**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**
Année : 2023

# THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
# DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude des échanges par téléexpertise**
**entre les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais et**
**les praticiens du service de dermatologie du réseau GHICL en 2022.**

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 novembre 2023 à 18 heures
au Pôle Recherche

**par Sandra CHIOZEM**

---

**JURY**

**Président :**
**Monsieur le Professeur Éric BOULANGER**

**Assesseur :**
**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Directeur de thèse :**
**Monsieur le Docteur Mathieu BATAILLE**

---

# AVERTISSEMENT.

La faculté n’entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# REMERCIEMENTS.

# ABBREVIATIONS & SIGLES.

| | |
|---|---|
| **CIER** | Comité Interne d'Éthique de la Recherche |
| **CNIL** | Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés |
| **DRCI** | Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation |
| **GHICL** | Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille |
| **IA** | Intelligence Artificielle |
| **IPA** | Infirmier en Pratique Avancée |
| **MG** | Médecin Généraliste |
| **PIH** | Médicament à Prescription Initiale Hospitalière |
| **RGPD** | Règlement Général sur la Protection Des Données |
| **RNIPH** | Projet de Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine |
| **RQD** | Code facturation d'acte intitulé : Demande de téléexpertise |
| **TE2** | Code facturation d'acte intitulé : téléexpertise |
| **TD** | Téléexpertise en Dermatologie |
| **TLX** | Téléexpertise |
| **URPS** | Union Régionale des Professionnels de Santé |

# RÉSUMÉ.


**Contexte**

La pénurie relative en dermatologues se répercute sur les délais de prise en chage. Le médecin généraliste (MG) a moins la possibilité d'adresser facilement les cas qui posent problème. La téléexpertise (TLX) permet d'apporter potentiellement une solution. L'objectif principal de cette étude était d'étudier les caractéristiques des échanges d'avis par TLX faites sur le réseau GHICL entre MG et dermatologues.

**Méthode**

Étude observationnelle rétrospective de 301 échanges. Recueil des données à partir d'un catalogue de variables. L'analyse a été descriptive.

**Résultats**

Les données concernant les antécédents, le contexte, le diagnostic du MG et les symptômes associés à lésion cutanée ont été présentes respectivement sur environ 50% des demandes d'avis. Les MG évoquent moins si le patient a des allergies (donnée absente sur 85,7% des demandes d'avis), s'il prend des traitements (72,1%) ou s'il a essayé un traitement avant de faire la demande (60,8%). Sur les 148 demandes où le médecin a renseigné la (ou les) raison(s) de la TLX, 42,6% suite à une difficulté thérapeutique et 40,5% suite à un doute diagnostique. Dans 97% des demandes, le dermatologue répondait en moins de 3 jours. Les pathologies tumorales (43,1%), et les inflammatoires (35,6%) étaient les motifs majoritaires. La convocation était proposée dans un délai inférieur à 3 mois dans 91,3% des convocations pouvant aller à 234 jours.

**Conclusion**

Les échanges en TLX ont des informations parcellaires bien que la plupart du temps suffisantes a priori, et permettent de débloquer rapidement les situations. Néanmoins, le respect du cadre dans lequel a été instauré la TLX est indispensable pour ne pas saturer ce nouveau réseau. Une formation adaptée permettrait de mieux cibler la pertinence des demandes d' avis.

# SOMMAIRE.

**AVERTISSEMENT** ..... **2**
**REMERCIEMENTS** ..... **4**
**ABBREVIATIONS & SIGLES** ..... **5**
**RÉSUMÉ** ..... **6**
**SOMMAIRE** ..... **7**
**I. Introduction** ..... **8**
1. Le contexte de la dermatologie et le médecin généraliste ..... 8
2. L'usage de la téléexpertise en dermatologie ..... 8
3. Les enjeux de la téléexpertise en dermatologie ..... 10
4. Mise en place de la télé-expertise : l'exemple du GHICL ..... 12
5. Objectifs ..... 15
**II. Matériels et méthodes** ..... **16**
1. Design de l'étude ..... 16
2. Objectifs ..... 16
3. Critères de jugements ..... 16
4. Population étudiée ..... 20
5. Déroulement de l'étude ..... 21
6. Nombre de sujets ..... 21
7. Plan d'analyse ..... 21
8. Aspects réglementaires et éthiques ..... 22
**III. Résultats** ..... **24**
1. Les caractéristiques des demandes d'avis en téléexpertise ..... 24
2. Description des raisons de la réalisation de la téléexpertise ..... 25
3. Description des réponses aux demandes d'avis ..... 26
**IV. Discussion** ..... **35**
1. Objectif principal : description des demandes de téléexpertise ..... 35
2. Objectifs secondaires ..... 37
3. Les limites de l'étude ..... 43
4. Les forces de l'étude ..... 44
**V. Conclusion** ..... **46**
**BIBLIOGRAPHIE** ..... **47**
**ANNEXES** ..... **50**
Annexe 1 - Fiche d'information patient proposée par le groupe TELDES de la SFD ..... 50
Annexe 2 - Note explicative dans le réseau de dermatologie de téléexpertise du GHICL ..... 52
Annexe 3 - Note d'information à destination des patients et des médecins ..... 52
Annexe 4 - Catalogue de variables ..... 63
Annexe 5 - Avis du CIER ..... 68
Annexe 6 - Texte explicatif mis à disposition des praticiens pour faire la demande ..... 69

# I. Introduction

## 1. Le contexte de la dermatologie et le médecin généraliste

En 2012, l'étude ECOGEN (Éléments de consultation en médecine générale) estimait à 4% les motifs de consultation chez un médecin généraliste liés à un problème cutané en France (1).

Dans le même temps, une diminution du nombre de dermatologues dans le Nord de 17,6 % sur la période 2010-2023 a été mise en évidence (2). De plus, leur répartition sur le territoire est disparate, entraînant une inégalité d'accès aux soins : au 1er janvier 2023, il y avait 4,2 dermatologues pour 100 000 habitants dans le département du Nord alors qu'il n'y en avait aucun dans la Creuse (2).

La pénurie relative en médecins dermatologues se répercute sur les délais de rendez-vous qui sont en moyenne de 95 jours en France (3), avec une inégalité territoriale importante.

D'autant que, pour le dermatologue qui reçoit un patient adressé par un médecin généraliste, il est bien souvent difficile d'évaluer l'urgence de la prise en charge à partir du classique courrier d'adressage et d'évaluer la gravité des lésions.

## 2. L'usage de la téléexpertise en dermatologie.

Pour y pallier, les échanges numériques entre correspondants médicaux se sont développés ces dernières années, impliquant notamment le partage d'images et/ou d'informations médicales via différents médias (emails, messageries, SMS ou MMS, etc.) (4). Cependant, le respect du secret médical implique que, lors d'échanges électroniques, ces données soient protégées et sécurisées.(4)

La photographie est prépondérante dans le diagnostic des pathologies cutanées. La télémédecine, par sa dématérialisation avec les photographies, a donc une application directe et facile en dermatologie.

Dans ce contexte, l'implantation de la télémédecine constitue une perspective d'avenir. Elle se présente comme un élément possible de réponse au problème de santé public d'accès aux soins et d'iniquité de ce dernier. Il ne faut cependant pas perdre de vue les enjeux de sécurité des échanges de données de santé qu'elle soulève. Comme le précise la Haute Autorité de Santé, 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 (article L. 6313-1 du Code de la santé

publique)(5).

La télémédecine répond aux mêmes principes d'exigences réglementaires que l'exercice médical en présentiel. En plus de cela, la réglementation instaure des exigences spécifiques à la télémédecine (5).

Dans la pratique de la télémédecine, on singularise la téléexpertise (5,6). Le décret du 19 octobre 2010 définit la téléexpertise (TLX) comme étant un acte médical qui permet à un professionnel de santé, dit « requérant », de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux, dit « requis » (5,6). Depuis cette réglementation, les demandes d'avis entre confrères sont désormais sécurisées.

L'acte de téléexpertise est facturé en tiers payant ; il est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie obligatoire (7). Depuis le 1er avril 2022, il n'y a plus qu'un seul niveau de rémunération (8).

Les actes de téléexpertise sont facturés et rémunérés par l'Assurance Maladie comme suit :

- Pour celui qui sollicite, le "requérant", l'acte est facturé avec le code RQD et est rémunéré 10€.
- Pour celui qui répond, le "requis", l'acte est facturé avec le code TE2 et est rémunéré 20€.

C'est un processus, synchrone ou asynchrone (le plus souvent), qui se fait en l'absence du patient mais nécessitant son consentement (9). Le processus a lieu via une messagerie ou une plateforme sécurisée de santé (7,8).

La téléexpertise en dermatologie (TD) nécessite l'envoi d'informations cliniques (dont des photographies). Selon la littérature internationale, il existe trois types de téléexpertise : selon que cette photographie ait été envoyée par le patient lui-même/ l'infirmier(e), le médecin généraliste (ou une autre spécialité), ou le dermatologue, cela définit respectivement la télé-dermatologie primaire, secondaire ou tertiaire (10,11). Cette distinction n'est cependant reprise ni par la loi française, ni par les conditions de remboursement de l'assurance maladie. D'ailleurs, la téléexpertise primaire par le patient lui-même ne rentre pas dans la définition légale de la téléexpertise. Cette étude concerne la téléexpertise secondaire.

Concrètement, le professionnel de santé requérant pose par message électronique, obligatoirement sécurisé, une question à un médecin requis, à laquelle il joint les informations et documents nécessaires à la réalisation de l'acte (informations cliniques, photographies, comptes-rendus, résultats d'examens…). Le requis rédige un compte-rendu, l'archive dans le dossier du patient, et dans le dossier médical (DMP) intégré dans *Mon espace santé du patient* s'il est ouvert. C'est enfin au requérant d'expliquer la prise en charge au patient.

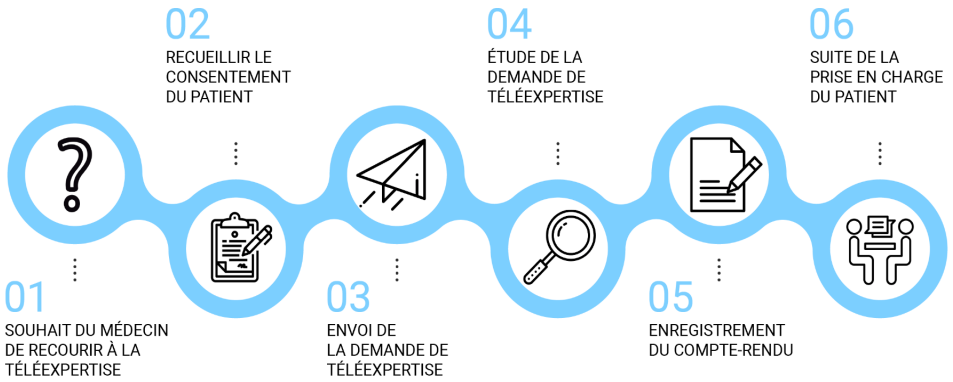



Figure 1 - Illustration du déroulement d'une téléexpertise.(12)

Quelle que soit la situation clinique du patient, il doit être informé sur les conditions de réalisation de la téléexpertise, et avoir donné son accord (7). Une fiche d'information patient a été mise en place par le groupe TELDES ( TÉLéDermatologie et E-Santé) de la SFD (Société Française de Dermatologie) pour en faciliter la réalisation (Annexe 1, (13)).

## 3. Les enjeux de la téléexpertise en dermatologie.

À la croisée d'un besoin médical lié à une démographie difficile et de la facilité du diagnostic sur images contextualisées, la télé-expertise apparaît comme un grand enjeu technologique et de communication entre le médecin généraliste et le dermatologue.

D'une part, pour le médecin généraliste, la télé-expertise permet de :

- Faciliter la **communication et l'adressage**, qui est le point de départ dans l'intégration d'une filière de soins. Le praticien peut de manière sécurisée demander un avis à son confrère. (14,15).

- Avoir un **accès plus rapide à un avis** spécialisé. Le délai de réponse fixé par l'équipe de dermatologie du réseau GHICL (Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille) est de 72h maximum (Annexe 2).

- Avoir un **outil pédagogique et de sensibilisation** à destination des médecins généralistes. Une étude réalisée en Afrique du Sud consistait à stocker puis envoyer des images numériques sur un serveur, dans 5 zones mal desservies du pays entre 2004 et 2007. Elle a mis en évidence une diminution des demandes, montrant ainsi que l'utilisation accrue du service de la TLX contribue à la formation médicale continue et l'amélioration des connaissances (8,16,17).

D'autre part, pour le dermatologue, la télé-expertise permet d' :

- Avoir un véritable **outil de tri** des demandes (2,17,18)**.**

- **Éviter des consultations physiques** non indispensables pour la prise en charge du patient (9). La proportion de consultations évitées va de 31 % à 88 % selon les études (19).

- **Hiérarchiser** les demandes de consultation. L'expérience a montré qu'en Nouvelle Zélande et en Australie, le tri était bien plus pertinent par TLX. En effet, lors d'une étude, il y a eu une réduction de 66% du temps d'attente et cela a permis de prioriser les consultations pour les cancers cutanés nécessitant une prise en charge chirurgicale (20).

Enfin, les bénéfices de la téléexpertise pour le patient sont les suivants :

- **Diminution des délais** de rendez-vous (20,21). En extrayant les problèmes cutanés peu sévères des demandes de consultations, cela permet d'avoir un accès prioritaire aux soins pour dermatose sévère ou complexe.

- Facilité et équité d'**accès aux soins**. On a une réduction relative des inégalités dans l'offre de soins à la fois démographique et socio-économique (18).

- Amélioration de la **qualité des soins**. Cela contribue à la **satisfaction** des patients et à la confiance dans la prise en charge (22,23). En effet, plus la prise en charge chirurgicale d'un cancer cutané est faite tôt, plus sa qualité est optimale (20).

- Effet **éducatif**. Par exemple, il y a deux professionnels de santé, le dermatologue et le médecin généraliste, qui rappellent au patient comment réaliser son autosurveillance.

- **Éviter les déplacements**. Dans une étude publiée en 2015, en moyenne jusqu'à 277 kilomètres et 2 heures et 40 minutes de temps de déplacement par patient ont été évités dans leurs parcours de soins de prise en charge du mélanome, grâce à la TLX (24).

Une véritable collaboration s'installe entre MG et dermatologue, au bénéfice du patient, profitable à tous.

La TLX vient en complément de la médecine présentielle, au bénéfice du patient, avec des avantages pour les professionnels de santé qui y ont recours, à condition d'avoir des outils numériques ergonomiques répondant aux cahiers des charges, et d'avoir du temps médical à y consacrer, et une rémunération suffisante ou incitative (25).

## 4. Mise en place de la télé-expertise : l'exemple du GHICL

Depuis juillet 2021, le GHICL propose l'accès à ses services via une plateforme de télé-expertise, accessible pour tout médecin du Nord et du Pas de Calais, visant plusieurs domaines d'activité spécialisés dont la dermatologie hospitalière générale.

La mise en place s'est faite de manière libre, sans restriction, afin de privilégier le déploiement à large échelle. Il était néanmoins demandé de respecter un cadre de cohérence territorial, le Nord et Pas-de-Calais.

La montée en puissance s'est faite progressivement, avec une communication limitée, ponctuelle, et focale. Le but était d'éviter un effet de saturation du service de dermatologie par une augmentation brutale et trop importante par rapport aux capacités du service d'y répondre. Le bouche à oreille semble avoir fait l'essentiel du travail d'information.

Bien que cela ait été envisagé à plusieurs reprises, finalement aucune formation n'a été dispensée en parallèle à l'intégration des MG au réseau de TLX.

