



FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude des échanges de télé-expertise en dermatologie entre les
médecins généralistes du Nord et Pas-de-Calais et les praticiens du
Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)
en 2022 : évaluation de la satisfaction et de la pertinence.**

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2023 à 18h00
au Pôle Formation

par Tristan POUANSI DIGWANA

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Asseseurs :

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.

Abréviation et sigles

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agences Régionales de Santé

CI : Intervalle de Confiance

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medicine

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ET : Ecart-type

FMC : Formation Médicale Continue

GHICL : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

LFSS : Loi Financement de la Sécurité Sociale

MG : médecin généraliste

RMM : Relation Malade Médecin

RQD : Code facturation d'acte intitulé : Demande de téléexpertise

SNDS : Système National des Données de Santé

TLE : Téléexpertise

TE2 : Code facturation d'acte intitulé : téléexpertise

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URPS-ML : Unions Régionales des Professionnels de Santé - Médecine Libérale

Résumé

Étude des échanges de télé-expertise en dermatologie entre les médecins généralistes du Nord et Pas-de-Calais et les praticiens du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) en 2022 : évaluation de la satisfaction et de la pertinence.

Introduction : Les tensions sur la démographie médicale en France touchent la dermatologie plus fortement que d'autres spécialités, rendant son accès difficile, pour les patients adressés par leurs médecins généralistes (MG). La télé-expertise (TLE) dermatologique tente de répondre à ces problématiques. L'accroissement rapide du nombre de demandes de TLE adressées au service de dermatologie au GHICL, nous a interrogé sur la pertinence des échanges de TLE, en particulier les demandes réalisées par les MG. L'objectif était d'étudier la pertinence des échanges de TLE et d'isoler les conditions nécessaires à une demande de TLE pertinente.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude quantitative, par questionnaires envoyés aux MG requérants (50) et dermatologues requis (7) de 50 TLE reçues au GHICL en 2022. Les participants ont été interrogés sur la pertinence, la satisfaction de leur TLE, le cadre de la demande de TLE et sur la TLE de manière générale.

Résultats : Les échanges de TLE sont jugés pertinents par les participants. La pertinence des demandes est jugée moins bonne pour les dermatologues (6.7 +/- 1.9 /10) que pour les MG (8.4 +/-1.7 /10). Cela pourrait s'expliquer par le recours hospitalier pour des problématiques d'ordre de la dermatologie libérale (64% des TLE d'après les MG et 84% d'après les dermatologues), les difficultés rencontrées par les dermatologues durant la TLE : mauvaise qualité des images (40% des TLE) (photographies et absence de dermoscopie) et la qualité des informations cliniques (16% des TLE). Les MG requièrent une TLE pour des incertitudes diagnostiques (82%) et thérapeutiques (38%). Ils tirent de la TLE un bénéfice pédagogique (82%) et ce qu'importe leur niveau de connaissance en dermatologie. Finalement, bien qu'ils soient insatisfaits de la valorisation financière des actes de TLE, MG et dermatologues sont satisfaits de la TLE et pensent qu'elle améliore la prise en charge des patients.

Conclusion : La pertinence des soins est un enjeu crucial du système de santé pour répondre aux défis notamment démographiques d'aujourd'hui et de demain. La participation des dermatologues libéraux à la TLE semble être d'autant plus nécessaire, en complément de l'offre hospitalière. Une formation des MG à la TLE, notamment à la prise d'image est requise. Notre étude permet d'évoquer les critères de pertinence d'une TLE et plus largement d'un soin, et encourage à davantage d'étude sur sa définition et son évaluation.

