement faible de patient motivés par cette alternative à l'ETP classique, toutefois il faut prendre en compte qu'un certain nombre de patient préférant le format en présentiel aurait accepté une téléconsultation s'il n'y avait pas eu d'autre possibilité. Ces chiffres plus faibles que ceux de la littérature tiennent probablement à la formulation des questions : en effet, celles-ci étaient formulées de la manière suivante « Si on vous avait proposé une 1^{ère} consultation d'ETP individuelle en visio-conférence chez votre pharmacien/à domicile, en lien avec l'infirmière du CHU qui vous a vu(e), auriez-vous préféré cette option ? », tandis que la plupart des études questionnent l'acceptation et non la préférence des patients pour une téléconsultation. Par ailleurs, ces résultats peuvent être expliqués par une préférence pour le contact physique, une méfiance vis-à-vis des outils numériques avec notamment le problème de la confidentialité des données.

D'une manière plus marquée que dans notre étude, une enquête téléphonique publiée récemment, portant sur 175 patients suivis en rhumatologie au CHU de Milan, a mis en évidence une excellente acceptabilité de la téléconsultation par les patients dans le cadre de leur suivi. En effet, dans cette étude, 78% des patients considéraient la téléconsultation comme acceptable et 61% préféraient une téléconsultation à une consultation standard. Les principaux facteurs associés à l'acceptation ou la préférence pour une téléconsultation étaient l'éloignement géographique et le niveau d'éducation. L'âge influençait uniquement la maîtrise des compétences requises pour la réalisation d'une téléconsultation **(23)**.

Dans notre étude, nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre le mode de suivi des patients (hospitalier/mixte ou libéral) et leur préférence concernant le mode de réalisation de la 1^{ère} séance d'ETP (présentiel au CHU ou téléconsultation en pharmacie) : il semble que les patients suivis au CHU ou ayant un suivi mixte aient une préférence pour le présentiel. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces patients connaissent déjà la structure hospitalière et ses intervenants, et préfèrent donc y rester. Comme mentionné précédemment, parmi ces patients, un certain nombre aurait accepté une téléconsultation s'ils n'avaient pas eu le choix (n = 19 ; 13%).

En revanche, contrairement à l'enquête menée par Lorenzo Cavagna *et al.*, nous n'avons pas retrouvé de corrélation avec d'autres données démographiques telles que l'âge, le niveau de formation, la catégorie socio-professionnelle ou encore le milieu de vie **(23)**. En ce qui concerne l'âge, on aurait pu s'attendre à ce que les patients les plus jeunes soient plus intéressés par la téléconsultation du fait d'une plus grande facilité à manier les outils numériques et d'une proportion plus importante de personne en activité professionnelle donc moins disponible pour réaliser les séances d'ETP. Dans notre étude, parmi les 72 patients ayant indiqué des contraintes à la réalisation des séances d'ETP en présentiel, 12% étaient limités par les horaires proposés et 75% considéraient l'éloignement géographique comme la principale contrainte. On aurait donc pu s'attendre à ce que les patients habitant en milieu rural ou ayant signalé l'éloignement géographique comme contrainte importante, soient plus motivés que les autres pour la réalisation de téléconsultations. De même, on aurait pu imaginer un plus grand intérêt pour la téléconsultation venant des patients ayant des niveaux de formation plus élevés, le niveau de formation étant intimement lié au niveau de littératie en santé numérique. En effet, une étude publiée récemment montrait un taux de satisfaction plus important vis-à-vis de la téléconsultation venant des patients ayant un niveau d'éducation plus élevé **(24)**. L'absence de corrélation retrouvée avec ces données démographiques pourrait s'expliquer par l'absence de prise en considération des patients qui auraient accepté mais n'auraient pas préféré réaliser leur 1^{ère} séance d'ETP en téléconsultation en pharmacie, entraînant donc un nombre trop faible de patient préférant cette option et ainsi un manque de puissance. D'autre part, les sous-groupes constitués par les patients ayant une préférence pour la téléconsultation en fonction de l'âge, du niveau de formation ou encore du milieu de vie, sont d'effectifs réduits et pourraient également expliquer l'absence de corrélation.