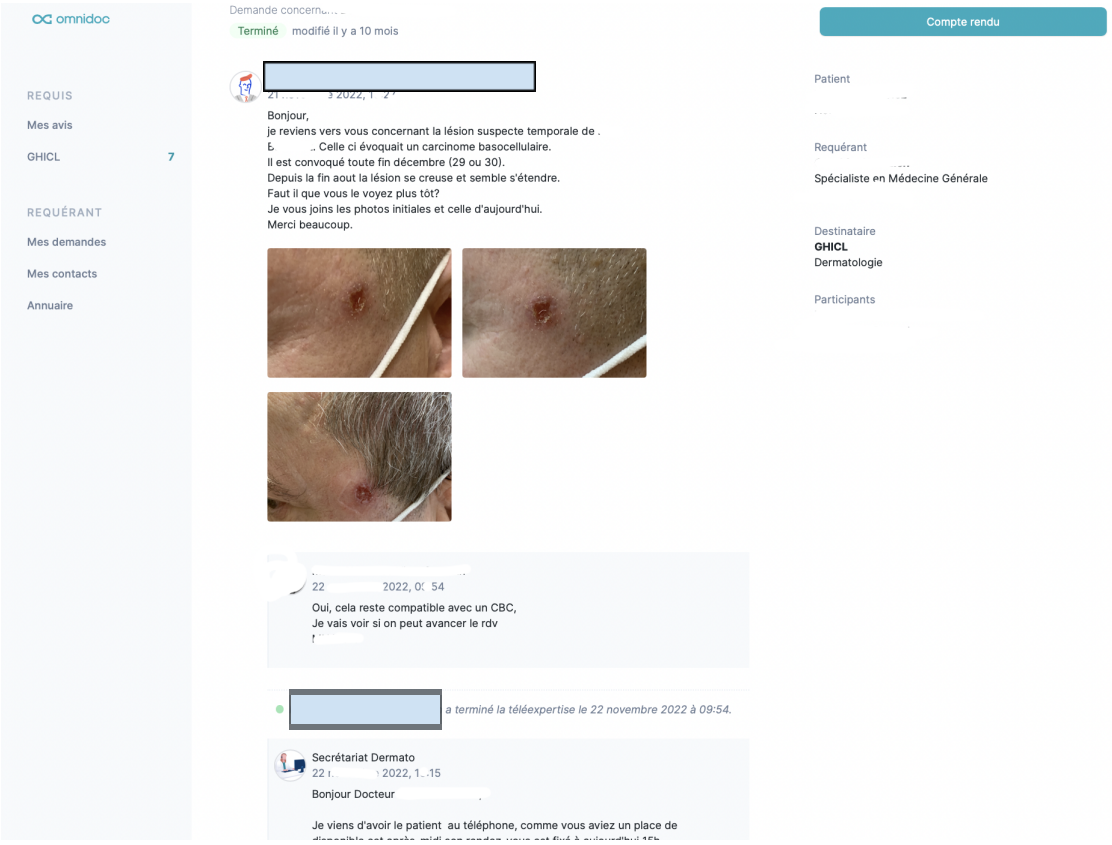



Figure 2 : Exemple de téléexpertise sur cette plateforme.

D'une part, il est important, voire essentiel, d'étudier ces échanges. Il faut passer par cette étape pour décrire les caractéristiques et le contenu des demandes, et aussi des réponses qui leur ont été apportées.

D'autre part, il est intéressant d'évaluer la satisfaction des participants et d'avoir une évaluation de leur pertinence ressentie (requérants, et requis) quant à cette nouvelle pratique.

À ce jour, la télé-expertise entre médecin généraliste et dermatologue libéral est également étudiée pour la détection des tumeurs cutanées dans la région des Hauts De France, par un projet mis en place par l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins (15).

# 5. Objectifs

Du fait de ces contraintes démographiques, la proportion des échanges entre dermatologue et médecin généraliste pour un patient devrait croître, et le MG devra de plus en plus passer par la TLX. On peut raisonnablement penser que les MG devront s'occuper davantage de rendez-vous liés à des problèmes cutanés et devront faire de plus en plus de demandes de TLX.

Dans le contexte actuel, la TLX permet d'optimiser la ressource médicale en tension qu'est le spécialiste dermatologue hospitalier, pour permettre aux patients qui le nécessitent le plus (les plus sévères) d'être pris en charge dans des délais adaptés. Mais en pratique, est-ce bien l'usage qui en est fait ? Et plus généralement, quels types de demandes de TLX sont rédigés et adressés par les médecins généralistes aux dermatologues hospitaliers ?

Les échanges par TLX ont débuté et vont se généraliser davantage. Pour améliorer la pratique future, il est essentiel d'étudier ces échanges aujourd'hui. La finalité de cette étude est d'évaluer la pertinence des avis demandés au service de dermatologie du réseau GHICL par TLX (et en général) pour ainsi améliorer l'utilisation de ce nouvel outil.

# II. Matériels et méthodes

## 1. Design de l'étude

L'étude entre dans le cadre d'un Projet de Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH). Elle est quantitative, monocentrique et rétrospective.

## 2. Objectifs

### 2.1 Objectif principal

Étudier les caractéristiques des demandes d'avis (c'est-à-dire quelles données sont renseignées) faites sur le réseau GHICL en téléexpertise dermatologique par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais.

### 2.2 Objectifs secondaires

- Décrire les raisons de réalisation de la TLX.
- Décrire le type de pathologie rencontré et si possible le diagnostic retenu.
- Décrire les conclusions de la TLX (hypothèses diagnostiques, orientation, thérapeutique, avis, informations complémentaires).
- Décrire le délai entre la demande et la réalisation de la TLX.
- Décrire le délai entre la réalisation de la TLX et la convocation par l'hôpital, le cas échéant.

## 3. Critères de jugements

### 3.1 Critère de jugement principal

Pour étudier les caractéristiques des échanges d'avis, nous recueillerons uniquement l'information de la présence de la donnée, sauf pour l'âge où nous recueillerons la donnée, et pour chaque médecin, son nombre de demandes et la fréquence de ses demandes par rapport aux dossiers étudiés.

- Le profil du patient
  - Âge

    - Allergie
    - Antécédents médicaux
    - Traitements à domicile

- Le contexte de survenue précisé :

Par exemple : Facteur déclenchant, voyage, profession, etc.

- Essai thérapeutique

- Diagnostic ou suspicion de diagnostic, avant la téléexpertise.

- Les caractéristiques des lésions :
    - Date d'apparition,
    - Évolution,
    - Localisation,
    - Symptômes,

### 3.2 Critères de jugements secondaires.

- Les raisons de réalisation de la téléexpertise seront décrites si elle a été indiquée par le médecin généraliste :
    - Difficulté thérapeutique,
    - Doute au diagnostic,
    - À la demande du patient,
    - Patient présentant des particularités,
    - Spécialité inaccessible,
    - Demande de rendez-vous urgent,
    - Motif hospitalier [acte thérapeutique en milieu hospitalier (défini ci-dessous), demande d'hospitalisation, avis d"expert" (tertiaire), ordonnance de médicament à prescription initiale hospitalière (PIH), nécessité du plateau technique hospitalier]

- Description des réponses aux demandes d'avis.
    - Le type de pathologie rencontré (diagnostic initial du MG ou après TLX)
        - Inflammatoire, par exemple allergies (toxidermies, contact, autres), dermatoses chroniques (eczémas, psoriasis, urticaire chronique, pelade, Verneuil, vitiligo), etc.
        - Tumoral (bénin ou malin),

- Infectieux,
- Auto-immun,
- Plaies chroniques (ulcères, escarres, maux perforants plantaires, etc.),
- Dermopédiatrie (pathologie particulièrement prévalente ou typique de l'enfance, avant l'âge 15 ans),
- Éruption aiguë (généralisée / localisée) d'apparition récente (< 1 mois)
- Traumatique
- Vasculaire

A noter que la classification dans une catégorie n'est pas nécessairement exclusive : à titre d'exemple, un botriomycome sera classé dans tumoral et vasculaire, une dermatite atopique de l'enfant dans dermopédiatrie et dermatose inflammatoire (et éruption aiguë, en fonction de l'évolution).

- Recueil du diagnostic à l'aide de la classification CIM-10 (sauf pour ce qui est physiologique, qui n'est pas intégré à cette classification).

- Les suites de prises en charge.
  - Surveillance (par le médecin généraliste ou le patient)
  - Prescription de thérapeutique
    - ➥ Prescription PIH +/- médicament d'exception (consultation hospitalière)
    - ➥ Prescription non PIH qui peut être faite par le MG
  - Acte technique
  - Acte thérapeutique en milieu hospitalier recommandé
    - ➥ Exérèse à risque : tumeur volumineuse, sur le visage ou extrémités ou génitale, risque de complication (notamment hémorragique ou infectieux) important, présence d'un dispositif cardiaque implantable dont le fonctionnement pourrait être perturbé par l'usage du bistouri électrique et qui nécessite une surveillance spécifique, contexte patient type troubles du comportement, surveillance en hôpital de jour nécessaire, nécessité d'avoir une anesthésie générale (AG), bloc commun avec des chirurgiens (Oto-rhino-laryngologues, ophtalmologues, etc.).
    - ➥ Technique hospitalière : microscope confocal
    - ➥ Nécessité d'une AG [exérèse, laser (non disponible au GHICL), etc.]
  - Convocation pour consultation (physique présentielle ou téléconsultation). Le cas échéant, le délai entre la TLX réalisée et le rendez-vous réellement donné par l'hôpital GHICL.

        - Hospitalisation faite par le dermatologue (conventionnelle ou de jour) pour bilan et/ou traitement, ou pour prise en charge hospitalière complexe multidisciplinaire (pieds diabétiques, maladies systémiques ou potentiellement systémiques, etc.)
        - Réorientation
            - Consultation en dermatologie de ville
            - Demande d'avis nominative à un référent dans un domaine d'hyper spécialité (dermatologue expert/dermatologie tertiaire). *Par exemple : dermatopédiatrie, chirurgie cutanée, plaies chroniques, etc…*
            - Consultation par un autre spécialiste
                - ➥ Cas autre que dermatologique
                - ➥ Cas nécessitant quand même l'avis d'au moins un autre spécialiste (gynécologue, stomatologue)
            - Vers le médecin traitant
            - Soins et examens complémentaires (infirmier, biologiste, radiologue, etc.)
            - Urgence
        - Le délai proposé entre la réponse à la TLX et la convocation, le cas échéant.
            - < 3 jours
            - < 15 jours
            - < 6 semaines
            - < 3 mois

    - Traitement du problème via la téléexpertise.
        - Oui, sous réserve / doute : Informations complémentaires demandées
            - Cliniques
            - Photographies
        - Oui, avis franc / affirmatif
            - Diagnostique
            - Thérapeutique,
            - Organisation de soins.
        - Donnée non disponible

- Délai entre la demande et la réponse.

# 4. Population étudiée

## 4.1 Critères d'inclusion

- ✔ Les demandes de téléexpertise
- ✔ Adressées aux dermatologues du GHICL (requis)
- ✔ Par les médecins généralistes des départements du Nord et du Pas de Calais inscrits à l'ordre des médecins (requérants).
- ✔ Via la plateforme qu'utilise le GHICL
- ✔ Pendant la période de janvier 2022 à décembre 2022.

ET

- ✔ Les réponses aux demandes de téléexpertise
- ✔ Adressées par les dermatologues du GHICL (requis) et leur secrétariat
- ✔ Aux médecins généralistes des départements du Nord et du Pas de Calais inscrits à l'ordre des médecins (requérants).
- ✔ Via la plateforme qu'utilise le GHICL
- ✔ Pendant la période de janvier 2022 à décembre 2022.

## 4.2 Critères de non inclusion.

- ✔ Les demandes d'avis faites par une autre spécialité que la médecine générale.
- ✔ Les demandes d'avis faites par un médecin généraliste en formation (les internes).
- ✔ Les patients et professionnels de santé s'opposant à l'étude.
- ✔ Les patients et professionnels de santé n'ayant pas reçu la note d'information.
- ✔ La suite d'une téléexpertise commencée antérieurement.

## 4.3 Modalité de recrutement.

Une demande d'accès à des fins de recherches a été faite au gestionnaire de la plateforme par le directeur de thèse.

Après avoir reçu les codes, il a été possible d'analyser les demandes d'avis faites par les médecins généralistes au réseau GHICL dermatologie sur l'année 2022.

Un nombre de demandes d'environ 300 a été fixé pour l'étude qui ont été choisies de manière aléatoire.

## 5. Déroulement de l'étude

Une fois la liste des échanges entre médecin généraliste et dermatologue établie, le recueil des données a été réalisé de manière rétrospective à partir de la lecture des demandes d'avis des médecins généralistes et des réponses aux avis par les dermatologues du GHICL sur la plateforme.

La lecture des dossiers médicaux électroniques du GHICL n'était pas nécessaire, car les informations sur le patient étaient répertoriées sur la plateforme en ligne et sécurisée.

La lecture et l'analyse des demandes concernant les patients a pu être faite suite à l'absence d'opposition du médecin généraliste, du dermatologue et du patient. Une note d'information à destination des médecins et des patients a été envoyée par voie postale (Annexe 3), afin qu'ils puissent s'opposer à tout moment à l'étude.

Une fiche de recueil a été établie au préalable grâce au catalogue des variables (Annexe 4).

Les données collectées sont adéquates et pertinentes, limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités décrites. Elles concernent à la fois les participants à l'étude, et les professionnels travaillant sur l'étude.

## 6. Nombre de sujets

L'étude était par nature observationnelle et quantitative. Il n'y avait pas d'éléments sur lesquels baser le calcul du nombre de sujets.

Nous visions l'analyse d'environ 300 échanges, ce qui représentait environ 16% du total des échanges de l'année 2022. Ce nombre était principalement basé sur la faisabilité du recueil des données, et permettait d'avoir des estimations suffisamment précises pour nos objectifs.

## 7. Plan d'analyse

L'analyse de cette étude est descriptive.

Les statistiques ont été réalisées à partir des outils de calcul du logiciel Excel® et du logiciel R par la DRCI (Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL.

Les variables numériques seront décrites par la moyenne et l'écart-type, en cas de normalité

des données, et sinon par la médiane et l'intervalle interquartile.

Pour les variables qualitatives, l'effectif et la fréquence de chaque modalité seront calculés.

L'analyse a été réalisée par la DRCI du GHICL, à l'aide du logiciel R, et à partir des outils de calcul du logiciel Excel®.

# 8. Aspects réglementaires et éthiques

## 8.1 Conformité éthique

Ce projet est conforme aux principes de l'éthique de la recherche que sont le respect de la personne, la bienfaisance et la justice. Il n'entraîne pas de stigmatisation d'un groupe spécifique et ne va pas à l'encontre de la morale.

Les données requises sont adéquates, pertinentes, et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités décrites. L'équipe projet connaît les données ou dispose des ressources et des compétences nécessaires pour les appréhender. Il a été réalisé dans le contexte d'une amélioration de la prise en charge des patients.

Ce projet a été validé par le Comité Interne d'Ethique de la Recherche du GHICL, le 05 juin 2023 (avis en annexe 5).

## 8.2 Conformité juridique.

Ce projet de recherche sur des données déjà collectées, lors du soin correspond à un traitement de données ne répondant pas à la définition d'une recherche impliquant la personne humaine selon la Loi Jardé, elle est donc qualifiée de « hors loi Jardé » ou recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH) au sens de la Loi (loi n° 2012-300 du 5 mars 2012, modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 et le décret n° 2017-884 du 9 mai 2017).

Son fondement juridique est l'exercice d'une mission d'intérêt public dont est investi le GHICL en sa qualité de responsable de traitement. Ce traitement de données de santé est autorisé car il est nécessaire à des fins de recherche scientifique. Le GHICL mettra en œuvre des mesures appropriées permettant de garantir les droits et libertés, notamment le seul recueil de données strictement nécessaires à la recherche.

## 8.3 Conformité CNIL.

En France, la réglementation est précise concernant l'utilisation des données personnelles de santé.

Conformément au décret n°2016-1872 du 26 décembre 2016 modifiant le décret n°2005-1309 du 20 octobre 2005, pris pour application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et au libertés, les recherches, études ou évaluations dans le domaine de la santé relèvent du régime de demande d'autorisation auprès de la CNIL.

D'après ses caractéristiques, ce projet de recherche RNIPH est conforme à la méthodologie de référence n°4, définie par la CNIL. Comme le GHICL, responsable du traitement de données pour cette étude, s'est engagé à respecter cette méthodologie (cf. la déclaration de conformité à la méthodologie de référence n°2205968 v 0 du 30 août 2018), les formalités liées aux traitements de données sont simplifiées. Ainsi :

- ✔ L'étude sera enregistrée sur le répertoire public tenu par la Plateforme des données de santé ou Health Data Hub.
- ✔ Aucune formalité supplémentaire n'est requise

## 8.4 Conformité RGPD.

Conformément à l'article 30 du RGDP, ce projet est inscrit sur le registre interne des activités de traitement du GHICL, par le responsable du traitement de données.

# III. Résultats.

## 1. Les caractéristiques des demandes d'avis en téléexpertise.

### 1.1 Généralités.

Au total, 301 demandes d'avis ont été étudiées sur l'année 2022.

Sur les 301 demandes, il y a eu 175 médecins généralistes différents qui ont fait des demandes d'avis en TLX dermatologique. La répartition par nombre de demandes est détaillée en figure 3.

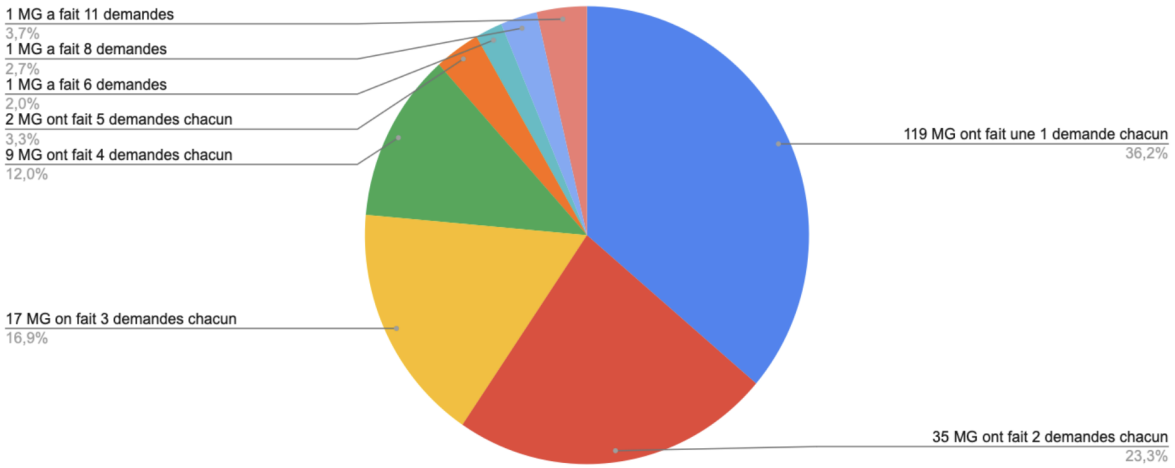



Figure 3 : Répartition par nombre de demandes.