Mots-clés : Télémédecine ; dermatologie ; médecine générale ; communication interdisciplinaire ; réseaux communautaires ; pertinence des soins

Sommaire

Avertissement.....	1
Abréviation et sigles.....	2
Résumé.....	3
Sommaire.....	4
1. Introduction.....	6
1.1. Démographie médicale.....	6
1.2. Télémédecine et téléexpertise.....	8
1.2.1. La télémédecine.....	8
1.2.2. La téléexpertise.....	10
1.3. La pertinence des soins.....	12
2. Matériels et méthodes.....	14
2.1. Type d'étude.....	14
2.2. Objectifs.....	14
2.2.1. Critère de jugement principal.....	14
2.2.2. Critères de jugements secondaires.....	15
2.3. Population et recrutement.....	15
2.4. Nombre de sujets.....	16
2.5. Déroulement de l'étude.....	16
2.6. Le questionnaire : Sphinx, confidentialité, sécurité.....	18
2.6.1. Questionnaire aux médecins généralistes :.....	19
2.6.2. Questionnaire aux dermatologues :.....	20
2.7. Plan d'analyse.....	21
3. Résultats.....	22
3.1. Médecins généralistes et dermatologues répondants.....	22
3.2. Réponses des médecins généralistes.....	23
3.2.1. Le contexte de la demande de TLE et les difficultés rencontrées (questions 1 à 6).....	23
3.2.2. La place, les limites et alternatives de la TLE (questions 7 à 14).....	26
3.2.3. La pertinence des échanges de TLE (questions 15 et 16).....	30
3.2.4. La TLE dermatologique de manière générale (questions 17 à 20).....	32
3.2.5. La satisfaction de la TLE (questions 21 à 23).....	33
3.3. Réponses des dermatologues.....	36
3.3.1. La place de la TLE et les difficultés rencontrées (questions 1 à 5).....	36
3.3.2. La pertinence des échanges de TLE (question 6 et 7).....	38
3.3.3. La TLE dermatologique de manière générale (les questions 10 à 13).....	40
3.4. Comparaison des réponses des dermatologues et MG aux questions communes..	42
3.5. Analyses statistiques supplémentaires des réponses des médecins généralistes et des dermatologues.....	44
3.5.1. Le niveau de confiance en connaissances dermatologiques en fonction de l'amélioration des connaissances en dermatologie (Q19.MG et Q20.MG).....	44
3.5.2. Est-ce que les TLE qui ont amélioré la prise en charge des patients sont les	

mêmes pour les MG (Q14.MG) et les dermatologues (Q6.D) ?.....	45
3.5.3. Corrélation entre le niveau de confiance des MG (Q20.MG) et la pertinence de leur demande, selon les MG et selon les dermatologues (Q15.MG et Q7.D).....	46
3.5.4. L'évaluation de la pertinence des demandes de TLE (Q15) selon l'amélioration de la prise en charge des patients par la TLE (Q14), d'après les MG.....	47
3.5.5. L'évaluation de la pertinence des demandes de TLE (Q7) selon l'amélioration de la prise en charge des patients par la TLE (Q6), d'après les dermatologues.....	48
4. Discussion.....	49
4.1. Objectif principal.....	49
4.1.1. La perception de la pertinence des échanges de TLE.....	49
4.1.2. Les motivations des MG à une TLE et la nécessité d'un avis dermatologique.....	51
4.1.3. Le niveau de recours en dermatologie.....	53
4.1.4. La place de la TLE et ses alternatives.....	55
4.1.5. Le cadre de la TLE et les difficultés rencontrées.....	57
4.1.5.1. Les images transmises.....	57
4.1.5.2. Les informations cliniques.....	59
4.2. Objectifs secondaires.....	62
4.2.1. Les moyens de connaissance de la TLE.....	62
4.2.3. Les conséquences de la TLE sur la relation médecin généraliste-patient.....	63
4.2.4. L'attitude des médecins généralistes face aux réponses des dermatologues.....	65
4.2.5. L'amélioration de la prise en charge des patients par la TLE.....	65
4.2.6. Le niveau de confiance en dermatologie des MG et les conséquences de la TLE sur leur connaissances.....	67
4.2.7. La valorisation des échanges de TLE.....	69
4.2.8. La satisfaction des échanges de TLE et l'envie de la recommander à ses pairs.....	70
4.3. Forces et limites de l'étude.....	72
4.3.1. Forces de l'étude.....	72
4.3.2. Limites de l'étude.....	73
5. Conclusion.....	74
6. Bibliographie.....	76
7. Annexes.....	79
7.1. Questionnaire aux MG (logiciel Sphinx).....	79
7.2. Questionnaire aux dermatologues (logiciel Sphinx).....	84