Concernant l'ETP collective, uniquement 13% des patients interrogés dans notre étude en ont bénéficié. Ils étaient satisfaits ou très satisfaits (12% et 76% respectivement). Un grand nombre de patients n'a pas eu accès à ce type de séance, pour des raisons d'annulations liées au COVID-19 (11%), pour des problématiques d'horaires ou d'éloignement géographique (9%) ou encore par manque de temps (6%). La mise en place d'une ETP collective en téléconsultation permettrait de limiter ces contraintes et ainsi d'augmenter l'accès à ce type de séance. On remarque un intérêt plus important des patients pour la mise en place de

séances d'ETP collective en téléconsultation. En effet, 43% des patients interrogés auraient préféré réaliser une séance d'ETP collective en téléconsultation plutôt qu'en présentiel. Ceci peut s'expliquer par l'appréhension à rencontrer de nouvelles personnes et à s'exprimer en public. Ces résultats sont plutôt concordants avec la littérature. En effet, Banbury *et al.* ont mis en évidence une très bonne acceptabilité de séances d'ETP collectives en visioconférence à domicile chez des patients âgés atteints de maladies chroniques, avec comme avantages rapportés par les patients le sentiment d'être plus détendus, plus à l'aise, de ne pas se sentir submergés contrairement à une réunion en face à face, ainsi que l'aspect pratique de la réalisation à domicile (pas de nécessité d'organiser le transport notamment) **(15)**. En 2017, Warmington *et al.* se sont intéressés à la réalisation d'un programme d'ETP collectif en télémédecine chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et habitant des zones isolées de l'Ontario : outre la mise en évidence de la faisabilité d'un tel projet, ils ont démontré une efficacité similaire entre la réalisation du programme en télémédecine et en présentiel. De plus, la totalité des patients ont rapporté que la session d'ETP correspondait à leurs attentes et qu'ils recommanderaient le programme à d'autres patients **(14)**. Au regard de ces données, il semble donc pertinent de proposer aux patients la mise en place de séances d'ETP collectives en téléconsultation.

Dans notre étude, nous avons noté une légère préférence des patients pour réaliser cette ETP dématérialisée à domicile plutôt qu'en pharmacie, que ce soit la 1ère consultation ou une consultation de suivi. Cela peut sans doute s'expliquer par une limitation des déplacements pour les patients et donc une meilleure intégration de l'ETP dans leur quotidien. Toutefois, ceci soulève le problème de la fracture numérique et des inégalités de santé : bien que la très grande majorité des patients interrogés dispose d'un accès à internet, 6% n'y ont pas accès. Lorenzo Cavagna *et al.*, dans leur enquête, ont montré que 20% des patients n'avaient pas accès à internet, 20% n'avaient pas de support numérique permettant de réaliser des appels vidéos et 36% auraient eu besoin de l'aide d'une tierce personne pour effectuer une téléconsultation **(23)**. Une autre étude internationale publiée récemment, s'intéressant à l'impact du COVID-19 sur les patients vulnérables suivis en rhumatologie, a montré que 17% des rhumatologues interrogés estimaient qu'environ un quart de leurs patients n'avait pas accès à la téléconsultation, particulièrement ceux en dessous du seuil de pauvreté **(25)**. Les inégalités d'accès aux outils numériques existent et sont probablement exacerbées par

l'épidémie de COVID-19. La réalisation de séances d'ETP à domicile pourrait donc engendrer des inégalités de santé et des coûts supplémentaires si l'intervention d'une tierce personne pour l'installation du matériel, la connexion internet ou encore la mise en route du logiciel de téléconsultation était nécessaire. La réalisation de séances d'ETP en téléconsultation en pharmacie permettrait de limiter cette fracture numérique et d'installer le matériel à un seul endroit. De plus, les pharmacies d'officine couvrent la quasi-totalité du territoire et ont des amplitudes horaires très importantes : cela permettrait de limiter les contraintes de déplacement et de s'adapter aux horaires des patients. Par ailleurs, la réalisation d'éducation en pharmacie a déjà prouvée son efficacité **(8)**. Le partenariat ainsi créé avec les pharmaciens d'officine nous semble également très intéressant. Cela renforcerait le lien ville-hôpital et permettrait d'améliorer nos connaissances mutuelles dans l'intérêt du patient.

Plusieurs études ont montré l'efficacité de programmes d'éducation délivrés en télémédecine à des populations rurales **(16,18,26)**. La majorité des études publiées récemment ont mis en évidence une très bonne acceptabilité des téléconsultations par les patients dans le cadre de leur suivi, avec un taux de satisfaction allant de 65-80% selon les études **(24,27-32)**. Par ailleurs, l'épidémie de COVID-19 a entraîné des changements notables dans la pratique de la rhumatologie, avec l'usage exponentiel de la télémédecine. Dans nos deux centres, 28 séances d'ETP collectives et de suivi ont été annulées du fait du COVID. La mise en place de séances d'ETP en téléconsultation permettrait de maintenir l'ETP et de proposer au plus grand nombre de patients ce type de prise en charge malgré l'épidémie.