L'âge moyen était de 47 ans et l'âge médian de 48 ans (minimum : 1 an ; maximum : 101 ans), avec une pourcentage de mineurs (< 18 ans) de 16,3 % et un pourcentage de patients > 80 ans de 11,6% .

### 1.2 Les caractéristiques cliniques des échanges.

Le recueil des données sur les demandes d'avis par les médecins généralistes a permis de mettre en évidence quelles sont les données du profil du patient qui sont renseignées et les caractéristiques des échanges.

En effet, les antécédents, le contexte, le diagnostic du MG et les symptômes associés à lésion cutanées ont été mentionnées sur environ 1 demande sur 2. (Figure 4)

Les médecins généralistes mentionnent moins si le patient a des allergies ou non (donnée absente sur 85,7% des demandes d'avis), ou s'il prend des traitements (donnée absente sur 72,1% des demandes d'avis) ou encore s'il a essayé un traitement avant de faire la demande (donnée absente sur 60,8% des demandes d'avis). (Figure 4)

Les caractéristiques des lésions, la localisation (90,7 % des demandes d'avis), l'évolution (68,8% des demandes d'avis) et la date d'apparition (67,1% des demandes d'avis) de celles-ci sont majoritairement renseignées dans les demandes. (Figure 4)

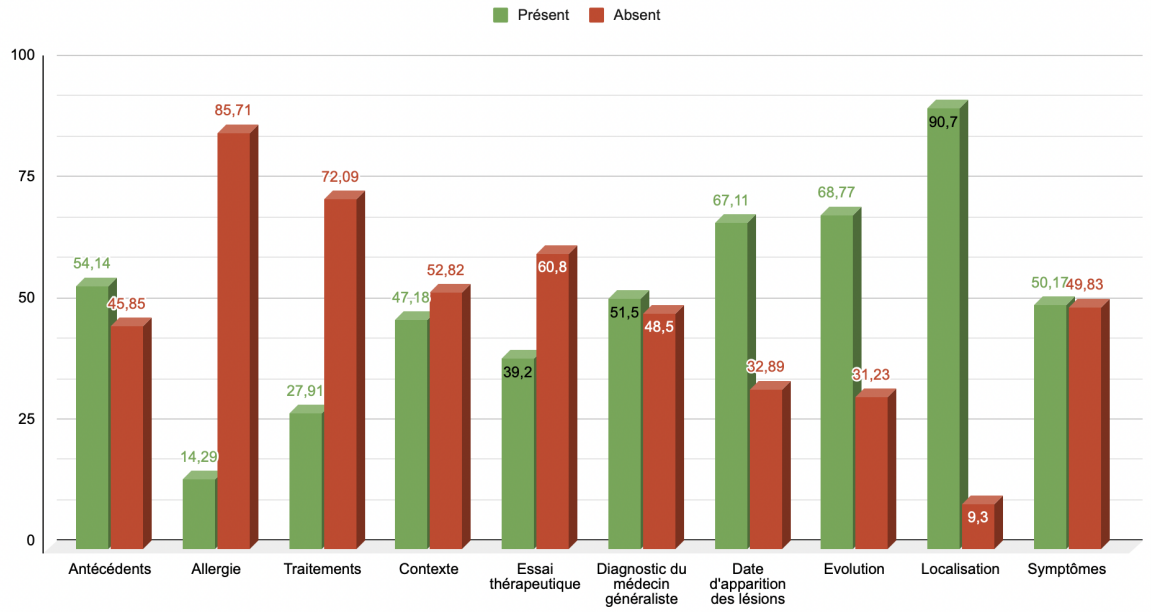



Figure 4 : Présence des données dans les demandes d'avis de téléexpertise dermatologie des médecins généralistes.

## 2. Description des raisons de la réalisation de la téléexpertise.

Dans les 301 demandes étudiées, la raison de la réalisation de la TLX a été explicitement renseignée par le médecin pour 148 (49,2%) d'entre elles.

Parmi ces 148 demandes, dans environ 40% des cas, les médecins faisaient une demande de TLX suite à une difficulté thérapeutique (n=63, 42,6%) ou un doute diagnostique (n=60, 40,5%). (Figure 5).

A l'inverse, il a été mentionné sur environ 3% des demandes qu'elles étaient faites à la demande du patient (2,7%) ou bien suite à une particularité du patient telle que des difficultés de déplacement (3,4%) ou encore dues à l'inaccessibilité de la spécialité dermatologie (4.1%). (Figure 5)

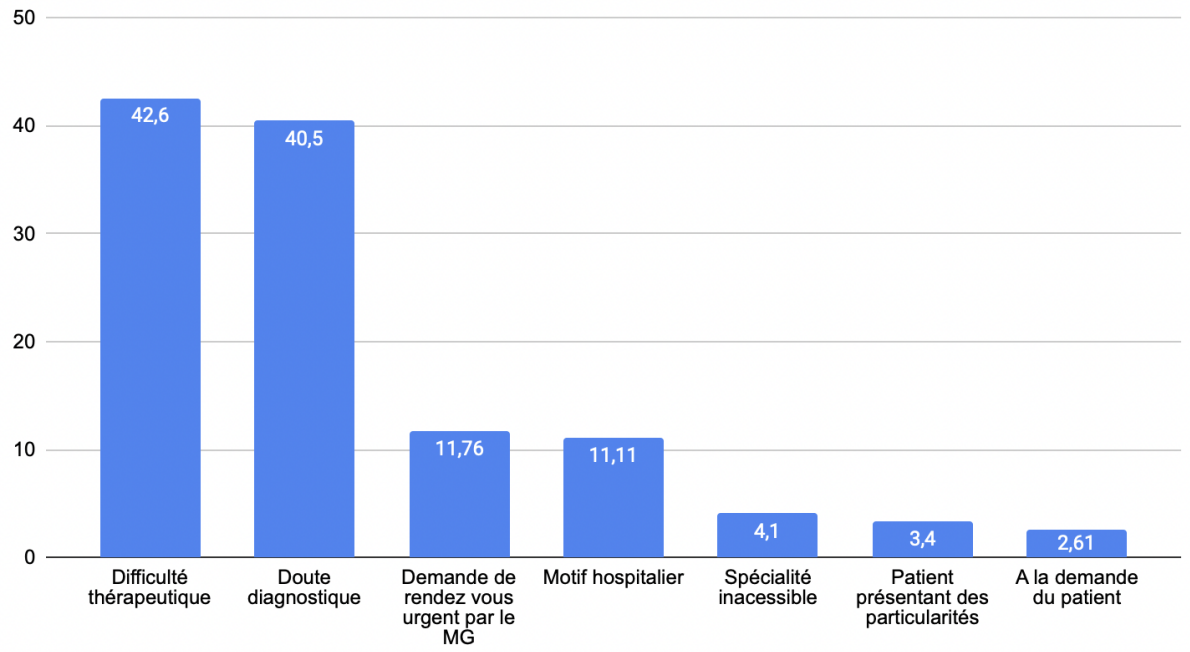



Figure 5 : Les raisons de la réalisation de la téléexpertise (% des demandes).

## 3. Description des réponses aux demandes d'avis.

En moyenne, le dermatologue répondait à la demande du médecin généraliste en 16 heures et 42 minutes (minimum : 0 minute ; maximum : 240 heures 36 minutes, soit 10 jours). Le temps de réponse médian était de 8 heures et 30 minutes.

Il y a eu 97,3% de demandes où le dermatologue a répondu en moins de 72 heures.

### 3.1 Réponse au problème via la téléexpertise.

Dans environ 85% des demandes (n = 256), la réponse du dermatologue comportait au moins un avis sur le diagnostic de la lésion cutanée. (Figure 6)

Une seule hypothèse diagnostique était donnée pour 214 demandes (71%), plusieurs hypothèses diagnostiques pour 68 demandes (23%), et aucune hypothèse diagnostique pour 19 demandes (6%).

Aucun avis en télé-expertise n'a pu être rendu pour 6 demandes (1,99%).

Mais, sur les 295 demandes, la réponse a été donnée sans réserve pour 265 demandes, ce qui montre un degré d'assertivité important pour ces 265 cas (90%) et des doutes pour 30 cas (10%)

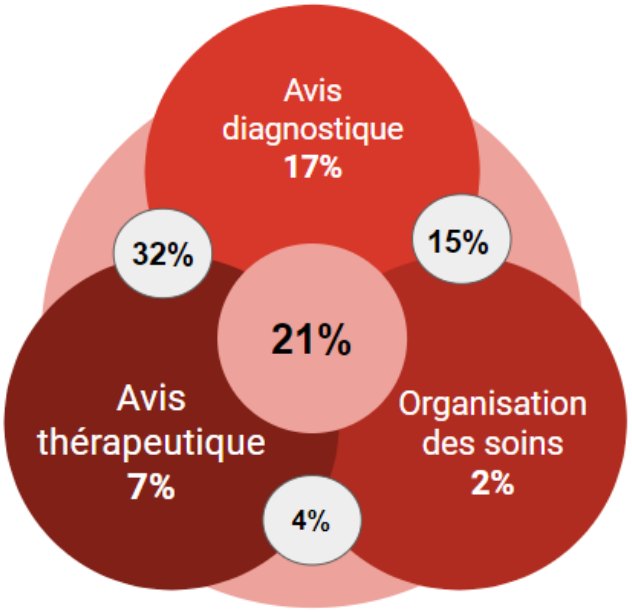



Figure 6 : Type de réponse apportée par la téléexpertise.

17 demandes (6 %) ont nécessité des informations complémentaires cliniques et 26 (8,6 %) ont nécessité des informations complémentaires photographiques pour pouvoir apporter une réponse (téléexpertise qui a nécessité deux temps pour être réalisée).

## 3.2 Les types de pathologies rencontrés.

Sur les 301 demandes, 54 demandes n'ont pas de diagnostics proposés par le dermatologue, la donnée n'était pas disponible.

Les pathologies tumorales étaient les plus représentées (43,1%) avec les carcinomes (14,2% des 256 demandes d'avis avec diagnostics) et les tumeurs mélanocytaires (11% des 256 demandes d'avis avec diagnostics). (Figure 7 et Table 1)

D'autres pathologies tumorales à moindres proportions étaient moins représentées comme les kératoses séborrhéiques, les kératoses actiniques, les hémangiomes, les condylomes, les angiomes rubis, les dystrophies des ongles, les kystes sébacés, les mélanomes, histiocytofibromes, les granulomes pyogéniques, les leucoplasies et les néoplasies intra épithéliales. (Table 1)

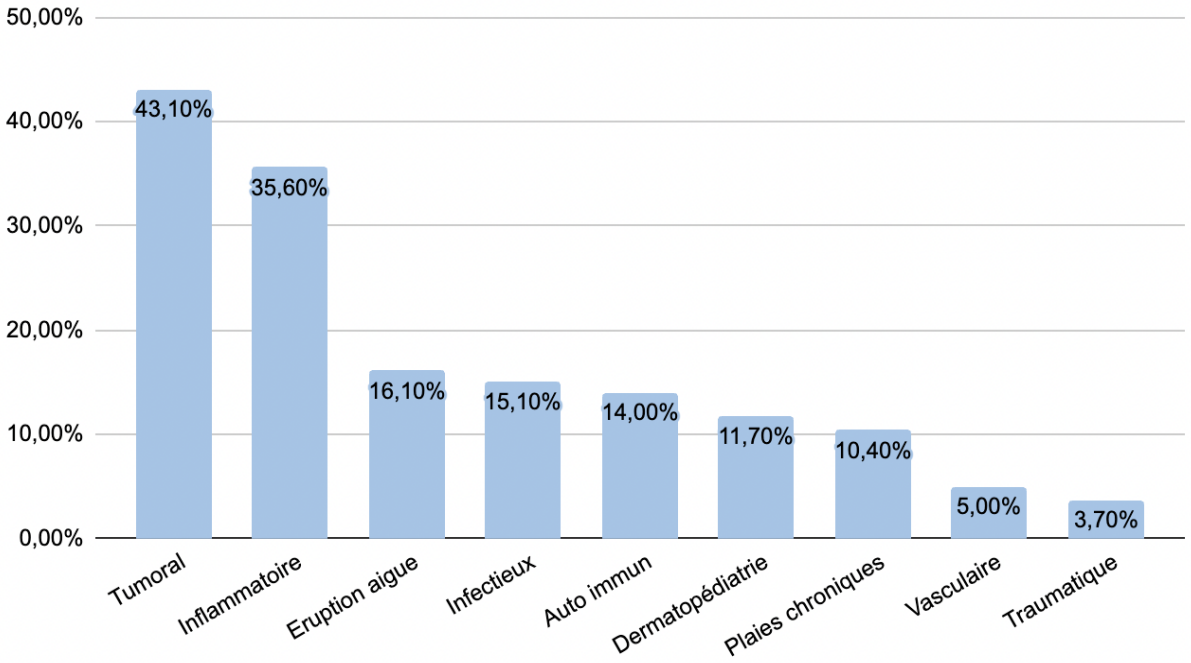



Figure 7 : Les catégories de types de pathologies rencontrées.

5% des carcinomes évoquaient à la fois un carcinome épidermoïde ou un basocellulaire pour le dermatologue (non déterminé). (Figure 8)

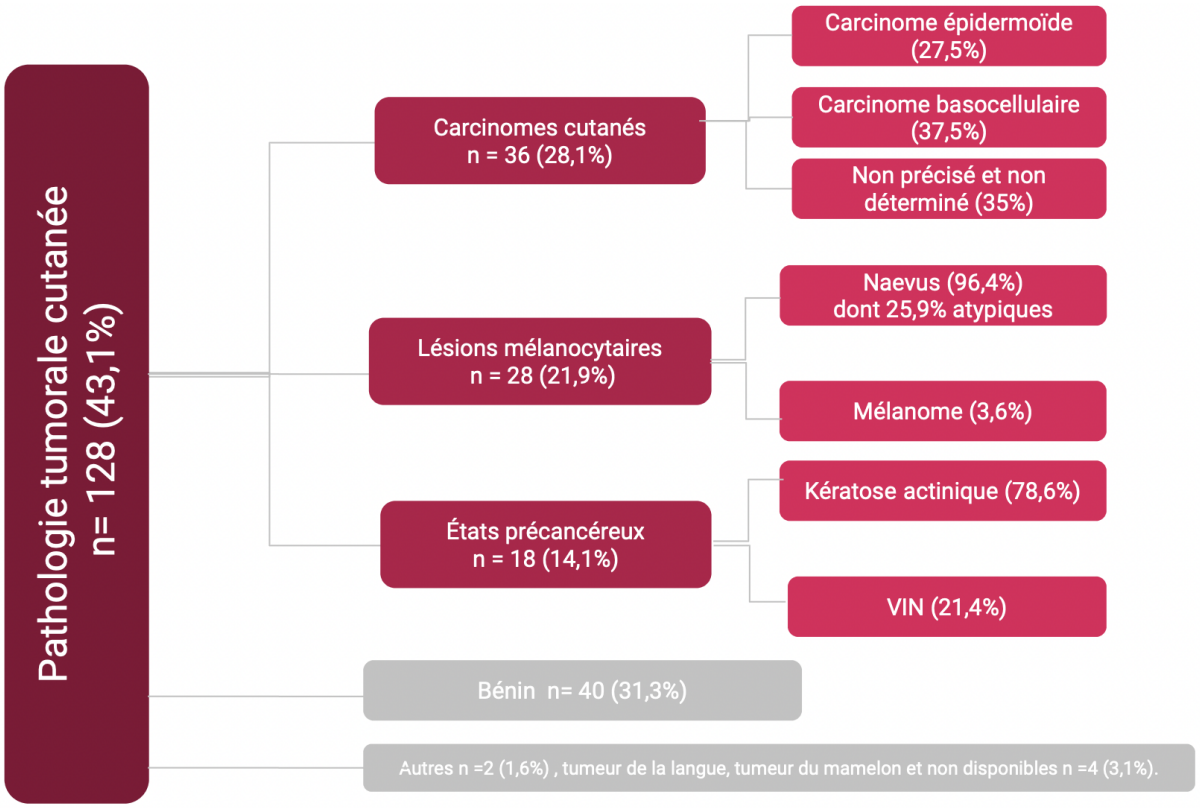



Figure 8 : Proportion des pathologies tumorales rencontrées en TLX.