1. Introduction

1.1. Démographie médicale

La démographie médicale est un enjeu incontournable des politiques d'organisation de l'offre de soins en France. Depuis 2010, les effectifs de médecins en activité ont modérément augmenté, passant de 215 663 à 234 028 médecins de toutes spécialités. En 2021, dans son rapport sur la démographie médicale, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) projette une diminution modérée des effectifs des médecins jusqu'en 2024, une augmentation de 2024 à 2030, puis un accroissement plus prononcé jusqu'en 2050 (1). En parallèle, la population générale croît, notamment celle des personnes âgées, volontiers plus consommatrices de soins, ce qui tend à accroître ce déséquilibre (2).

L'effectif de médecins généralistes a diminué ces dix dernières années, passant de 92 500 en 2012 à 82 860 en 2023 d'après les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (3). Ce nombre continuera à diminuer jusqu'en 2026 d'après les projections du DREES (cf. figure 1) (1).

On observe par ailleurs une augmentation des effectifs de médecins d'autres spécialités, avec une répartition hétérogène (4). Ainsi, les effectifs et la densité de dermatologues sur le territoire ont fortement diminué : 3 310 en l'an 2000 à environ 2 660 dermatologues en 2020, avec une densité médicale passant de 5,48 à 3,97 dermatologues pour 100 000 habitants entre 2000 et 2020 (5) selon le Système National des Données de Santé (SNDS). Aujourd'hui le nombre de dermatologues augmente de nouveau mais persiste une pression importante sur la démographie médicale. La DREES prédisait qu'en 2030 la dermatologie serait la quatrième spécialité qui subirait le plus de déficit en terme de démographie médicale (6), alors qu'en 2016, le délai entre la prise de rendez-vous et la consultation de dermatologie était de 61 jours en moyenne, allant jusqu'à 126 jours parfois (7).

Les patients ont en effet, de plus en plus de difficultés à consulter les dermatologues par manque d'accès. Comme nous l'illustre l'étude IFOP, dans laquelle 46% (n=925)

des personnes interrogées déclaraient avoir au moins une fois renoncé à consulter un dermatologue, pour des problématiques de délai, disponibilité du dermatologue ou éloignement géographique (8). Les médecins généralistes rencontrent ces mêmes difficultés d'accès avec les dermatologues et doivent alors gérer des problématiques pouvant dépasser leur connaissance et leur domaine de compétences.

Afin de tenter de répondre à ces problématiques de démographie médicale, les gouvernements successifs ont mis en place différentes mesures : numerus apertus à la place du numerus clausus, augmentation du recrutement de médecins étrangers, instauration d'aides à l'installation des médecins généralistes en zones sous-denses et enfin, favoriser l'implantation de la télémédecine dans le paysage du soin médical en France.

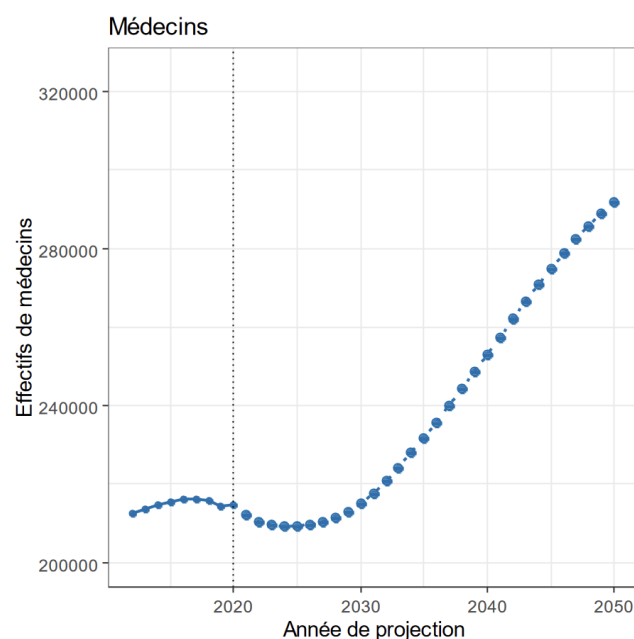


Figure 1 : Effectifs observés et projetés pour les professions médicales entre 2012 et 2050 selon les hypothèses du scénario tendanciel par la DRESS (1)