Notre étude présente plusieurs qualités : il s'agit d'une étude bi-centrique et une des rares études, à notre connaissance, portant sur l'avis des patients concernant la mise en place d'une ETP en téléconsultation. Notre choix s'est porté sur la réalisation d'entretiens téléphoniques, la période d'épidémie de SARS-CoV2 ne permettant pas de recevoir les patients en entretien présentiel. Après réflexion et avec les données de littérature disponibles, nous avons estimé qu'il n'y avait pas de perte du caractère informatif des données lors de la réalisation d'entretien à distance et non en présentiel. Il ne semblait pas y avoir non plus de modification des résultats entre une enquête menée par entretien téléphonique et une enquête menée en visio-conférence. De plus, tous les entretiens téléphoniques ont été réalisés par une seule et même personne, permettant ainsi de limiter le biais d'information lié à l'enquêteur. Afin de limiter le biais de mémorisation, nous avons sélectionné les patients ayant été vus le plus

récemment sur la période allant du 01/03/2020 (date de début de l'épidémie en France et de l'arrêt des consultations) et en remontant jusqu'au 01/03/2019.

Notre étude a également des faiblesses : notre effectif, bien que conséquent, était faible pour certaines catégories que nous aurions voulu analyser plus précisément (par exemple niveau d'étude). Le caractère rétrospectif de l'étude entraîne également un biais de mémorisation. Enfin, le questionnaire utilisé n'était pas un questionnaire standardisé validé mais avait été créé uniquement dans le cadre de cette étude et interrogeait la préférence des patients concernant une ETP en téléconsultation, et non son acceptabilité.

Conclusion

D'après notre étude, les patients sont globalement très satisfaits de l'ETP proposée mais les principales contraintes que sont l'éloignement géographique et les horaires persistent. La mise en place de séances d'ETP en téléconsultation permettrait d'atténuer ces contraintes et ainsi d'augmenter l'accessibilité à l'ETP, notamment dans les déserts médicaux. Cela permettrait également de diminuer certains coûts indirects (transports, perte de journée de travail pour se rendre en consultation). Notre étude indique qu'un nombre non négligeable de patients préférerait réaliser leurs séances d'ETP en téléconsultation plutôt qu'en présentiel.

Il est probable que la pratique de la rhumatologie et l'intérêt des patients pour la téléconsultation évolueront dans les années à venir au regard de l'essor de la télémédecine, et ce d'autant plus rapidement que le contexte d'épidémie de COVID-19 restera présent. Une réflexion est donc nécessaire sur la mise en place en pratique de cette nouvelle technologie dont l'encadrement législatif, notamment autour de la confidentialité et de la sécurité des données, reste à définir. Ce travail préliminaire va nous permettre d'être au plus près des besoins et attentes des patients dans notre projet de mise en place de séances d'ETP en téléconsultation. Il semble que l'instauration de ces séances en pharmacie d'officine pourrait être une bonne proposition ; en impliquant les acteurs de santé de terrain cela permettrait d'améliorer l'offre de soins existante et de renforcer le lien ville-hôpital tout en s'adaptant aux souhaits des patients et aux nouvelles technologies.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

➔ **Situation socio-professionnelle**

- 1) Etes-vous suivi(e) par un rhumatologue de ville, hospitalier ou les deux ?
- 2) Quelle était lors de votre consultation d'éducation thérapeutique votre situation professionnelle :
 - Activité
 - Retraité
 - Arrêt de travail
 - Invalidité
- 3) Quelle est la profession que vous avez exercé le plus longtemps :
- 4) Jusqu'à quel niveau de formation êtes-vous allé ?
 - Primaire/collège
 - Lycée
 - Bac +1 à 4
 - Bac +5 ou plus
- 5) Pratiquez-vous une activité physique ? OUI / NON.
LAQUELLE :
- Combien de temps par semaine ?Minutes
- 6) Quel était l'impact de votre maladie sur votre vie sociale ou professionnelle lors de cette consultation d'éducation thérapeutique ?
 - Faible
 - Modéré
 - Fort
 - Très fort

➔ **Accès à l'information notamment numérique**

- 7) Disposez-vous d'un accès à internet ? OUI/NON
- 8) Quelles sources d'informations avez-vous utilisées pour vous informer sur votre traitement ou votre maladie :.....
.....