Le détail des diagnostics ci-dessous concerne les 256 cas qui étaient clairement disponibles et non équivoques. (Table 1)

Table 1 : Diagnostics recueillis à l'aide de la classification CIM-10.

| Code CIM-10 du diagnostic du dermatologue | Signification de la CIM-10 | Remarques/précisions | Effectif | Proportion | Sous chapitre de la CIM-10 | Chapitre de la CIM-10 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **A630** | Condylomes ano-génitaux | | 1 | 0.4% | (A50-A64) Infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel | Chapitre 01 : Certaines maladies infectieuses et parasitaires |
| **B01** | Varicelle | | 1 | 0.4% | (B00-B09) Infections virales caractérisées par des lésions cutanéo-muqueuses | |
| **B07** | Verrues d'origine virale | | 9 | 3.5% | | |
| **B081** | Molluscum contagiosum | | 2 | 0.8% | | |
| **B088** | Autres infections virales précisées, caractérisées par des lésions cutanéo-muqueuses | Infection à coxsackie | 1 | 0.4% | | |
| **B09** | Infection virale caractérisée par des lésions cutanéo-muqueuses, sans précision | | 1 | 0.4% | | |
| **B209** | Zona (sans complication) | | 1 | 0.4% | (B35-B49) Mycoses | |
| **B35** | Dermatophytose | Dont une teigne du cuir chevelu | 2 | 0.8% | | |
| **B354** | Teigne de la peau galbre | | 1 | 0.4% | | |
| **B368** | Autres mycoses superficielles précisées | | 1 | 0.4% | | |
| **B86** | Gale | | 1 | 0.4% | (B85-B89) Pédiculose, acariase et autres infestations | |
| **C029** | Tumeur maligne de la langue, sans précision | | 1 | 0.4% | (C00-C14) Tumeurs malignes, lèvre, cavité buccale et pharynx | Chapitre 02 : Tumeurs. |
| **C43** | Mélanome malin du cuir chevelu et du cou | | 1 | 0.4% | (C43-C44) Tumeurs malignes, peau | |
| **C44** | Tumeur maligne de la peau | Dont 3 carcinomes in situ | 36 | 14.1% | | |
| **C500** | Tumeur maligne du mamelon et de l'aréole | Maladie de Paget | 1 | 0.4% | (C50-C58) Tumeurs malignes, seins, organes génitaux de la femme | |
| **D180** | Hémangiome, tout siège | | 7 | 2.7% | (D10-D36) Tumeurs bénignes | Chapitre 03 : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire |
| **D22** | Naevus à mélanocytes | | 27 | 10.6% | | |
| **D23** | Tumeur bénigne de la peau | Comprenant 2 histiocytofibromes et un angiome rubis. | 3 | 1.2% | | |
| **D869** | Sarcoïdose, sans précision | | 1 | 0.4% | (D80-D89) Certaines anomalies du système immunitaire | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I781** | Naevus, non néoplasique | | 1 | 0.4% | (I78) Maladies des capillaires | Chapitre 09 : Maladies de l'appareil circulatoire |
| **I831** | Varices des membres inférieurs, avec inflammation | | 1 | 0.4% | (I80-I89) Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs | |
| **K143** | Hypertrophie des papilles linguales | | 1 | 0.4% | (K00-K14) Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires | Chapitre 11 : Maladies de l'appareil digestif |
| **L011** | Impétigo | | 2 | 0.8% | (L00-L08) Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané | |
| **L024** | Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre | | 1 | 0.4% | | |
| **L08** | Autres infections localisées de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané | | 1 | 0.4% | | |
| **L080** | Pyodermite | | 2 | 0.8% | | |
| **L120** | Pemphigoide bulleux | | 1 | 0.4% | (L10-L14) Dermatoses bulleuses | |
| **L20** | Dermatite atopique | | 2 | 0.8% | (L20-L30) Dermatoses et eczéma (syndrome)s | |
| **L23** | Dermite allergique de contact | | 3 | 1.2% | | |
| **L29** | Prurit | | 1 | 0.4% | | |
| **L300** | Dermite nummulaire | | 2 | 0.8% | | |
| **L301** | Dyshidrose | | 2 | 0.8% | | |
| **L309** | Dermite, sans précision | Eczémas | 20 | 7.8% | | |
| **L40** | Psoriasis | | 7 | 2.7% | (L40-L45) Lésions papulo-squameuses | Chapitre 12 : Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané |
| **L403** | Pustulose palmaire et plantaire | | 1 | 0.4% | | |
| **L42** | Pityriasis rosé de Gibert | | 1 | 0.4% | | |
| **L43** | Lichen plan | | 1 | 0.4% | | |
| **L440** | Pityriasis rubra pilaire | | 1 | 0.4% | | |
| **L444** | Acrodermatite érythémato papuleuse infantile [Giannoti-Crosti] | | 2 | 0.8% | | |
| **L50** | Urticaire | | 6 | 2,40% | (L50-L54) Urticaire et érythème | |
| **L52** | Érythème noueux | | 1 | 0.4% | | |
| **L570** | Kératose actinique | | 11 | 4.3% | (L55-L59) Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation | |
| **L578** | Autres modifications de la peau dues à une exposition chronique aux rayonnements non ionisants | Grain de milium | 1 | 0.4% | | |
| **L601** | Onycholyse | Dûe à une tumeur unguéal ou sous unguéale ou un exostose | 1 | 0.4% | (L60-L75) Maladies des phanères et des annexes de la peau | |
| **L603** | Dystrophie des ongles | Mélanonychies | 2 | 0.8% | | |
| **L63** | pelade | | 4 | 1.6% | | |
| **L70** | Acné | | 3 | 1.2% | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **L719** | Acné rosacée, sans précision | 1 forme vasculaire et 2 formes inflammatoires | 3 | 1.2% | | |
| **L721** | Kyste sébacé | Kyste épidermique | 2 | 0.8% | | |
| **L730** | acné chéloïdienne | | 1 | 0.4% | | |
| **L739** | Affection folliculaire, sans précision | Folliculite | 2 | 0.8% | | |
| **L81** | Autres anomalies de la pigmentation | Hypomélanose en goutte | 1 | 0.4% | L80-L99) Autres infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané | |
| **L810** | Hyperpigmentation (cutanée) NCA post-inflammatoire | Pigmentation post inflammatoire sur hématome résorbé | 1 | 0.4% | | |
| **L813** | Taches café au lait | | 1 | 0.4% | | |
| **L814** | Autres hyperpigmentations par la mélanine | | 3 | 1.2% | | |
| **L82** | Kératose séborrhéique | | 21 | 8.2% | | |
| **L858** | Autres formes précisées d'épaississement de l'épiderme | Kératoses pilaires. | 3 | 1.2% | | |
| **L89** | Ulcère de décubitus et zone de pression | (Escarre) | 2 | 0.8% | | |
| **L900** | Lichen scléreux et atrophique | | 1 | 0.4% | | |
| **L910** | Cicatrice hypertrophique | Cicatrice chéloïde | 1 | 0.4% | | |
| **L92** | Granulome annulaire | | 1 | 0.4% | | |
| **L921** | nécrobiose lipoïdique | | 1 | 0.4% | | |
| **L940** | Sclérodermie localisée [morphée] | | 2 | 0.8% | | |
| **L97** | Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs | Dont mal perforant plantaire | 6 | 2.3% | | |
| **L98** | Granulome pyogénique | Botriomycome | 2 | 0.8% | | |
| **M0610** | Maladie de Still survenant chez l'adulte - Sièges multiples | | 1 | 0.4% | (M05-M14) Polyarthropathies inflammatoires | Chapitre 13 : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif |
| **M713** | Autres kystes des bourses séreuses | Pseudo-kyste mucoïde | 1 | 0.4% | (M70-M79) Autres affections des tissus mous | |
| **N903** | Dysplasie de la vulve, sans précision | | 1 | 0.4% | (N80-N98) Affections non inflammatoires de l'appareil génital féminin | Chapitre 14 : Maladies de l'appareil génito-urinaire de la classification internationale des maladies |
| **N904** | Leucoplasie de la vulve | | 2 | 0.8% | | |
| **N907** | Kyste de la vulve | | 1 | 0.4% | | |
| **Q825** | Naevus congénital non néoplasique | 1 Blaschko distribué / mosaïcisme pigmentaire<br>1 naevus congénital ou hamartome verruqueux congénital | 3 | 1.2% | Q80-Q89 - Autres malformations congénitales | Chapitre 17 : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 hamartome sébacé de Jadassohn | | | | |
| **Q848** | Autres malformations congénitales précisées de la peau et des phanères | Aplasie cutanée congénitale | 1 | 0.4% | | |
| **R233** | Ecchymoses spontanées | | 1 | 0.4% | R20-R23 - Symptômes et signes relatifs à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané | Chapitre 18 : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs |
| **T130** | Lésion traumatique superficielle du membre inférieur, niveau non précisé | Hématome | 1 | 0.4% | T29-T32 Brûlures et corrosions de parties du corps, multiples et non précisées | Chapitre 19 : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externe |
| **T303** | Brûlure du troisième degré | | 1 | 0.4% | | |
| **T633** | Effet toxique du venin d'araignée | | 1 | 0.4% | T51-T65 Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale | |
| **T691** | Engelures | | 1 | 0.4% | | |
| **T783** | Oedème angioneurotique | | 1 | 0.4% | T66-T78 Effets de causes externes, autres et non précisés | |
| **W57** | Morsure ou piqûre non venimeuse d'insectes et autres arthropodes | | 2 | 0.8% | W50-W64 Exposition à des forces animées | Chapitre 20 : Causes externes de morbidité et de mortalité |
| **Code hors CIM-10 : PH** | Physiologique | Granulations de fordyce, taches de Bier et langue scrotale | 3 | 1.2% | | |

Les infections cutanées bactériennes (impétigos, abcès et pyodermites) représentent 2% des pathologies diagnostiquées par les dermatologues. (Table 1)

Les eczémas représentent 10,9 % (dermite nummulaire (0,8%), dyshidrose (0,8%) , dermite de contact (1,2%), “dermite” (7,8%)) des pathologies diagnostiquées par les dermatologues. (Table 1)

Les urticaires représentent 1,6 % des pathologies diagnostiquées par les dermatologues. (Table 1)

Les lésions cutanées traumatiques accidentelles suite à des causes externes (morsure, piqûre, brûlure) représentent également 2,7% des pathologies diagnostiquées par les dermatologues. (Table 1)

Des pathologies frontières avec la dermatologie ont été diagnostiquées (un cas de tumeur de la langue et un cas de tumeur du mamelon), ainsi que certaines (n=3) demandes d’avis ont concerné des cas physiologiques. Ces pathologies frontières et ces cas physiologiques représentent 1,9% des demandes d’avis. (Table 1)

## 3.3 Les conclusions de la téléexpertise.

Les conclusions de la téléexpertise étaient marquées par plusieurs types de suite de prises en charge résumées dans le tableau 2.

Table 2 : Les suites de prise en charge.

| | Les suites de prises en charge (n=301) |
|---|---|
| Surveillance (%) | 35 (11,6) |
| - Par le médecin généraliste | 32 (91,4%) |
| - Par le patient | 3 (8,6%) |
| Thérapeutique (%) | 187 (62,1) |
| ➢ Acte technique | 56 (29,9 %) |
| ○ Acte technique hospitalier | 14 (7,5 %) |
| ➢ Prescription médicamenteuse PIH | 2 (1,1 %) |
| ➢ Prescription médicamenteuse non PIH | 134 (71,7 %) |
| Orientation (%) | 172 (57,1) |
| ➢ Dermatologue de ville | 21 (12,2 %) |
| ➢ Un dermatologue expert (tertiaire) | 16 (9,3 %) |
| ➢ Autre spécialiste | 15 (8,7 %) |
| ➢ Soins pluridisciplinaires | 5 (2,9 %) |
| ➢ Suite de PEC par médecin traitant | 114 (66,3 %) |
| ➢ Urgence | 1 (0,6%) |
| Hospitalisation (%) | 15 (5) |
| ➢ Conventionnelle | 10 (66,7%) |
| ➢ Hôpital de jour | 1 (6,7%) |
| *avec prise en charge complexe pluridisciplinaire* | 4 (26,7%) |
| Convocation (%) | 94 (31,2) |
| ➢ Présentielle | 94 (100 %) |

| | |
|---|---|
| ➢ Visio (téléconsultation) | 0 |
| Délai entre la réponse à la TLX et la convocation (jours) | n = 69 |
| - Moyen | 35 |
| - Min ; Max | 0 ; 234 |
| - Médiane | 26 |
| - < 3 jours | 10 (14,5 %) |
| - < 15 jours | 25 (36,2 %) |
| - < 6 semaines | 49 (71,0 %) |
| - < 3 mois | 63 (91,3 %) |
| Respect du délai proposé par le dermatologue (%) | 57 (82,6%) |

Une hospitalisation a été proposée par le dermatologue dans 5% des demandes.

En proposant une convocation dans 31,2% des demandes, le dermatologue et le patient ont évité une consultation non nécessaire dans 68,8% des cas.

Une autre manière d'éviter une consultation non nécessaire pour le patient avec le dermatologue hospitalier a été de réorienter (57,1% des demandes) : vers le médecin traitant dans 66,3% des cas de réorientation et vers un dermatologue de ville dans 12,2%.

Les conseils sur la prise en charge ont été connus dès la réponse à la TLX :

- Thérapeutique proposée dans 62,1% des demandes
- Surveillance proposée dans 11,6% des demandes
- Convocation en moins de 3 mois dans 91,3% des convocations

# IV. Discussion

L'usage de TLX en dermatologie hospitalière est très occasionnelle pour la majorité. Elle ne fait peut-être pas partie des pratiques courantes du médecin traitant. En revanche, d'autres utilisateurs de la plateforme considèrent probablement que les dermatologues hospitaliers sont leurs correspondants privilégiés, ce qui justifierait leur proportion plus importante de demandes. (Figure 3)

## 1. Objectif principal : description des demandes de téléexpertise.

Le critère de jugement principal était d'étudier les caractéristiques des échanges d'avis, en recueillant la présence ou non de la donnée dans la demande et la réponse.

Dans le texte explicatif (annexe 6) mis à disposition des praticiens pour faire la demande, le GHICL demande à ce que certaines informations soient systématiquement présentes dans la demande :

- Les antécédents
- Les traitements
- Tout examen qui semble utile pour un avis pertinent
- Contexte
- Histoire de la maladie / problématique (durée, évolution, traitements tentés, facteurs déclenchants, activités préalables ou prise de médicament récente, etc.)
- Identité et téléphone du référent familial

Dans ces 301 demandes, nous remarquons donc que les données qui doivent systématiquement apparaître pour donner un avis pertinent ne sont renseignées que dans 27,9% des cas pour les traitements, 47% pour le contexte et 54,2% pour les antécédents. Néanmoins, dans 2 demandes sur 3, l'information sur l'évolution (67,1%) et la date d'apparition (68,8%) était présente. (Figure 4)

Cela questionne sur la connaissance des médecins généralistes sur les spécificités de la TD et de la nécessité de donner aux requis l'ensemble des données.

Il y a une variabilité selon les informations à renseigner. En effet, il y a des demandes pour lesquelles toutes les informations étaient présentes et d'autres demandes dont on avait uniquement la (ou les) photographie(s) par exemple. On note tout de même que les informations cliniques utiles sont parcellaires ou incomplètes dans une grande majorité des cas. (Figure 4)

On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles, les médecins généralistes ne transmettent pas ces informations : ont-ils pris connaissance des conditions nécessaires pour faire l'envoi de la

demande ? n'ont-ils pas le temps de les transmettre ? ont-ils rencontré des difficultés ? ne les considèrent-ils pas comme utiles ou pertinentes ? ne les ont-ils pas recherchées à l'interrogatoire ?

Le travail de thèse complémentaire de M. POUANSI intitulé "Étude des échanges de télé expertise en dermatologie entre les médecin généraliste des Hauts-de-France et les praticiens du GHICL : évaluation de la satisfaction et de la pertinence." apportera probablement des éléments de réponse.

Toujours est-il que cela interroge sur la fiabilité de la réponse donnée par le requis, qui est dépendante de la qualité des informations transmises (cliniques et photographiques) afin de pouvoir rédiger une réponse adéquate, pertinente et fiable.

Il y a 45 demandes où des informations cliniques et/ou photographiques manquaient.

Ce chiffre est à la fois correct, surtout en l'absence de formation, et semble montrer qu'il est possible de mettre en place rapidement et facilement un réseau de télé-expertise en dermatologie.

Mais aussi, en valeur absolue, cela reste trop. Il est préférable que ce chiffre soit le plus petit possible, au vu du nombre de demandes que cela concerne et la disponibilité des dermatologues.

Donc de manière générale, sans formation, les photographies et la clinique permettent aux dermatologues de répondre et ce, dans la majorité des cas, sans réserve. Cela illustre le savoir-faire des médecins généralistes quant à leur aptitude et habitude à demander des avis spécialisés.

D'une part, des informations de mauvaise qualité retardent la prise en charge et font perdre du temps aux deux praticiens. Dans certains cas, cela empêche le dermatologue de répondre à la question.