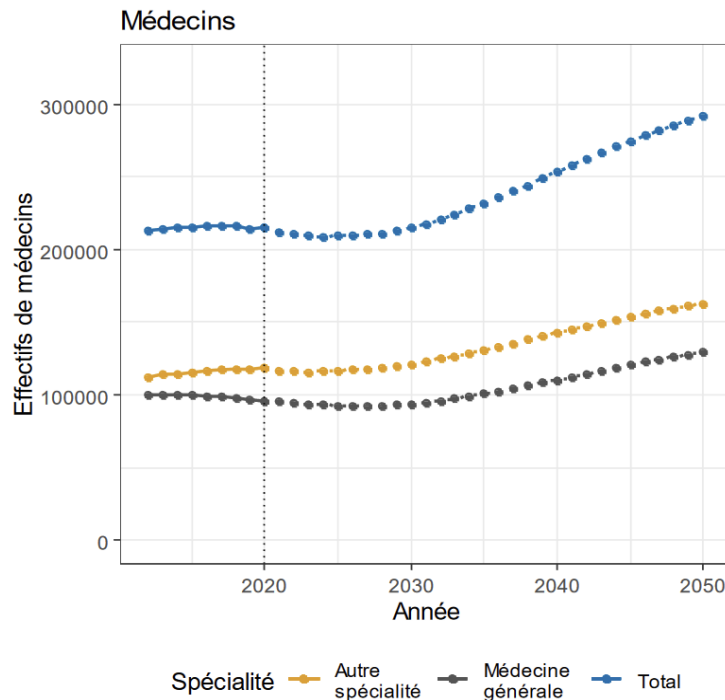


Figure 2 : Effectifs de médecins par spécialité observés et projetés entre 2012 et 2050 par la DRESS (1)

1.2. Télémédecine et téléexpertise

1.2.1. La télémédecine

En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) définit et réglemente la télémédecine qui se divise en 5 actes médicaux : la téléconsultation, la téléexpertise (TLE), la téléassistance, la télésurveillance, la régulation en centre 15. Ces actes ont pour principaux objectifs d'améliorer la coordination des soins, accélérer la prise en charge des patients, optimiser la gestion des ressources de soins, lutter contre la désertification médicale... (9).

- La téléconsultation : consultation réalisée par un médecin, à distance d'un patient, ce dernier pouvant être assisté ou non par un autre professionnel de

santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...).

- La téléexpertise : elle permet à un professionnel de santé, dit « requérant » de solliciter à distance l'avis d'un médecin, dit « requis » en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient, même en l'absence du patient.
- La télésurveillance médicale : un médecin interprète à distance les données cliniques ou biologiques recueillies par le patient ou un professionnel de santé.
- La téléassistance médicale : un médecin assiste à distance l'un de ses confrères pendant un acte médical ou chirurgical.
- La régulation 15 : les médecins de ces centres 15 (SAMU) établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la situation.

Depuis 2009, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont encouragé la création d'outils de télémédecine régionaux, dans le but d'expérimenter différents dispositifs, préparer une diffusion nationale et un financement de droit commun. En 2018, la Loi Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) fait entrer la téléconsultation dans le droit commun, permettant l'établissement d'un cadre légal et la définition précise de ses modalités de fonctionnement ; suivront la téléexpertise en 2019 et la télésurveillance en 2023.

1.2.2. La téléexpertise

Les consultations en médecine générale pour motif dermatologique représentaient environ 4% des consultations en 2012 (10). Les médecins généralistes utilisaient parfois leurs réseaux de communication personnels afin de

demander un avis informel (sms, réseaux sociaux, groupes d'échanges). Cependant, ces demandes sortent du cadre imposé par la réglementation, notamment en ce qui concerne la sécurisation des échanges de données de santé (11).

À son inscription dans le droit commun en 2019, la valorisation des téléexpertises était limitée aux patients "prioritaires" : en ALD ou maladie rare, résidents en zone sous-denses, en EHPAD ou détenus. La demande de téléexpertise ne pouvait être réalisée que par un médecin et il existait deux rémunérations en fonction de la qualité de l'expertise demandée. Le médecin requis devait avoir vu en consultation le patient dans l'année qui précédait la demande.