Propositions pour aider éventuellement : médecin traitant, Rhumatologue, séance ETP individuelle, séance collective, IDE, Kiné, pharmacien, proches, associations de patients, internet, brochures/livret/fascicule, livres, TV, autre ?

➔ **ETP réalisée : points forts/points faibles**

- 9) Etes-vous satisfait(e) de la 1^{ère} consultation d'ETP que vous avez eue ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Insatisfait

10) Estimez-vous avoir été bien informé(e) sur votre maladie ?

- Très bien informé
- Bien informé
- Peu informé
- Non informé

11) Estimez-vous avoir été bien informé(e) sur votre traitement ?

- Très bien informé
- Bien informé
- Peu informé
- Non informé

12) Avez-vous participé à des séances d'ETP collectives ? OUI/NON

- Si oui : en êtes-vous satisfait(e) ?
 - o Très satisfait
 - o Satisfait
 - o Peu satisfait
 - o Insatisfait
- Si non participé : pourquoi ?.....
(non proposé, trop loin, trop contraignant... ?)

13) Avez-vous été vu en consultation d'ETP de suivi ? OUI/NON

- Si oui : en êtes-vous satisfait(e) ?
 - o Très satisfait
 - o Satisfait
 - o Peu satisfait
 - o Insatisfait
- Si non vu en ETP de suivi : pourquoi ?.....
(non proposé, trop loin, trop contraignant... ?)

14) Les horaires ou dates proposées ont-ils été pour vous un frein important à la participation à l'ETP ?
OUI / NON

15) Le délai d'attente pour accéder à des sessions collectives d'ETP a-t-il été pour vous un frein important à la participation à l'ETP? OUI / NON

16) L'éloignement géographique avec le CHU a-t-il été pour vous une contrainte importante à la participation à l'ETP ? OUI / NON

➔ ETP Numérique

17) Si on vous avait proposé une 1^{ère} consultation d'ETP individuelle en visio-conférence chez votre pharmacien en lien avec l'infirmière du CHU qui vous a vu(e), auriez-vous préféré cette option ?
OUI/NON

18) Si on vous avait proposé une 1^{ère} consultation d'ETP individuelle en visio-conférence à votre domicile en lien avec l'infirmière du CHU qui vous a vu(e), auriez-vous préféré cette option ?
OUI / NON

19) Si on vous avait proposé une consultation d'ETP de suivi en visio-conférence chez votre pharmacien auriez-vous préféré cette option ? OUI/NON

20) Si on vous avait proposé une consultation d'ETP de suivi en visio-conférence à votre domicile auriez-vous préféré cette option ? OUI/NON

21) Si on vous avait proposé une session d'ETP collective en visio-conférence, auriez-vous accepté cette proposition ? OUI/NON

→ Enquête Pharmacie

22) A quelle pharmacie allez-vous habituellement pour votre traitement ?

.....

Annexe 2 : Liste des catégories socio-professionnelles

PCS 2003 Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles

Code	Libellé
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions Intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle

Bibliographie

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 25 janv 2012;12:80.
2. Smith SA, Carbone ET. Reintegrate Empowerment and Health Literacy to Advance Public Health and Healthcare Delivery. *Stud Health Technol Inform* 2020;269:369-99.
3. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health* 2020;20:565.
4. SPF. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: /notices/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique
5. Ayaz-Alkaya S, Terzi H, Işık B, Sönmez E. A healthy lifestyle education programme for health literacy and health-promoting behaviours: A pre-implementation and post-implementation study. *Int J Nurs Pract* 2020;26:e12793.
6. Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
7. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
8. Müller T, Möller M, Lücker C, Dreher M. Use of Web-Based Videos in a Community Pharmacy to Optimize Inhalation Technique. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2020;15:3367-73.
9. Ledroit M, Megne Wabo M, Berroneau A, Xuereb F. Place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique. *Actual Pharm* 2017;56:45-8.
10. Baudrant M, Rouprêt J, Trout H, Certain A, Tissot E, Allenet B. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *J Pharm Clin* 2008;27:4.
11. Choe HM, Mitrovich S, Dubay D, Hayward RA, Krein SL, Vijan S. Proactive case management of high-risk patients with type 2 diabetes mellitus by a clinical pharmacist: a randomized controlled trial. *Am J Manag Care* 2005;11:253-60.
12. Nkansah NT, Brewer JM, Connors R, Shermock KM. Clinical outcomes of patients with diabetes mellitus receiving medication management by pharmacists in an urban private physician practice. *Am J Health Syst Pharm* 2008;65:145-9.