D'autre part, il est intéressant de comparer la TD avec le déploiement en parallèle de l'intelligence artificielle en médecine. Elle est une autre option pour aider les médecins généralistes en première ligne face aux problématiques cutanées.

Dans 51,5% des cas, le diagnostic ou la suspicion de celui-ci était renseigné par le médecin généraliste. (Figure 4) Cela montre que l'avis diagnostic n'était pas l'élément le plus recherché, comme en témoignent les 16,6% de demandes pour lesquelles le dermatologue ne donnait qu'un avis diagnostic. (Figure 6)

L'intelligence artificielle aurait aussi un rôle dans le diagnostic, mais comme l'affiche nos chiffres, l'avis thérapeutique est tout autant recherché. Et celui-ci dépend du contexte clinique.

Pour conclure, il est important de rappeler qu'un avis de télé-expertise en dermatologie ne consiste pas uniquement en l'envoi et l'analyse d'une photographie, mais que cette dernière doit impérativement être contextualisée par les informations cliniques.

Cela devrait être un message important à porter auprès des médecins utilisateurs, notamment au cours de formation, qui semble donc indispensable, afin que cette nouvelle pratique soit réalisée avec la rigueur et la qualité attendue.

# 2. Objectifs secondaires.

## 2.1 Les raisons de la téléexpertise.

La majorité des demandes de télé-expertise étaient faites suite à un doute diagnostique et/ou une impasse thérapeutique. (Figure 5) On peut supposer qu'il s'agit des difficultés majoritaires que les MG ont, face aux dermatoses qui leur posent problème.

Cela transparaît dans les réponses données où dans 50% des demandes, le dermatologue donnait au moins un avis diagnostique et thérapeutique. (Figure 6)

Les résultats interrogent sur le respect du cadre dans lequel le réseau de TLX a été mis en place.

La raison de TLX "motif de recours hospitalier" est minoritaire, environ 10% (figure 5), alors que le texte explicatif mentionne l'intérêt premier de faire une demande dans ce réseau. (Annexe 2)

On émet l'hypothèse que ce chiffre est faible, car l'information est transparente (le médecin généraliste ne l'a pas précisé), car ce serait la conséquence d'un nombre faible (ou l'ignorance) de réseaux similaires pour des pathologies courantes de la dermatologie de ville, la conséquence d'une méconnaissance des médecins généralistes de ce qui est du ressort du recours hospitalier pour les problèmes dermatologiques.

Encore une fois, le travail de thèse complémentaire de M. POUANSI apportera aussi ici probablement quelques éléments de réponse sur le recours hospitalier.

Au regard des résultats de cette étude, on pourrait améliorer la communication sur l'adressage plus approprié des demandes d'avis en TLX dermatologie au GHICL.

## 2.2 Les types de pathologies rencontrés.

Les 54 demandes où le diagnostic n'était pas proposé par le dermatologue étaient des cas où le médecin généraliste avait déjà le diagnostic et le dermatologue n'a pas confirmé, il a donc probablement uniquement donné un avis thérapeutique et/ou a organisé les soins.

À ce jour, il n'y a pas d'études, dans la littérature, sur les types de pathologies dermatologiques que peuvent rencontrer les médecins généralistes au cabinet.

Les tumeurs représentent une large part des cas rencontrés en cabinet et référées au dermatologue via la télé-expertise. (Figure 7) Cela est particulièrement convenable, car la TLX permet une priorisation de ces cas qui sont en effet plus ou moins urgents. Puisqu'il y a un enjeu de prise en charge précoce pour améliorer le pronostic et la morbi-mortalité des tumeurs cutanées (20) ; il est important que le dermatologue puisse prioriser, bien différencier les types de tumeurs cutanées, qui peuvent avoir des pronostics distincts et spécifiques.

À propos des tumeurs, l'enjeu des tumeurs bénignes n'est pas le même : il est de savoir s'il faut consulter ou non, et si c'est prioritaire (pour ne pas dire urgent) ou non. Ce qui permettra de rassurer plus ou moins le patient.

L'exemple de la proportion des kératoses séborrhéiques l'illustre bien : 21 cas représentant 8,2% des demandes. Cette proportion, quasiment équivalente à celle de la "dermite" (eczémas) (n =20, 7,8%), est le reflet d'une prévalence non négligeable en cabinet de médecine générale. Elles font partie des diagnostics différentiels des mélanomes, pouvant inquiéter du fait de leur pigmentation, de leur apparition et de leur évolution. (Table 1)

Bien que ce type de diagnostic puisse se faire par la TLX (25), il mobilise du temps médical hospitalier pour une tumeur bénigne que le médecin traitant pourrait aisément reconnaître par son expertise.

Néanmoins il reste des cas où il est difficile par la seule photographie de distinguer une kératose séborrhéique d'une tumeur mélanocytaire, dans ce cas la dermoscopie a toute sa place et permet aisément de redresser le diagnostic.

Plus largement, l'usage de la dermoscopie pour une meilleure caractérisation des tumeurs

cutanées, notamment des lésions pigmentées, semble essentiel, et cela a déjà été prouvé dans la littérature (19). Son usage pour la TLX doit être le plus systématique possible.

Le fait qu'on ait classé dans "naevus à mélanocytes", ne représente pas la situation clinique dans laquelle on est. La prise en charge d'un naevus typique et atypique n'est pas la même. Notre travail n'était pas porté sur la proportion de lésions mélanocytaires qui ont nécessité une consultation physique.

Il reste important de souligner qu'une TLX pour ce motif (naevus à mélanocytes) a été demandée dans 10,5% des TLX à un spécialiste hospitalier alors que c'est un motif de consultation de premier recours, en ville. (Table 1)

En parallèle, il est particulièrement approprié de solliciter une TLX hospitalière pour un patient qui présente une tumeur maligne difficile à opérer, afin de bénéficier l'avis d'un expert ou une surveillance post opératoire.

Les pathologies inflammatoires représentent la deuxième entité la plus retrouvée dans les types de pathologies. (Figure 7) L'avis diagnostique a été davantage sollicité dans ces demandes.

L'eczéma prédomine nettement, et semble montrer une méconnaissance de cette dermatose inflammatoire qui est pourtant des plus communes, si ce n'est la plus commune !

Ces résultats concernant les types de pathologies retrouvées dans les cabinets de médecine générale sont concordants avec la littérature nationale (26) et internationale (27). On y retrouve également que les pathologies tumorales et inflammatoires sont les plus rencontrées.

Enfin, le nombre de diagnostics différents (n=80) illustre la diversité des pathologies et problématiques cutanées rencontrées. (Table 1)

Ainsi, selon le type de pathologie, la problématique n'est pas la même :

- Pour les tumeurs, c'est a priori la rapidité de la prise en charge et la thérapeutique.
- Pour les pathologies inflammatoires, on peut supposer qu'elle est diagnostique.
- Pour les plaies chroniques, peut-être plutôt à hospitaliser.

Notre travail n'a pas évalué spécifiquement la suite des prises en charge en fonction des pathologies. Ce qui aurait pu être intéressant, car on pourrait envisager une meilleure formation initiale des médecins généralistes, par exemple spécifiquement pour l'eczéma au vu de sa prévalence

en TD, et du faible taux d'hospitalisation après TD, 5%. (Table 2)

De manière générale, la formation est un complément utile afin de limiter les avis demandés pour des pathologies bénignes quand la tension médicale est importante et que les ressources dermatologiques sont rares.

## 2.3 Les conclusions de la téléexpertise.

Pour une demande sur trois (31,6%), le dermatologue proposait de convoquer le patient en présentiel. (Table 2) Ce chiffre concorde avec la littérature. (26)

Cela s'explique par la forte proportion de sollicitation pour tumeur (43,1 %), et aussi pour les motifs de recours hospitalier ou des demandes de rendez-vous urgents.

En revanche, la proportion d'hospitalisation est faible (5%), malgré le cadre dans lequel a été proposé le réseau. (Annexe 2)

Une limite a été que nous n'avons pas étudié la proportion de convocation pour intervention (exérèse) directe, ce qui est pourtant un des intérêts de la TLX : pouvoir anticiper et programmer d'emblée le temps nécessaire au geste, de préparer le patient (suspendre les traitements anti-thrombotiques, prémédication, etc.) d'accélérer la prise en charge thérapeutique qu'est cette exérèse, de limiter les déplacements itératifs (notamment pour des patients âgés ou éloignés).

En moyenne, les patients avaient un rendez- vous avec le dermatologue en un mois, ce qui réduit le délai de prise en charge. (Table 2) Cela montre que la TLX est un outil particulièrement pertinent pour un adressage ciblé de ce qui est prioritaire.

Grâce à la téléexpertise, le patient et le dermatologue ont évité une consultation physique dans 68,8% des cas, (Table 2) ce qui correspond à la moyenne de la littérature (9,19), permettant, sans l'avoir démontré dans notre étude :

- ✓ Un gain de temps sur la prise en charge pour avoir des soins de meilleure qualité. (20)
- ✓ Un gain de place dans les plannings des dermatologues ce qui permet de libérer de la place pour les patients les plus sévèrement atteints, et qui, donc, nécessitent davantage une consultation spécialisée en présentiel, avec des délais les plus courts possibles.

- ✓ Une réduction des déplacements du patient. Ce qui permet une réduction des coûts liés à ces derniers (modestes dans notre région mais pouvant être importants dans d'autres où la densité médicale au Km2 est moindre). D'ailleurs, ce résultat a déjà été démontré dans notre région. (15)
- ✓ Une réduction de l'impact environnemental de la prise en charge (qui reste à étudier).

Néanmoins, le temps de réponse aux télé-expertises, nombreuses, est à intégrer à l'organisation du service, car il représente un temps médecin qui remplace ou s'ajoute à l'activité habituelle, déjà soutenue et saturée.

Finalement, dans la majorité des demandes, le cas pouvait être pris en charge par le médecin traitant (114 demandes sur les 172 où le dermatologue a réorienté, soit 66,3% vers le médecin traitant) et la thérapeutique pouvait être prescrite par le médecin traitant (134 demandes sur les 187 où le dermatologue a proposé une thérapeutique, soit 71,7% des thérapeutiques proposées). (Table 2) Ceci est comparable avec la littérature (18). Cela suggère qu'avec une amélioration des compétences cliniques en dermatologie des MG il y aurait beaucoup moins besoin de consultations spécialisées. Autrement dit, les cas nécessitant un soin spécialisé hospitalier, ne pouvant être délégués, sont faibles.

Le fait de solliciter des spécialistes hospitaliers pour des problèmes pouvant être gérés facilement en libéral interroge.

Cela transparaissait déjà dans les raisons de la TLX et les types de pathologies, mais il est essentiel de faire à nouveau remarquer que cela montre probablement une méconnaissance du rôle du médecin dermatologue hospitalier, un manque d'offre de TD par les confrères libéraux en ville.

Une montée en compétence des MG en dermatologie, aidés de la TLX et/ou de l'intelligence artificielle comme soutien, pourrait donc être un levier puissant pour améliorer la prise en charge et les délais de prise en charge de la population ayant des problèmes de peau, ce qui a déjà été démontré dans certaines études. (20,21)

Pour conclure, et ceci étant concordant avec la littérature (17,18,20),

- ✓ d'une part, la TLX apparaît comme une solution de tri : les dermatologues ont pu orienter (57,9%), et/ou alors le patient a pu être convoqué (31,6%) et/ou hospitalisé

(3,7%). (Table 2)

- ✓ d'autre part, la TLX apparaît comme une solution pour hiérarchiser, et prioriser, les situations cliniques : les dermatologues ont pu choisir les délais (avec une très grande variabilité) dans lesquels ils voulaient voir le patient, et dans 82,6% des cas ce délai était respecté. (Table 2)

Grâce à cette étude, il est montré que la télé-expertise permet d'avoir un avis en dermatologie beaucoup plus rapidement par rapport aux rendez-vous suite au classique courrier d'adressage. En effet, dans 97,3 % des cas, le médecin généraliste obtient une réponse en moins de 72h comme annoncé par le GHICL (Annexe 2), contre 3 mois au minimum après que le patient ait vu le dermatologue avec le classique courrier d'adressage. (3)

## 2.4 Délai de réponse à la demande d'avis.

En plus d'avoir une réponse en moins de 72 heures, celle-ci, dans 89,8% des cas, était donnée sans réserve.

Le délai de réponse était maximum de 10 jours dans cette étude.

Ce délai est rapide, et très satisfaisant. Cela illustre l'intérêt de développer la TLX dans les zones sous dotées en dermatologue, où le service médical rendu y sera important, comme dans la Creuse (2). En somme, le nombre de demandes d'avis augmente : 2150, toutes spécialités confondues sur l'année 2022 contre 1900 sur les 3 premiers trimestres de l'année 2023 (données provenant de la plateforme qu'utilise le GHICL).

On peut parler d'amélioration de la santé des patients, en ajoutant qu'avec ce délai raccourci (Table 2), il existera une moindre période d'aggravation des cas non traités. Ainsi, il y aura un meilleur vécu du patient (22), tant son anxiété et les éventuels symptômes liés à la dermatose peuvent avoir un retentissement sur sa qualité de vie.

Enfin, ce délai satisfaisant contribuerait aussi à une diminution de la consommation médicale (médicaments, examens, consultations voire hospitalisations), avec des bénéfices environnementaux (28) et économiques (22), et en termes d'iatrogénie et de saturation du système de santé.

## 3. Les limites de l'étude.

En ce qui concerne les médecins généralistes qui ont eu recours à la TLX dans ce réseau, nous n'avons pas recueilli l'information concernant leur activité : exercice rural, urbain, ou mi-rural/mi-urbain ?

Cela aurait probablement permis de mettre en évidence une proportion de médecins où la disponibilité en dermatologues est relativement faible. Cette évaluation serait un argument supplémentaire pour dire que la TLX est un élément de réponse aux inégalités territoriales, déjà démontré dans la littérature. (18)

Une des limites à ce travail, est que les informations manquantes cliniquement pertinentes omises par le MG sont "transparentes".

Parfois le dermatologue peut poser spécifiquement une question supplémentaire s'il en a conscience. Mais il est probable qu'une proportion difficile à estimer d'informations pourtant utiles ne soit pas précisées. En tout cas, cela ne semble pas avoir permis dans la majorité des cas au dermatologue de répondre.

Mais notre travail n'évaluant pas les performances diagnostiques voire de prise en charge, il n'est pas possible d'étudier le degré de complétude des informations transmises et la concordance diagnostique et de prise en charge, donc en définitive, la qualité des diagnostics et prises en charge proposés par le dermatologue.

La performance diagnostique a déjà été évaluée, elle est globalement bonne d'après la littérature (27,29) et ce n'est donc pas ce que nous souhaitions étudier. Bien qu'elle soit toujours intéressante à évaluer et dépendante de nombreux facteurs.

La cohérence diagnostique n'a pas été évaluée. En effet, les hypothèses diagnostiques des dermatologues n'ont pas été comparées. Par exemple, pour les tumeurs malignes, le diagnostic supposé n'a pas été comparé avec l'analyse histologique réalisée a postériori.

Par ailleurs, les concordances de prises en charge n'ont pas non plus été évaluées. La télémédecine peut modifier le parcours de soin du patient ; par exemple avec une TLX faite pour une tumeur cutanée, à priori l'exérèse est réalisée dès le rendez vous de convocation, par rapport au circuit habituel où il y a déjà une première consultation pour évaluation avant l'exérèse.

De plus, cette étude s'est exclusivement intéressée à ce qu'il se passait dans un hôpital du réseau GHICL. Autrement dit, il s'agit d'une étude monocentrique.

En effet, comme un seul centre a été étudié, l'échantillon de la population étudiée correspond également à un spectre moins large de patients.

Par ailleurs, la taille de l'échantillon est une limite, ce qui rend l'étude difficilement comparable.

Le nombre de sujets est relativement plus faible que dans d'autres études de ce type . En effet, 600 demandes ont été étudiées pour l'une d'entre elles(26), et 1700 avis pour une autre d'entre elles(15).

La plateforme qu'utilise le réseau GHICL n'a pas anticipé que les données pourraient être utilisées à des fins de recherches. Il a donc été nécessaire de recueillir les non oppositions (une vingtaine) à cette étude auprès des patients et des médecins. Dans l'hypothèse où d'autres études pourraient être amenées à être réalisées grâce à ces données, sur une plus grande échelle, il serait intéressant pour la plateforme de songer à l'information des patients sur leurs données dans le cadre d'une recherche médicale.

La classification utilisée est une limite en termes de précision diagnostique. En effet, plusieurs diagnostics peuvent être classés dans un même codage, et on perd en précision.

## 4. Les forces de l'étude.

Pour classer les hypothèses diagnostiques, la classification CIM-10 a été utilisée. C'est une classification internationale statistique, classification médicale de l'Organisation mondiale de la santé. Elle permet que l'étude soit reproductible.

La qualité de l'échantillon est basée sur une sélection aléatoire ce qui donne une représentation diversifiée des pathologies retrouvées en médecine générale et adressées au dermatologue.