La crise sanitaire due à la pandémie du Covid-19 a accéléré l'implantation de la télé médecine dans la prise en charge des patients en France. L'avenant 9 de la convention médicale de 2016 signé en septembre 2021 a permis à la téléexpertise de prendre un nouvel élan (12) :

- disparition des conditions d'accès restrictives des patients quant au remboursement de la téléexpertise par l'assurance maladie : tout patient est désormais éligible au remboursement ;
- la téléexpertise peut désormais être demandée par tout professionnel de santé (médecin, IDE), ouvrant des droits à près de 1,2 millions de professionnels de santé supplémentaires ;
- le médecin requis n'a plus l'obligation de connaître préalablement le patient ;
- les tarifications sont simplifiées et remplacées par une cotation unique pour les professionnels requérants et requis (requérant code RQD pour 10 € et requis TE2 pour 20 €).

Dans ce contexte, nous avons pu assister à l'essor de la téléexpertise, notamment de la téléexpertise dermatologique, devenant un véritable outil du quotidien de la médecine générale.

Au sein des Hauts-de-France, de nombreux praticiens libéraux et hospitaliers se sont inscrits sur des plateformes de téléexpertise et peuvent ainsi être requis ou requérir une téléexpertise. Le service de dermatologie du Groupement des Hôpitaux

de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) a été pionnier dans cet établissement et dans la région, en tant que service requis dès 2021. Ce service a vu ses demandes de téléexpertise augmenter rapidement, comme nous le montre le graphique ci-dessous exposant le nombre de téléexpertises reçues tous les 2 mois.

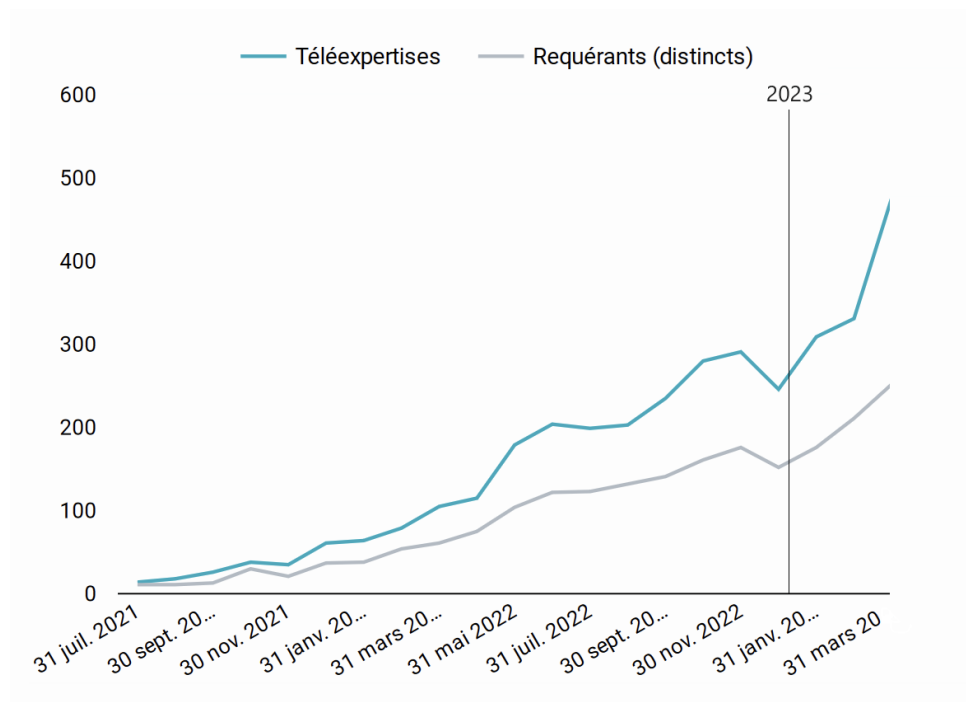


Figure 3 : nombre de téléexpertises reçues par le service de dermatologie du GHICL sur une période donnée

De plus, la grande majorité des demandes de TLE sont envoyées par des médecins généralistes, comme nous l'illustre le graphique suivant.