13. Hesso I, Gebara SN, Kayyali R. Impact of community pharmacists in COPD management: Inhalation technique and medication adherence. *Respir Med* sept 2016;118:22-30.
14. Warmington K, Flewelling C, Kennedy CA, Shupak R, Papachristos A, Jones C, et al. Telemedicine delivery of patient education in remote Ontario communities: feasibility of an Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC)-led inflammatory arthritis education program. *Open Access Rheumatol Res Rev* 2017;9:11-9.
15. Banbury A, Parkinson L, Nancarrow S, Dart J, Gray L, Buckley J. Multi-site videoconferencing for home-based education of older people with chronic conditions: the Telehealth Literacy Project. *J Telemed Telecare* 2014;20:353-9.
16. Young H, Miyamoto S, Ward D, Dharmar M, Tang-Feldman Y, Berglund L. Sustained effects of a nurse coaching intervention via telehealth to improve health behavior change in diabetes. *Telemed J E Health* 2014;20:828-34.
17. Wood PR, Caplan L. Outcomes, Satisfaction, and Costs of a Rheumatology Telemedicine Program: A Longitudinal Evaluation. *J Clin Rheumatol* 2019;25:41-4.
18. Jaglal SB, Haroun VA, Salbach NM, Hawker G, Voth J, Lou W, et al. Increasing access to chronic disease self-management programs in rural and remote communities using telehealth. *Telemed J E Health* 2013;19:467-73.
19. Banbury A, Parkinson L, Nancarrow S, Dart J, Gray LC, Buckley J. Delivering patient education by group videoconferencing into the home: Lessons learnt from the Telehealth Literacy Project. *J Telemed Telecare* 2016;22:483-8.
20. Zangi HA, Ndosu M, Adams J, Andersen L, Bode C, Boström C, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-62.
21. Bech B, Primdahl J, van Tubergen A, Voshaar M, Zangi HA, Barbosa L, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2020;79:61-8.
22. La périurbanisation s'étend sur l'espace rural - Insee Flash Centre-Val de Loire - 43 [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5360830>
23. Cavagna L, Zanframundo G, Codullo V, Pisu MG, Caporali R, Montecucco C. Telemedicine in rheumatology: a reliable approach beyond the pandemic. *Rheumatol Oxf* 2021;60:366-70.
24. Tornero-Molina J, Sánchez-Alonso F, Fernández-Prada M, Bris-Ochaita M-L, Sifuentes-Giraldo A, Vidal-Fuentes J. Tele-Rheumatology during the COVID-19 pandemic. *Reumatol Clin* 2021;S2173-5743.
25. Mehta B, Jannat-Khah D, Fontana MA, Moezinia CJ, Mancuso CA, Bass AR, et al. Impact of COVID-19 on vulnerable patients with rheumatic disease: results of a worldwide survey. *RMD Open* 2020;6:e001378.

26. Kennedy CA, Warmington K, Flewelling C, Shupak R, Papachristos A, Jones C, et al. A prospective comparison of telemedicine versus in-person delivery of an interprofessional education program for adults with inflammatory arthritis. *J Telemed Telecare* 2017;23:197-206.
27. Howren A, Aviña-Zubieta JA, Rebić N, Dau H, Gastonguay L, Shojania K, et al. Virtual rheumatology appointments during the COVID-19 pandemic: an international survey of perspectives of patients with rheumatic diseases. *Clin Rheumatol* 2020;39(11):3191-3.
28. López-Medina C, Escudero A, Collantes-Estevez E. COVID-19 pandemic: an opportunity to assess the utility of telemedicine in patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2021;80:e50.
29. Kernder A, Morf H, Klemm P, Vossen D, Haase I, Mucke J, et al. Digital rheumatology in the era of COVID-19: results of a national patient and physician survey. *RMD Open* 2021;7:e001548.
30. Davis P, Howard R, Brockway P. An evaluation of telehealth in the provision of rheumatologic consults to a remote area. *J Rheumatol* 2001;28:1910-3.
31. de Thurah A, Stengaard-Pedersen K, Axelsen M, Fredberg U, Schougaard LMV, Hjollund NHI, et al. Tele-Health Followup Strategy for Tight Control of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res* 2018;70:353-60.
32. Odnoletkova I, Buysse H, Nobels F, Goderis G, Aertgeerts B, Annemans L, et al. Patient and provider acceptance of telecoaching in type 2 diabetes: a mixed-method study embedded in a randomised clinical trial. *BMC Med Inform Decis Mak* 2016;16:142.