C'est une étude inédite, et c'est la première fois que des demandes de MG par téléexpertise pour la dermatologie générale sont analysées dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Par ailleurs, il n'y a pas d'études qui mettent en avant les diagnostics que rencontrent les médecins généralistes en dermatologie. Cette étude a permis d'observer ce que les médecins

généralistes pouvaient rencontrer comme pathologie cutanée qui leur pose problème et leur semble nécessiter un avis spécialisé.

Elle permet d'avoir la réalité du terrain, une étude en expérience de vie réelle.

L'évaluation prospective de l'expérimentation de la TLX pour les tumeurs cutanés dans les Hauts-de-France a démarré en 2021, pour analyser l'efficience du dispositif, et les résultats étaient attendus pour septembre 2023. (15)

A ce jour, il n'y a pas de publication à ce sujet, mais les résultats de notre étude, à plus petite échelle, pourraient leur servir dans leur démarche d'extension à la dermatologie générale.

Afin de pouvoir évaluer la satisfaction des participants (requérants et requis) quant à cette nouvelle pratique, il était intéressant de d'abord passer par l'analyse de ces demandes. Cette étude a donc été un complément essentiel pour l'étude réalisée par M. POUANSI concernant la pertinence des demandes ressenties par les requérants et les requis.

# V. Conclusion.

Nous avons pu constater l'intérêt de contextualiser les photographies (rappelons qu'elles doivent être de bonne qualité) d'une lésion cutanée, autrement dit les caractéristiques des demandes, et les données recueillies permettent de trouver les limites du contenu, de s'interroger sur la pertinence des demandes, afin d'avertir les utilisateurs et améliorer la pratique.

Cette étude a permis d'illustrer que ce type de collaboration, médecins généralistes/dermatologues, par le biais de la TLX, est fructueuse, et profite au patient.

Il était intéressant d'étudier de nouveaux aspects numériques et organisationnels des soins pour identifier s'ils peuvent être un élément de réponse aux défis de la médecine en 2023 et dans les décennies à venir, entre crise démographique (démographie médicale et démographie de la population vieillissante et plus demandeuse de soins), crise économique, crise environnementale, révolution numérique.

Enfin, un aspect qui mériterait d'être étudié est l'éventuelle réduction de la pollution, de la consommation de soins et des coûts liés aux soins que permet d'avoir une expertise rapide.

L'augmentation du nombre de dermatologues, une meilleure attractivité, la prévention, la meilleure formation des MG aux problèmes cutanés, éventuellement la délégation de soins ciblée via les IPA et/ou l'IA sont d'autres éléments à intégrer pour réussir ces défis de la médecine en 2023 avec les crises auxquelles nous faisons face.

# BIBLIOGRAPHIE.


1. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. 25.

2. Arnault F. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023e éd. 6 sept 2023 [cité 4 oct 2023]; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf

3. Del Bano JP. Le Guide Santé. 2020 [cité 13 mars 2023]. Trouver un dermatologue : Quelles solutions pour 2020 ? - Épisode 4 | Le Guide Santé. Disponible sur: https://www.le-guide-sante.org/actualites/sante-publique/trouver-un-dermatologue-quelles-solutions-pour-2020-episode-4

4. Falque-Pierrotin I. Délibération n° 2014-239 du 12 juin 2014 portant autorisation unique de mise en œuvre, par les professionnels et établissements de santé ainsi que par les professionnels du secteur médico-social habilités par une loi, de traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité l'échange par voie électronique de données de santé à travers un système de messagerie sécurisée - Légifrance [Internet]. 2014 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029238801

5. Haute Autorité de Santé. Téléconsultation et téléexpertise : mise en oeuvre. [Internet]. 2019 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf

6. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.

7. Téléexpertise [Internet]. [cité 16 mars 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/telemedecine/teleexpertise

8. Omnidoc [Internet]. [cité 16 mars 2023]. Qu'est-ce que la téléexpertise ? Disponible sur: https://omnidoc.fr//info/qu-est-ce-que-la-teleexpertise/

9. Lee KJ, Finnane A, Soyer HP. Recent trends in teledermatology and teledermoscopy. Dermatol Pract Concept. juill 2018;8(3):214‑23.

10. van der Heijden JP, Spuls PI, Voorbraak FP, de Keizer NF, Witkamp L, Bos JD. Tertiary teledermatology: a systematic review. Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc. 2010;16(1):56‑62.

11. Télédermatologie : la filière change de visage - mind Health [Internet]. [cité 16 mars 2023]. Disponible sur: https://www.mindhealth.fr/parcours-de-soins/teledermatologie-la-filiere-change-de-visage/

12. Apizee [Internet]. 2021 [cité 16 mars 2023]. [RDV E-SANTÉ] Tout savoir sur la téléexpertise. Disponible sur: https://www.apizee.com/fr/rdv-e-sante-tout-savoir-sur-la-teleexpertise/

13. Société Francaise de Dermatologie. Fiche d'information sur la téléexpertise en Dermatologie pour les patients [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.sfdermato.org/upload/groupe/bloc/file/fiche-info-patient-td-tlx-v3-relue-finale-2-0632275754d11ab5748071e927436c5c.pdf

14. Trettel A, Eissing L, Augustin M. Telemedicine in dermatology: findings and experiences worldwide - a systematic literature review. J Eur Acad Dermatol Venereol. févr 2018;32(2):215‑24.

15. Affeltranger B, El Basidy I, Borne E, Audrey Charlet, Stéphanie Cuissette, Quentin Dejonghe, et al. Téléexpertise en dermatologie : Résultats intermédiaires d'évaluation d'un modèle économique alternatif réussi, expérimenté en Hauts-de-France [Internet]. 2021 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2022/03/Affiche_TLE-dermato-Vdef-oct2021.pdf

16. Skayem C, Rostom H, Hirsch G, Duong TA. Teledermatology: The perspective of French general practitioners. Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2021;148(4):251‑2.

17. Colven R, Shim MHM, Brock D, Todd G. Dermatological Diagnostic Acumen Improves with Use of a Simple Telemedicine System for Underserved Areas of South Africa. Telemed J E Health. juin 2011;17(5):363‑9.

18. Klösters FM, Van Winden MEC, Angenent FR, Van Bergen LH, Van Steveninck-Wensing M, Zweers MC, et al. Reasons for Dermatology Consultations in Nursing Homes and the Estimated Potential of Teledermatology as a Triage Tool. Acta Derm Venereol. 30 nov 2022;102:adv00827.

19. Dahlén Gyllencreutz J, Paoli J, Bjellerup M, Bucharbajeva Z, Gonzalez H, Nielsen K, et al. Diagnostic agreement and interobserver concordance with teledermoscopy referrals. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. mai 2017;31(5):898‑903.

20. Lim D, Oakley AMM, Rademaker M. Better, sooner, more convenient: a successful teledermoscopy service. Australas J Dermatol. févr 2012;53(1):22‑5.

21. Expérimentation de la téléexpertise en cardiologie en Pays de la Loire | Cairn.info [Internet]. [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-6-page-789.htm?contenu=resume

22. Lopez-Liria R, Lopez-Villegas A, Valverde-Martinez MA, Perez-Heredia M, Vega-Ramirez FA, Peiro S, et al. Comparative Analysis of Quality of Life of Patients with Dermatological Problems: Teledermatology Versus Face-to-Face Dermatology. Healthc Basel Switz. 30 oct 2022;10(11):2172.

23. Williams TL, Esmail A, May CR, Griffiths CE, Shaw NT, Fitzgerald D, et al. Patient satisfaction with teledermatology is related to perceived quality of life. Br J Dermatol. déc 2001;145(6):911‑7.

24. Vedire K, Joselow AL, Markham CM, Raugi GJ. Teledermatology-directed surgical care is safe and reduces travel. J Telemed Telecare. mars 2016;22(2):121‑6.

25. Bataille M, Jouan N, Pépin E, Carvalho P, Dompmartin A, Gallais V, et al. Attentes des dermatologues vis-à-vis de la télémédecine, à la lumière de la crise sanitaire liée à la COVID-19. Ann Dermatol Vénéréologie. 1 déc 2020;147(12, Supplement):A191‑2.

**26.** Chambon R. Étude observationnelle des demandes de téléexpertise en dermatologie, par les médecins généralistes du Lot-et-Garonne, des Deux-Sèvres et de la Creuse pendant un an. 21 déc 2020;47.

**27.** Romero Aguilera G, Cortina de la Calle P, Vera Iglesias E, Sánchez Caminero P, García Arpa M, Garrido Martín JA. Interobserver reliability of store-and-forward teledermatology in a clinical practice setting. Actas Dermosifiliogr. 2014;105(6):605-13.

**28.** Nordal EJ, Moseng D, Kvammen B, Løchen ML. A comparative study of teleconsultations versus face-to-face consultations. J Telemed Telecare. 2001;7(5):257-65.

**29.** Bourkas AN, Barone N, Bourkas MEC, Mannarino M, Fraser RDJ, Lorincz A, et al. Diagnostic reliability in teledermatology: a systematic review and a meta-analysis. BMJ Open. août 2023;13(8):e068207.

# ANNEXES.

**Annexe 1** - Fiche d'information patient proposée par le groupe TELDES de la SFD.

**Fiche d'information sur la téléexpertise en Dermatologie pour les patients**

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous propose d'utiliser la télémédecine pour la prise en charge de votre problème de peau. Il le fait car il estime que cela est adapté à votre situation.
La télémédecine utilise les outils du numérique (ordinateur, tablette, téléphone multimédia, etc.) et des télécommunications (réseau 3 ou 4G, Internet, etc.) pour permettre la réalisation des actes médicaux.
Pour chaque acte, le secret médical est assuré car vos données de santé sont protégées, afin de vous garantir la sécurité nécessaire et permettre de vous soigner en confiance. Les plateformes utilisées respectent les conditions de sécurité et de confidentialité. S'il y a besoin d'archivage de vos données de santé, ces dernières le sont sur un serveur sécurisé agréé par l'Agence du Numérique en Santé ; seuls les professionnels de santé impliqués dans votre prise en charge y ont accès, par un système d'identification sécurisé.
Cette nouvelle pratique médicale est un acte de médecine et vient en complément de consultation habituelle présentielle ; elle n'a pas vocation à la remplacer.
Votre consentement est nécessaire : si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette modalité d'exercice médical vous pouvez vous y opposer en le signalant à votre médecin.
En souhaitant que cette pratique médicale moderne puisse répondre à vos attentes.

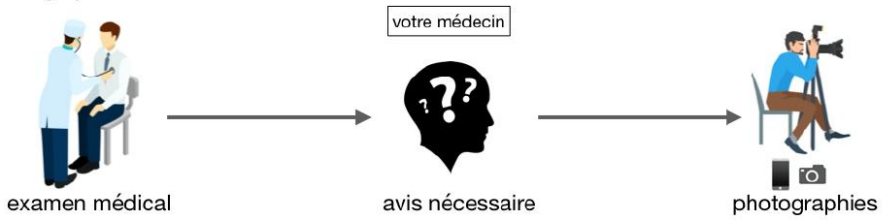
Le Groupe de Télé-Dermatologie & e-Santé de la Société Française de Dermatologie, pour votre Dermatologue.

# La Téléexpertise

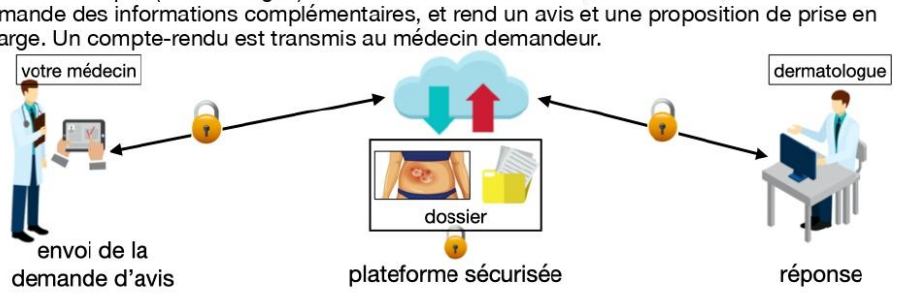
Principe :
La téléexpertise est un avis médical donné à distance entre médecins, d'un médecin demandeur (requérant) à un médecin requis (expert), au sujet d'un patient ; cet échange se fait via les outils du numérique et Internet de manière sécurisée. Vous n'êtes pas présent lors de l'échange.
Pour la Dermatologie, cela comprend l'envoi de photographies associé à des informations médicales. Votre consentement doit être recueilli par votre médecin.

Déroulement :

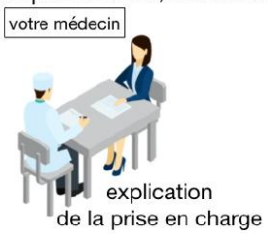
1. Lors d'une consultation on vous propose de demander une téléexpertise dermatologique, vous acceptez. Votre médecin (médecin « demandeur », par exemple votre médecin généraliste) vous interroge sur votre problème cutané, vous examine et prend des photographies de ce dernier.




2. Le médecin demandeur constitue alors un dossier sur une plateforme sécurisée où il renseigne toutes les informations utiles, et les transmet avec les photographies (dossier). Puis le médecin requis (dermatologue) examine la demande d'avis, votre dossier, si besoin demande des informations complémentaires, et rend un avis et une proposition de prise en charge. Un compte-rendu est transmis au médecin demandeur.




3. Le médecin demandeur de cette téléexpertise vous recontacte pour vous expliquer la suite de la prise en charge (conseils, rédaction d'ordonnance, surveillance, réalisation d'examens complémentaires, nécessité de rendez-vous physique chez un Dermatologue, etc.).




Intérêts :
- accès à une expertise (avis dermatologique) sans consultation et sans déplacement
- remboursement par l'Assurance Maladie à 100 % (sous conditions)

Cette illustration a été conçue en utilisant des ressources de freepik.com (https://www.freepik.com/free-photos-vectors/design)

**Annexe 2** - Note explicative dans le réseau de dermatologie de téléexpertise du GHICL.

## Dermatologie

En complément des outils de téléexpertises régionaux PREDICE (pour les tumeurs cutanées et les plaies chroniques, réseaux dont nous faisons partie), nous mettons à disposition des médecins de la région cette solution de téléexpertise pour pouvoir répondre aux demandes d'avis rapides hospitaliers.

Nous nous positionnons en temps qu'acteurs hospitaliers, c'est à dire que nous prenons en charge les situations sévères ou complexes, notamment celles qui pourraient aboutir à une hospitalisation, un bilan hospitalier ou une consultation hospitalière ; une ordonnance hospitalière ; pour intégration d'une filière de soins hospitaliers ; ou pour tout avis "hyper-spécialisé" (avis de "référent" ou d' "expert" dans un domaine précis). Cela exclu donc les dermatoses bénignes non sévères ; et ce qui est du domaine de l'esthétique.

Vous pouvez adresser vos demandes au Service, nous nous efforcerons d'y répondre dans les 72 heures ouvrées maximum (ce n'est donc pas adapté pour les urgences qui devront être adressées au Service des Urgences de l'Hôpital). Si vous souhaitez contacter directement un de nos praticiens ("référent" ou "expert" dans son domaine) alors celui-ci vous répondra lorsqu'il sera disponible.

Si votre patient nécessite une prise en charge hospitalière (éventuellement rapide), nous le convoquerons directement. Si ce n'est pas votre souhait ou n'est pas le souhait du patient, il faudra nous l'indiquer. Si ce n'est pas du ressort de la dermatologie hostitalière (mais qu'une consultation est conseillée), nous vous laisserons adresser le patient à un confrère libéral.

Nous vous remercions de bien respecter ce cadre, sans quoi nous pourrions nous permettre de refuser une demande.

Nous vous laissons le soin d'informer et d'expliquer au patient le contenu de notre réponse.

Nous espérons ainsi établir une collaboration médicale fructueuse, pertinente, et utile pour les patients.

**Annexe 3** - Note d'information à destination des patients et des médecins.

À destination des patients.

| TLX-DERMA-RETRO<br>Etude des échanges de télé-expertise en dermatologie<br>entre les médecins généralistes des Hauts-de-France et les praticiens du GHICL en 2022 | |
|---|---|
| **Responsable du traitement de données** | Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)<br>115 Rue du Grand But - BP 249 - 59 462 LOMME CEDEX |
| **Responsable principal de la mise en œuvre du traitement de données** | Dr Mathieu BATAILLE,<br>Service dermatologie, Dermatologue,<br>✉ bataille.mathieu@ghicl.net ☏ 03 20 87 75 76 |
| **Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL** | DRCI - Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)<br>✉ cier@ghicl.net ☏ 03 20 22 57 37 |
| **Etudiant** | Sandra CHIOZEM,<br>Interne de médecine générale 6e semestre à l'université de Lille<br>sandra.chiozem.etu@univ-lille.fr |
| **Numéro de protocole**<br>(à rappeler dans toute communication) | RNIPH-2022- 13 |

**Note d'information destinée au participant**
**Formulaire de d'opposition à l'étude**

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la prise en charge des patients de la région, une plateforme numérique permettant des échanges sécurisés entre les médecins généralistes et les spécialises de l'hôpital, à laquelle le GHICL participe, a été mise en place. Grâce à cet outil, votre médecin a sollicité en toute sécurité les dermatologues du GHICL, afin d'obtenir rapidement leur avis, et obtenir rapidement une prise en charge à l'hôpital si nécessaire.