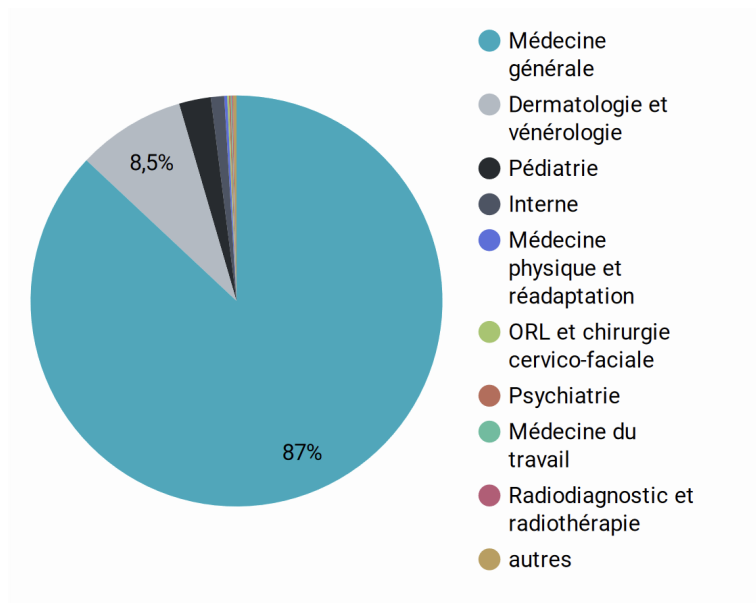


Figure 4 : répartition des demandes de TLE dans le service de dermatologie du GHICL, par spécialité du requérant

Après l'engouement des premiers mois, un tel accroissement nous interroge sur le contenu des échanges de TLE, la pertinence des demandes de TLE et la satisfaction des praticiens requérants et requis. Sachant que la majorité des demandes proviennent des médecins généralistes, il paraît logique de concentrer nos recherches sur cette population mais également interroger les dermatologues à ce propos.

1.3. La pertinence des soins

La pertinence est définie comme qualité de ce qui est pertinent, logique, parfaitement approprié (13). La notion de pertinence des soins s'est imposée progressivement dans nos sociétés, avec la prise en compte du rapport bénéfice-risque dans la prise en charge du patient. Selon la HAS, un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé est supérieur aux conséquences négatives attendues, d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valide

d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût (14). La question de la pertinence des soins touche à de nombreux domaines : la prescription de bilan biologique, d'examen d'imagerie, de médicament, d'une demande de téléexpertise ou de consultation spécialisée, etc. Elle est indispensable à l'exercice de la médecine, mais reste une notion complexe à aborder. On retrouve d'ailleurs peu d'études concernant la pertinence des soins, probablement à cause de la difficulté de l'élaboration d'une méthodologie validée. C'est pourquoi, nous avons souhaité appréhender la notion de pertinence des soins, en interrogeant la perception de la pertinence des échanges de téléexpertises dermatologiques, entre médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais et dermatologues du GHICL.

L'objectif principal est l'évaluation par les MG et les dermatologues de la pertinence des échanges de TLE et plus spécifiquement des demandes de TLE des MG. Nous souhaitons également mettre en lumière les points de satisfaction et de frustrations des praticiens lors de ces téléexpertises. Dans ce contexte de tension sur la démographie médicale, notre recherche vise à mettre en avant les pratiques les plus pertinentes, notamment les facteurs qui y concourent, pour faciliter la communication interprofessionnelle lors des téléexpertises, optimiser le temps médical et finalement améliorer la prise en charge du patient.

Ce travail vient compléter la thèse de Mme Sandra CHIOZEM qui a étudié les caractéristiques des demandes de TLE pour le même réseau de TLE en dermatologie (réseau du GHICL sur OMNIDOC), sur la même période (année 2022), et concernant les mêmes TLE.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, monocentrique, quantitative.