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Dépôt du sujet de thèse

LEFEUVRE Léa

Nombre de pages 50 – 2 tableaux – 5 figures– 2 annexes**Résumé : Télémedecine et Education Thérapeutique du Patient en Rhumatologie : quel intérêt et quel avenir ?***Enquête d'opinion auprès de patients suivis en ETP pour Rhumatisme inflammatoire sur l'intérêt de téléconsultations d'ETP en pharmacie d'officine*

Introduction : L'éducation Thérapeutique du Patient (ETP) fait aujourd'hui partie intégrante de la prise en charge en rhumatologie, elle est essentiellement réalisée au cours de consultations individuelles en centre hospitalier. Le contexte actuel d'épidémie de COVID-19 a mis un frein à la réalisation de ces séances et a contribué à l'essor de la télémedecine. L'objectif de ce travail était d'étudier le profil des patients ayant déjà réalisé des séances d'ETP, leur perception vis-à-vis de ces séances et leur avis concernant la mise en place d'une ETP en visioconférence en pharmacie d'officine.

Méthodes : Une cohorte rétrospective, descriptive, bi-centrique (CHRU de Tours et de Nantes), a été constituée, incluant les patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique, vus au moins une fois en séance d'ETP présentielle entre le 01/03/19 et le 01/03/20 pour instauration d'un traitement par biomédicament. Les données démographiques et de suivi ont été extraites du dossier médical informatisé puis la satisfaction et l'opinion des patients sur leurs séances d'ETP a été recueillie au cours d'un entretien téléphonique individuel avec structure semi-dirigée. Nous avons calculé le pourcentage d'opinion favorable pour la réalisation d'une séance d'ETP en téléconsultation en pharmacie d'officine et étudié les paramètres démographiques influençant cette opinion.

Résultats : Nous avons interrogés 186 patients (âge médian 46 ans [36-58], 67% de femmes), principalement suivis à l'hôpital (n = 103 ; 55%) ou ayant un suivi mixte (n = 22 ; 12%). La majorité des patients était très satisfaite des séances d'ETP réalisées, qu'elles soient individuelles (n = 143 ; 77%), de suivi (n = 73 ; 94%) ou collectives (n = 19 ; 76%). Chez les patients ayant mentionné des limites à la réalisation de ces séances (n = 72 ; 39%), l'éloignement géographique (n = 54 ; 75%) et les problématiques d'horaires (n = 9 ; 12%) semblaient être les principales contraintes. Concernant la réalisation de la 1^{ère} séance d'ETP, 40 patients (22%) auraient préféré réaliser celle-ci en téléconsultation en pharmacie et 64 patients (34%) au domicile. Les patients suivis en milieu hospitalier ou mixte semblaient avoir une préférence pour la réalisation en présentiel (p = 0.025). Nous n'avons pas retrouvé de corrélation avec les autres données démographiques (âge, sexe, milieu de vie, niveau de formation, catégorie socio-professionnelle, impact de la maladie sur la vie sociale ou professionnelle, accès à internet). Concernant l'ETP collective, 81 patients (44%) auraient préféré réaliser cette séance en téléconsultation plutôt qu'en présentiel.

Conclusion : Notre étude confirme l'intérêt des patients pour la réalisation de séances d'ETP en téléconsultation. Il nous paraît intéressant de réaliser ces séances en pharmacie d'officine afin de répondre aux problématiques de déplacements et d'horaires. Cela permettrait aussi d'impliquer les acteurs de santé de terrain, de renforcer le lien ville-hôpital, de limiter les coûts de santé, et de réduire certaines inégalités de santé avec notamment une amélioration de l'accès aux soins dans les déserts médicaux.

Mots clés : éducation thérapeutique du patient (ETP), télémedecine, pharmacie, officine, accès aux soins

Jury :

Président du Jury :	Professeur Philippe GOUPILLE
Directeur de thèse :	Docteur Isabelle GRIFFOUL
Membres du Jury :	Professeur Denis MULLEMAN
	Professeur Benoit LE GOFF
	Docteur Claire THOMANN

Date de soutenance : 7 octobre 2021