Le GHICL souhaite maintenant mener une étude pour évaluer ces échanges dits de « télé-expertise » dans le but de les améliorer ; vous êtes donc directement concerné par cette étude.

Ce document vise à vous en expliquer la démarche, et votre implication. À tout moment, vous pouvez vous adresser au responsable de la mise en œuvre de l'étude, le Dr Mathieu Bataille, pour lui poser toute question complémentaire.

## CONTEXTE DE L'ETUDE ET OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Concrètement, la télé-expertise permet au médecin généraliste « requérant » de poser par courrier électronique, via une messagerie sécurisée, une question à un médecin spécialiste « requis ». Il peut y joindre les documents nécessaires à la réalisation de l'acte (images, comptes-rendus, résultats d'examens…). Si la téléexpertise est jugée réalisable par le requis, celui-ci fixe un délai de réponse, puis il rédige un compte-rendu, qu'il transmet au médecin traitant et au requérant. Cet acte médical à distance peut amener à une prise en charge rapide à l'hôpital dans les situations sévères ou complexes.

Dans le but d'améliorer l'outil de téléexpertise du GHICL, l'équipe du Dr Mathieu Bataille initie une première étude rétrospective descriptive. L'objectif de ce projet est d'étudier les caractéristiques des échanges en téléexpertise dermatologique sur le réseau GHICL-OMNIDOC entre les médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais et les dermatologues du GHICL.

Pour mener à bien cette étude, les chercheurs vont étudier environ 300 échanges réalisés au cours de l'année 2022, ce qui représentera environ 10% du total des échanges de l'année. Ces échanges seront sélectionnés aléatoirement.

## VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consiste à accepter que les données contenues dans les échanges de télé-expertise soient étudiées à des fins de recherche des données.

## CONFORMITE

Cette étude est menée conformément à la réglementation française applicable aux études cliniques, à la protection des données à caractère personnel (RGPD et loi Informatique et libertés) et à la méthodologie de référence MR 004, éditée par la CNIL.
Son fondement juridique est l'exercice d'une mission d'intérêt public, dont est investi le GHICL en sa qualité de responsable de traitement. Ce traitement de données est nécessaire à des fins de recherche scientifique. Le GHICL mettra en œuvre des mesures appropriées permettant de garantir les droits et libertés, notamment le seul recueil de données strictement nécessaires à la recherche.

## DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche : si aujourd'hui vous acceptez d'y participer, vous pourrez plus tard vous retirer du projet à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision, en complétant et transmettant le formulaire d'opposition ci-joint. Quelle que soit votre décision, il suffit d'en informer le Dr Mathieu Bataille, responsable de la mise en œuvre du traitement de données.

- Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, vous pouvez en informer le Dr Bataille par email, ou compléter le coupon d'opposition joint à ce courrier, et le lui renvoyer dans un délai maximum de 15 jours.
- Si vous acceptez de participer à la recherche, vous n'avez pas de démarche particulière à effectuer.

## CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PARTICIPANTS

### Recueil et utilisation des données

Au cours des échanges en télé-expertise, différentes informations sont collectées et stockées sur la plateforme : dans le cadre de cette étude, ces échanges seront étudiés

Le Dr BATAILLE, ou Sandra CHIOZEM, interne agissant dans le cadre de sa thèse, recueilleront sur la plateforme GHICL-OMNIDOC les informations strictement nécessaires à l'étude : il s'agit essentiellement de noter la présence ou l'absence des données (données sociodémographiques ou de données de santé), les raisons de réalisation de la télé-expertise, les types de pathologies rencontrées, le délai de réponse, et le délai proposé entre la réponse à la télé-expertise et la convocation à l'hôpital, le cas échéant.

Ces informations seront intégrées à une base de données spécifique. Elles seront pseudonymisées, c'est-à-dire codée : ni votre nom, ni celui de votre médecin ne seront utilisés pour l'étude.

Une fois que toutes les informations nécessaires auront été réunies et codées, cette nouvelle base de données sera transmise aux biostatisticiens du GHICL, responsable du traitement de données : des analyses statistiques seront réalisées afin de tirer des conclusions globales.

Tout au long de ce processus, les données codées seront accessibles par le GHICL, responsable de traitement ; elles pourront être partagées avec des personnes agissant pour son compte, ou avec ses

partenaires de recherche localisés en France. Elles pourront également être consultées par les autorités sanitaires habilitées pour vérifier la bonne conduite de l'étude, ou par toute autre personne requise par la loi. Le secret sera toujours respecté.

**Vos droits concernant vos données**

En application du Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687 en date du 1er aout 2018, vous disposez :

- d'un droit d'accès à vos données personnelles,
- d'un droit de rectification sur vos données,
- du droit de demander la limitation du traitement de vos données (dans certains cas),
- du droit de demander l'effacement de vos données,
- du droit de s'opposer à tout moment au traitement de vos données.

Il faut entendre par droit d'opposition, le droit d'une part de retirer votre accord initialement donné pour la récolte et le traitement des données et, d'autre part, le droit de vous opposer à ce que les données déjà récoltées soient exploitées. Cependant, le responsable de traitement pourrait ne pas accéder à l'opposition ou à la demande d'effacement des données, si cette demande est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation de l'étude.

Vous pouvez accéder directement ou par un intermédiaire de votre choix à toutes données de l'étude, en application des dispositions L .1111-7 du Code la Santé Publique. Cependant, certaines de ces informations pourraient n'être disponibles qu'en fin d'étude.

Vos droits concernant ces données s'exercent auprès du Dr BATAILLE. Vous pouvez en discuter avec lui. Vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) du GHICL à l'adresse ci-dessous.

Si vous pensez que vos données personnelles sont utilisées en violation de la réglementation applicable relative à la protection des données, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

**La durée de conservation des données**

Les données codées seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche puis archivées pour une période de trois ans maximums après la fin de la recherche conformément à la réglementation.

Au-delà de cette limite, les données seront détruites ou irréversiblement anonymisées pour être conservées.

## RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois les données de recherche collectées, elles seront traitées et analysées par du personnel qualifié pour cette tâche. La confidentialité des données sera toujours respectée.
A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé des résultats globaux de l'étude, lorsque ceux-ci seront disponibles, en vous adressant au médecin en charge de la recherche.

## CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION

Si vous avez une question quelconque concernant cette étude, n'hésitez pas à nous contacter :

- Dr Mathieu BATAILLE, médecin en charge de la recherche : bataille.mathieu@ghicl.net
- Sandra CHIOZEM, Interne de médecine générale 6e semestre à l'université de Lille sandra.chiozem.etu@univ-lille.fr

- L'équipe de recherche du GHICL : 03 20 22 57 37

- La Déléguée à la Protection des données (DPO) : Mme Sandrine REMY, 115 Rue du Grand But - BP 249 - 59160 LOMME Cedex, contact.dpo@ghicl.net

## FORMULAIRE D'OPPOSITION A La RECHERCHE (exemplaire participant)

Je, soussigné(e), Mr / Mme _____, **m'oppose** à ce que mes données personnelles soient utilisées pour cette étude.

Date : _____ Signature :

*« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre au GHICL de traiter votre demande d'opposition. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».*

TLX-DERMA-RETRO
RNIPH-2023-13
Dr Mathieu BATAILLE
Hôpital ST Vincent
bataille.mathieu@ghicl.net
03 20 87 75 76

| TLX-DERMA-RETRO<br>Etude des échanges de télé-expertise en dermatologie<br>entre les médecins généralistes des Hauts-de-France et les praticiens du GHICL en 2022 | |
|---|---|
| **Responsable du traitement de données** | Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)<br>115 Rue du Grand But - BP 249 - 59 462 LOMME CEDEX |
| **Responsable principal de la mise en œuvre du traitement de données** | Dr Mathieu BATAILLE,<br>Service dermatologie, Dermatologue,<br>✉ bataille.mathieu@ghicl.net ☏ 03 20 87 75 76 |
| **Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL** | DRCI - Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)<br>✉ cier@ghicl.net ☏ 03 20 22 57 37 |
| **Etudiant** | Sandra CHIOZEM,<br>Interne de médecine générale 6e semestre à l'université de Lille<br>sandra.chiozem.etu@univ-lille.fr |
| **Numéro de protocole**<br>(à rappeler dans toute communication) | RNIPH-2022- 13 |

**Formulaire d'opposition à la recherche**
**(Exemplaire à renvoyer au chercheur dans un délai de 15 jours)**

Je, soussigné(e), Mr / Mme _____, **m'oppose** à ce que mes données personnelles soient utilisées pour cette étude.

Date : _____ Signature :

« *Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre au GHICL de traiter votre demande d'opposition. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL* ».

TLX-DERMA-RETRO
RNIPH-2023-13
Dr Mathieu BATAILLE
Hôpital ST Vincent
bataille.mathieu@ghicl.net
87 75 76

A destination des professionnels.

| TLX-DERMA-RETRO<br>Etude des échanges de télé-expertise en dermatologie<br>entre les médecins généralistes des Hauts-de-France et les praticiens du GHICL en 2022 | |
|---|---|
| **Responsable du traitement de données** | Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)<br>115 Rue du Grand But - BP 249 - 59 462 LOMME CEDEX |
| **Responsable principal de la mise en œuvre du traitement de données** | Dr Mathieu BATAILLE,<br>Service dermatologie, Dermatologue,<br>✉ bataille.mathieu@ghicl.net ☏ 03 20 87 75 76 |
| **Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL** | DRCI - Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)<br>✉ cier@ghicl.net ☏ 03 20 22 57 37 |
| **Etudiant** | Sandra CHIOZEM,<br>Interne de médecine générale 6e semestre à l'université de Lille<br>sandra.chiozem.etu@univ-lille.fr |
| **Numéro de protocole**<br>(à rappeler dans toute communication) | RNIPH-2022- 13 |

**Note d'information destinée aux praticiens du GHICL et aux médecins généralistes**
**Formulaire de d'opposition à l'étude**

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la prise en charge des patients de la région, une plateforme numérique permettant des échanges sécurisés entre les médecins généralistes et les spécialises de l'hôpital, à laquelle le GHICL participe, a été mise en place. Grâce à cet outil de téléexpertise, chaque médecin peut solliciter en toute sécurité les dermatologues du GHICL, afin d'obtenir rapidement leur avis, et obtenir rapidement une prise en charge à l'hôpital dans les situations sévères ou complexes.

Le GHICL souhaite maintenant mener une étude pour évaluer ces échanges dans le but de les améliorer.

Ayant vous-même été actif sur cette plateforme de téléexpertise, vous êtes concerné par cette étude. Ce document vise à vous en expliquer la démarche, et votre implication. À tout moment, vous pouvez vous adresser au responsable de la mise en œuvre de l'étude, le Dr Mathieu Bataille, pour lui poser toute question complémentaire.

## CONTEXTE DE L'ETUDE ET OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Dans le but d'améliorer l'outil de téléexpertise GHICL OMNIDOC, notre équipe initie une première étude rétrospective descriptive.

L'objectif de ce projet est d'étudier les caractéristiques des échanges en téléexpertise dermatologique sur le réseau GHICL-OMNIDOC entre les médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais et les dermatologues hospitaliers du GHICL.

Pour mener à bien cette étude, nous allons étudier environ 300 échanges réalisés au cours de l'année 2022, ce qui représentera environ 10% du total des échanges de l'année. Ces échanges seront sélectionnés aléatoirement.

## VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consiste à accepter que les données contenues dans les échanges de télé-expertise soient étudiées à des fins de recherche sur données.

Votre patient sera également informé de la tenue de l'étude sur son dossier OMNIDOC.

## CONFORMITE

Cette étude est menée conformément à la réglementation française applicable aux études cliniques, à la protection des données à caractère personnel (RGPD et loi Informatique et libertés) et à la méthodologie de référence MR 004, éditée par la CNIL.
Son fondement juridique est l'exercice d'une mission d'intérêt public, dont est investi le GHICL en sa qualité de responsable de traitement. Ce traitement de données est nécessaire à des fins de recherche scientifique. Le GHICL mettra en œuvre des mesures appropriées permettant de garantir les droits et libertés, notamment le seul recueil de données strictement nécessaires à la recherche.

## DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche : si aujourd'hui vous acceptez d'y participer, vous pourrez plus tard vous retirer du projet à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision, en complétant et transmettant le formulaire d'opposition ci-joint. Quelle que soit votre décision, il suffit d'en informer le Dr Bataille, responsable de la mise en œuvre du traitement de données.

- Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, vous pouvez en informer le Dr Bataille par email, ou compléter le coupon d'opposition joint à ce courrier, et le renvoyer dans un délai maximum de 15 jours.
- Si vous acceptez de participer à la recherche, vous n'avez pas de démarche particulière à effectuer.

## CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

### Recueil et utilisation des données

Au cours des échanges en télé-expertise, différentes informations sont collectées et stockées sur la plateforme : dans le cadre de cette étude, ces échanges seront étudiés

Le Dr BATAILLE, ou Sandra CHIOZEM, interne agissant dans le cadre de sa thèse, recueilleront sur la plateforme GHICL-OMNIDOC les informations strictement nécessaires à l'étude : il s'agit essentiellement de noter la présence ou l'absence des données (données sociodémographiques ou de données de santé), les raisons de réalisation de la télé-expertise, les types de pathologies rencontrées, le délai de réponse, et le délai proposé entre la réponse à la télé-expertise et la convocation à l'hopital, le cas échéant.

Ces informations seront intégrées à une base de données spécifique. Elles seront pseudonymisées, c'est-à-dire codée : ni votre nom, ni celui de vos patients ne seront utilisés pour l'étude.

Une fois que toutes les informations nécessaires auront été réunies et codées, cette nouvelle base de données sera transmise aux biostatisticiens du GHICL, responsable du traitement de données : des analyses statistiques seront réalisées afin de tirer des conclusions globales.

Tout au long de ce processus, les données codées seront accessibles par le GHICL, responsable de traitement ; elles pourront être partagées avec des personnes agissant pour son compte, ou avec ses partenaires de recherche localisés en France. Elles pourront également être consultées par les autorités sanitaires habilitées pour vérifier la bonne conduite de l'étude, ou par toute autre personne requise par la loi. Le secret sera toujours respecté.

### Vos droits concernant vos données

En application du Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687 en date du 1er aout 2018, vous disposez :

- d'un droit d'accès à vos données personnelles,
- d'un droit de rectification sur vos données,
- du droit de demander la limitation du traitement de vos données (dans certains cas),
- du droit de demander l'effacement de vos données,
- du droit de s'opposer à tout moment au traitement de vos données.

Il faut entendre par droit d'opposition, le droit d'une part de retirer votre accord initialement donné pour la récolte et le traitement des données et, d'autre part, le droit de vous opposer à ce que les données déjà récoltées soient exploitées. Cependant, le responsable de traitement pourrait ne pas accéder à l'opposition ou à la demande d'effacement des données, si cette demande est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation de l'étude.

Vous pouvez accéder directement ou par un intermédiaire de votre choix à toutes données de l'étude, en application des dispositions L .1111-7 du Code la Santé Publique. Cependant, certaines de ces informations pourraient n'être disponibles qu'en fin d'étude.

Vos droits concernant ces données s'exercent auprès du Dr Bataille. Vous pouvez en discuter avec lui. Vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) du GHICL à l'adresse ci-dessous.

Si vous pensez que vos données personnelles sont utilisées en violation de la réglementation applicable relative à la protection des données, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

### La durée de conservation des données

Les données codées seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche puis archivées pour une période de 3 ans maximum après la fin de la recherche conformément à la réglementation.

Au-delà de cette limite, les données seront détruites ou irréversiblement anonymisées pour être conservées.

## RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois les données de recherche collectées, elles seront traitées et analysées par du personnel qualifié pour cette tâche. La confidentialité des données sera toujours respectée.
A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé des résultats globaux de l'étude, lorsque ceux-ci seront disponibles, en vous adressant au médecin en charge de la recherche.

## CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION

Si vous avez une question quelconque concernant cette étude, n'hésitez pas à nous contacter :

- Dr Mathieu BATAILLE, médecin en charge de la recherche :
  bataille.mathieu@ghicl.net ☏ 03 20 87 75 76

- Sandra CHIOZEM, Interne de médecine générale 6e semestre à l'université de Lille
  sandra.chiozem.etu@univ-lille.fr

- L'équipe de recherche du GHICL : 03 20 22 57 37

- La Déléguée à la Protection des données (DPO) : Mme Sandrine REMY,
  115 Rue du Grand But - BP 249 - 59160 LOMME Cedex, contact.dpo@ghicl.net

## FORMULAIRE D'OPPOSITION A La RECHERCHE (exemplaire participant)

Je, soussigné(e), Dr _____, **m'oppose** à ce que mes données personnelles soient utilisées pour cette étude.

Date : _____ Signature :

*« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre au GHICL de traiter votre demande d'opposition. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».*

TLX-DERMA-RETRO
RNIPH-2023-13
Dr Mathieu BATAILLE
Hôpital ST Vincent
bataille.mathieu@ghicl.net
☏ 03 20 87 75 76

| TLX-DERMA-RETRO<br>Etude des échanges de télé-expertise en dermatologie entre<br>les médecins généralistes des Hauts-de-France et les praticiens du GHICL en 2022 | |
|---|---|
| **Responsable du traitement de données** | Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)<br>115 Rue du Grand But - BP 249 - 59 462 LOMME CEDEX |
| **Responsable principal de la mise en œuvre du traitement de données** | Dr Mathieu BATAILLE,<br>Service dermatologie, Dermatologue,<br>✉ bataille.mathieu@ghicl.net ☎ 03 20 87 75 76 |
| **Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL** | DRCI - Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)<br>✉ cier@ghicl.net ☎ 03 20 22 57 37 |
| **Etudiant** | Sandra CHIOZEM,<br>Interne de médecine générale 6e semestre à l'université de Lille<br>sandra.chiozem.etu@univ-lille.fr |
| **Numéro de protocole**<br>(à rappeler dans toute communication) | RNIPH-2022- 13 |

**Formulaire D'opposition à la recherche**
**(Exemplaire à renvoyer au chercheur dans un délai de 15 jours)**

Je, soussigné(e), Dr _____, **m'oppose** à ce que mes données personnelles soient utilisées pour cette étude.

Date : _____ Signature :

« *Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre au GHICL de traiter votre demande d'opposition. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL* ».

TLX-DERMA-RETRO
RNIPH-2023-13
Dr Mathieu BATAILLE
Hôpital ST Vincent
bataille.mathieu@ghicl.net
☎ 03 20 87 75 76

**Annexe 4** - Catalogue de variables.

| Nom variable | Description | Type de variable | Valeur - Modalité |
|---|---|---|---|
| **age** | Connaître l'âge des patients pour lesquels l'avis est sollicité | Numérique | Année |
| **antecedents** | Le médecin généraliste a renseigné les antécédents dans sa demande | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **Allergie** | Le médecin généraliste a mentionné si le patient a des allergies ou non | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **Traitements** | Le médecin généraliste a mentionné si le patient prenait des traitements au long cours ou non, et il les a écrit le cas échéant. | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **Contexte** | Le médecin généraliste a expliqué le contexte de survenue des lésions. | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **Essai_therapeutique** | Le médecin généraliste a mentionné s'il a essayé un traitement avant la demande en TLX ou non. | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **Diagnostic_mg** | Le médecin généraliste a mentionné le diagnostic ou une suspicion de diagnostic | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **date_apparition** | Le médecin généraliste a mentionné la date ou la période d'apparition des lésions | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **evolution** | Le médecin généraliste a mentionné s'il y a eu une évolution des lésions ou non. | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **Localisation** | Le médecin généraliste a mentionné la localisation des lésions | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **symptomes** | Le médecin généraliste a mentionné si le patient avait des symptômes associés ou non. | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |
| **raisons_tlx** | Le médecin généraliste a mentionné la raison pour laquelle la TLX a été | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée |

| Nom variable | Description | Type de variable | Valeur - Modalité |
|---|---|---|---|
| | demandée. Il y a t - il une question clairement posée ? | | |
| **type_raisons_patient** | Cette raison était : à la demande du patient. | Binaire | 0: Non<br>1: Oui |
| **type_raisons_impasse** | Cette raison était : suite à une difficulté thérapeutique. | Binaire | 0: Non<br>1: Oui |
| **type_raisons_doute** | Cette raison était : suite à un doute diagnostique | Binaire | 0: Non<br>1: Oui |
| **type_raisons_particularite** | Cette raison était : suite à une particularité du patient. | Binaire | 0: Non<br>1: Oui |
| **type_raisons_inaccessible** | Cette raison était : car la spécialité dermatologue est inaccessible. | Binaire | 0: Non<br>1: Oui |
| **type_raisons_urgence** | Cette raison était : demande de rendez vous urgent. | Binaire | 0: Non<br>1: Oui |
| **type_raisons_hospitalier** | Cette raison était : car c'est un motif avec prise en charge hospitalière. | Binaire | 0: Non<br>1: Oui |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **tlx_patho_dermopédiatrie** | La situation clinique rencontrée entre dans le type de pathologie suivant : dermopédiatrie (= qui touche plus fréquemment la population pédiatrique, c'est à dire inférieur à 15 ans) | Qualitative | 0 : Non<br>1 : Oui |
| **tlx_patho_eruption_aigue** | La situation clinique rencontrée entre dans le type de pathologie suivant : éruption aiguë. | Qualitative | 0 : Non<br>1 : Oui |
| **tlx_patho_traumatique** | La situation clinique rencontrée entre dans le type de pathologie suivant : traumatique. | Qualitative | 0 : Non<br>1 : Oui |
| **tlx_patho_auto immun** | La situation clinique rencontrée entre dans le type de pathologie suivant : pathologie auto-immune. | Qualitative | 0 : Non<br>1 : Oui |
| **tlx_patho_plaies_chroniques** | La situation clinique rencontrée entre dans le | Qualitative | 0 : Non<br>1 : Oui |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | type de pathologie suivant : plaies chroniques. | | |
| **tlx_pathos_infectieux** | La situation clinique rencontrée entre dans le type de pathologie suivant : pathologie infectieuse. | Qualitative | 0 : Non<br>1 : Oui |
| **tlx_patho_inflammatoire** | La situation clinique rencontrée entre dans le type de pathologie suivant : pathologie inflammatoire. | Qualitative | 0 : Non<br>1 : Oui |
| **tlx_patho_tumorale** | La situation clinique rencontrée entre dans le type de pathologie suivant : pathologie tumorale | Qualitative | 0 : Non<br>1 : Oui |
| **tlx_vasculaire** | La situation clinique rencontrée entre dans le type de pathologie suivant : pathologie vasculaire. | Qualitative | 0 : Non<br>1 : Oui |
| **diagnostic_dermato** | Le diagnostic retenu par le dermatologue. Si plusieurs diagnostics regroupent un grand ensemble, mettre le grand ensemble. Si un est mis en avant, prendre celui-là. | Texte | Recueil des diagnostics sous forme de code CIM-10<br><br>ND = Non disponible<br><br>PH = Physiologique |
| **Carcinome** | Dans le cas des tumeurs cutanées, le dermatologue a précisé le type de carcinome cutané qu'il suspectait. | Qualitatif | 0 : Non<br>1 : Oui, il suspecte un carcinome épidermoïde<br>2 : Oui, il suspecte un basocellulaire.<br>3 : Il suspecte un carcinome épidermoïde ou un basocellulaire.<br>NC : non concerné |
| **Surveillance** | Le dermatologue a proposé une surveillance par le médecin OU par le patient | Qualitatif | 0 : absence de la donnée<br>1 : surveillance par le médecin traitant<br>2 : surveillance par le patient |
| **Thérapeutique** | Le dermatologue a proposé une thérapeutique | Binaire | 0 : non<br>1 : oui |
| **Thérapeutique acte technique** | Le dermatologue propose comme thérapeutique de réaliser un acte technique | Binaire | 0 : absence de la donnée<br>1 : présence de la donnée<br>NC : non concerné |
| **acte_technique_hospitalière** | Le dermatologue propose de réaliser cet acte technique en milieu hospitalier | Binaire | 0 : non<br>1 : oui<br>NC : non concerné |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **thérapeutique_PIH** | Cette thérapeutique nécessite une ordonnance primo prescription hospitalière | Binaire | 0 : pas nécessaire<br>1 : PIH nécessaire<br>NC : non concerné |
| **thérapeutique_MG** | Cette thérapeutique peut être prescrite par le médecin généraliste | Binaire | 0 : Non, le MG ne peut pas prescrire<br>1 : oui, le MG peut prescrire<br>NC : non concerné |
| **dermatoloque_convocation** | Le dermatologue a proposé une convocation pour consultation physique OU visio | Qualitatif | 0 : pas de convocation<br>1 : physique<br>2 : visio<br>ND |
| **dermatologue_hospitalisation** | Le dermatologue a proposé une hospitalisation conventionnelle OU de jour OU pour prise en charge complexe multidisciplinaire. | Qualitatif | 0 : pas d'hospitalisation<br>1 : hospitalisation conventionnelle<br>2: hospitalisation de jour<br>3: PEC complexe<br>ND |
| **dermatologue_orientation** | Le dermatologue a conseillé une réorientation | Qualitatif | 0 : pas d'orientation<br>1 : dermatologue de ville<br>2 : tertiaire (vers un autre dermatologue, expert)<br>3 : vers au moins un autre spécialiste que le médecin traitant ou un dermatologue<br>4 : soins et examens pluridisciplinaires<br>5 : médecin traitant<br>6: urgence |
| **delai_reponse_tlx** | Délai entre l'envoi de la demande et la réponse attendue | Numérique | Heures |
| **TLX_reussie** | La TLX a permis de résoudre le problème en apportant un avis diagnostic et/ou thérapeutique et/ou en organisant les soins | Qualitatif | 0 : TLX n'a pas permis de résoudre<br>1 : avis diagnostique<br>2 : avis thérapeutique<br>3 : organisation de soins<br>4 : 1 + 2<br>5 : 1 + 3<br>6 : 1 + 2 + 3<br>7 : 2 + 3 |
| **TLX_reserve** | Réponse donnée avec des réserves | Binaire | 0 : pas de réserve<br>1 : réserve |
| **hypothese _diagnostique** | Le dermatologue affirme son diagnostic | Qualitatif | 0 : n'a pas formulé d'hypothèse diagnostique<br>1 : plusieurs hypothèses diagnostiques<br>2 : un seul diagnostic |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | proposé |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **informations_complementaires** | Le dermatologue a demandé des informations complémentaires cliniques | Binaire | 0 : non<br>1 : oui |
| **informations_complémentaires_photo** | Le dermatologue a demandé des informations complémentaires photographiques s'il ne peut pas répondre sans les nouvelles photographies. | Binaire | 0 : non<br>1 : oui |
| **delai_convocation_pos_TLX** | Le délai de réponse proposé entre la réponse à la TLX et la convocation, le cas échéant. | Numérique | Jours<br>NC = non concerné |
| **delai_respecte** | Le délai de réponse pour la convocation a été respecté par l'hôpital | Binaire | 0 : non<br>1 : oui<br>NC = non concerné |
| **médecin_génrealiste** | Numéro d'identification du médecin généraliste | Texte | Numéro d'identification |

# **Annexe 5** - Avis du CIER.

GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE, SCIENCES DE LA SANTÉ

## COMITE INTERNE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

IRB 00013355

Président : Pr Sylvestre MARECHAUX

| Date de la réunion du CIER | 16 mai 2023 | Référence du projet | RNIPH-2023-13 |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Titre du projet | TLX-DERMA-RETRO<br>Etude des échanges de télé-expertise en dermatologie entre les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers du GHICL |
| Type de projet | Projet de Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH)<br>Etude quantitative, rétrospective, monocentrique |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Responsable du traitement de données | | GHICL | |
| Responsable de la mise en œuvre du traitement de données | | Dr Mathieu BATAILLE | |
| Interne | Sandra CHIOZEM | Lieux de l'étude | GHICL |
| Disciplines | Dermatologie<br>Médecine générale | Type de participants | Professionnels<br>Patients |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valorisation envisagée | Thèse, puis publication | | |
| Documents examinés | Protocole | Version 1 | 16 mai 2023 |
| | Note d'information patient | Version 1 | 16 mai 2023 |
| | Note d'information médecins | Version 1 | 16 mai 2023 |

| Les membres du CIER ayant participé à la délibération le 16 mai 2023 | | |
|---|---|---|
| Médecins Expert | Elisabeth BAUMELOU-TORCK | Pr Pierre GOSSET |
| Médecins représentants le GHICL | Arnaud CHAMBELLAN | Johanna TEMIME |
| Médecins représentants la FMM | Marion LEVECQ | Sylvestre MARECHAUX |
| Médecins représentants la CME | Jacques CHEVALIER | Hichem KHENIOUI |
| Experts en recherche clinique | Anne-Sophie BLAIN | Marie Paule LEBITASY |
| Sages-femmes du GHICL | Fanny SIKORA | Caroline TITRE |
| Sages-femmes représentants la FMM | Romain DEMAILLY | Isabelle VAAST |
| Paramédicaux du GHICL | Mélodie DUTILLEUX | Christel VANHAMME |
| Psychologues | Marie BUTTITTA | Cédric ROUTIER |
| Ethiciens | Emanuele CLARIZIO | Jean Philippe COBBAUT |
| Représentants des usagers | Danièle BERTRAND BUISSON | Gilbert PETOUX |
| Expert de l'information médicale | Louis ROUSSELET | |
| Déléguée à la protection des données | Sandrine REMY | Marie BREYNE, stagiaire |
| Biostatisticien | Laurène NORBERCIAK | |
| Coordonnateur du CIER | Domitille TRISTRAM | |
| Invités : Attachés de recherche clinique | Achwaq LEBOUAZDA | Judith HOUZIAUX, stagiaire |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Documents examinés suite aux modifications demandées | Protocole | Version 3 | 05 juin 2023 |
| | Note d'information médecins | Version 2 | 05 juin 2023 |
| | Note d'information patient | Version 2 | 05 juin 2023 |

| Avis du CIER | Favorable |
|---|---|

A Lille, le 06 juin 2023

Rédaction : Domitille TRISTRAM

Valable 12 mois,
Si l'étude n'a pas débuté au cours de ce délai, cet avis devient caduc.

**Annexe 6 -** Texte explicatif mis à disposition des praticiens pour faire la demande.

Instructions de votre destinataire

Pour pouvoir répondre de manière efficace à la demande d'avis, il nous faut impérativement des photographies de bonne qualité et de l'ensemble des zones atteintes, contextualisées (c'est-à-dire avec les informations cliniques : antécédents et traitements, allergies connues, contexte, histoire du problème, traitements tentés, etc. Pour gagner du temps, vous pouvez joindre l'ordonnance habituelle et la liste des antécédents présente dans votre logiciel métier en pièce-jointe puis compléter avec les informations concernant la problématique).

Pour vous aider, vous trouverez des documents utiles sur ce site (groupe de Télé-Dermatologie & e-Santé de la Société Française de Dermatologie), notamment une fiche d'information patient et des recommandations et conseils pour la prise de photographies médicales : https://www.sfdermato.org/site/groupe-de-teledermatologie-et-e-sante-teldes.html . Nous vous conseillons de les lire et de les utiliser. N'hésitez pas à activer le flash.

Pour tout avis pour une lésion pigmentée ou tumorale, une image dermoscopique sera indispensable.

Nous comptons sur vous pour veiller à la pertinence des demandes d'avis et à la qualité des informations transmises !

Cacher

**AUTEURE : Nom :** CHIOZEM **Prénom :** Sandra

**Date de soutenance :** Vendredi 10 novembre 2023.

**Titre de la thèse :** Étude des échanges par téléexpertise entre les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais et les praticiens du service de dermatologie du réseau GHICL en 2022.

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement :** Thèse de doctorat en médecine.

**DES :** Médecine générale.

**Mots-clés :** télémédecine ; dermatologie ; médecine générale ; communication interdisciplinaire ; réseaux communautaires

**Résumé :**

**Contexte** : La pénurie relative en dermatologues se répercute sur les délais de prise en chage. Le médecin généraliste (MG) a moins la possibilité d'adresser facilement les cas qui posent problème. La téléexpertise (TLX) permet d'apporter potentiellement une solution. L'objectif principal de cette étude était d'étudier les caractéristiques des échanges d'avis par TLX faites sur le réseau GHICL entre MG et dermatologues.

**Méthode :** Étude observationnelle rétrospective de 301 échanges. Recueil des données à partir d'un catalogue de variables. L'analyse a été descriptive.

**Résultats :** Les données concernant les antécédents, le contexte, le diagnostic du MG et les symptômes associés à lésion cutanée ont été présentes respectivement sur environ 50% des demandes d'avis. Les MG évoquent moins si le patient a des allergies (donnée absente sur 85,7% des demandes d'avis), s'il prend des traitements (72,1%) ou s'il a essayé un traitement avant de faire la demande (60,8%). Sur les 148 demandes où le médecin a renseigné la (ou les) raison(s) de la TLX, 42,6% suite à une difficulté thérapeutique et 40,5% suite à un doute diagnostique. Dans 97% des demandes, le dermatologue répondait en moins de 3 jours. Les pathologies tumorales (43,1%), et les inflammatoires (35,6%) étaient les motifs majoritaires. La convocation était proposée dans un délai inférieur à 3 mois dans 91,3% des convocations pouvant aller à 234 jours.

**Conclusion :** Les échanges en TLX ont des informations parcellaires bien que la plupart du temps suffisantes a priori, et permettent de débloquer rapidement les situations. Néanmoins, le respect du cadre dans lequel a été instauré la TLX est indispensable pour ne pas saturer ce nouveau réseau. Une formation adaptée permettrait de mieux cibler la pertinence des demandes d' avis.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Éric BOULANGER**

**Assesseur : Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Mathieu BATAILLE**