2.2. Objectifs

L'objectif principal est d'étudier la pertinence des échanges de télé-expertise dermatologiques sur un réseau structuré par le GHICL, du point de vue des médecins généralistes requérants du Nord et du Pas-de-Calais et des dermatologues requis du GHICL, sur l'année 2022 et tenter d'isoler les conditions nécessaires à une demande de TLE pertinente.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les moyens de connaissances de la TLE dermatologique des MG ;
- Étudier le consentement du patient lors d'une demande de TLE ;
- Étudier les conséquences de la TLE sur la relation MG-patient ;
- Étudier l'attitude des MG face à la réponse à la TLE ;
- Évaluer la perception de l'amélioration de la prise en charge ;
- Évaluer le niveau de confiance en dermatologie des MG réalisant une TLE ;
- Étudier la satisfaction des échanges de TLE des MG et des dermatologues ;

2.2.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la pertinence des échanges de télé-expertise. Ce critère ne relève pas d'un critère unique mais englobe une partie des réponses des médecins généralistes et dermatologues : la perception de la

pertinence des échanges de TLE, les motivations des médecins généralistes à la demande de téléexpertise, la perception de la nécessité d'un avis dermatologique par les dermatologues, le niveau de recours en dermatologie selon la téléexpertise, la place de la téléexpertise et ses alternatives, le cadre de la téléexpertise et les difficultés rencontrées. En raisonnant à partir de la définition de la HAS, nous tenterons d'isoler les conditions nécessaires à une demande de téléexpertise dermatologique pertinente.

2.2.2. Critères de jugements secondaires

- Les modalités de connaissances de la TLE dermatologique des MG ;
- Le consentement du patient lors d'une demande de TLE ;
- Les conséquences de la TLE sur la relation MG-patient ;
- L'attitude des MG face à la réponse du requis à la TLE ;
- La perception de l'amélioration de la prise en charge
- Le niveau de confiance en dermatologie des MG réalisant une TLE ;
- La satisfaction des échanges de TLE des MG et des dermatologues.

2.3. Population et recrutement

Les critères d'inclusion sont :

- des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais inscrits à l'ordre des médecins, ayant fait une demande de téléexpertise dermatologique au GHICL, via la plateforme Omnidoc, pendant l'année 2022 ;
- des dermatologues exerçant au GHICL (Service de Dermatologie de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul), ayant répondu à une demande de téléexpertise d'un médecin généraliste du Nord et du Pas-de-Calais inscrit à l'ordre des

médecins, via Omnidoc, pendant l'année 2022.

- les TLE analysées par le Docteur Sandra CHIOZEM lors de sa 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."

Les critères de non inclusion sont :

- les médecins généralistes en formation (internes) ;
- les médecins non généralistes ayant fait une demande de TLE.

2.4. Nombre de sujets

L'étude est par nature observationnelle et descriptive, il n'y a pas d'élément sur lequel baser le calcul du nombre de sujets. De manière arbitraire, nous avons estimé qu'étudier 50 réponses de dermatologues et médecins généralistes aux questionnaires, concernant une téléexpertise donnée, serait un nombre suffisant pour répondre à nos objectifs.

2.5. Déroulement de l'étude

- Inclusion des TLE faites par des médecins généralistes au GHICL entre le 1er janvier 2022 et le 31 décembre 2022 ;
- Pré-sélection d'une cohorte de 301 TLE par échantillonnage aléatoire simple par le Dr Sandra CHIOZEM pour son travail de 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."

- Exclusion d'une partie des téléexpertises due à des départs de certains dermatologues du GHICL ;
- Obtention de 200 TLE par nouvel échantillonnage aléatoire simple
- Envoi de 200 questionnaires aux médecins généralistes le 23/08/23 ;
- Parmi les réponses des MG :
 - sélection des TLE en fonction des dermatologues requis dans le but d'en diversifier la population
 - sélection des demandes de MG afin d'en diversifier la population et de d'obtenir 50 demandes de TLE de MG différents

Le déroulement de l'étude est présenté dans la figure 4 ci-dessous.

Un code identique a été envoyé aux médecins généralistes et dermatologues afin d'identifier la demande.

La période de recueil de données a été comprise d'août à octobre 2023 et l'analyse fut réalisée durant le mois d'octobre 2023.

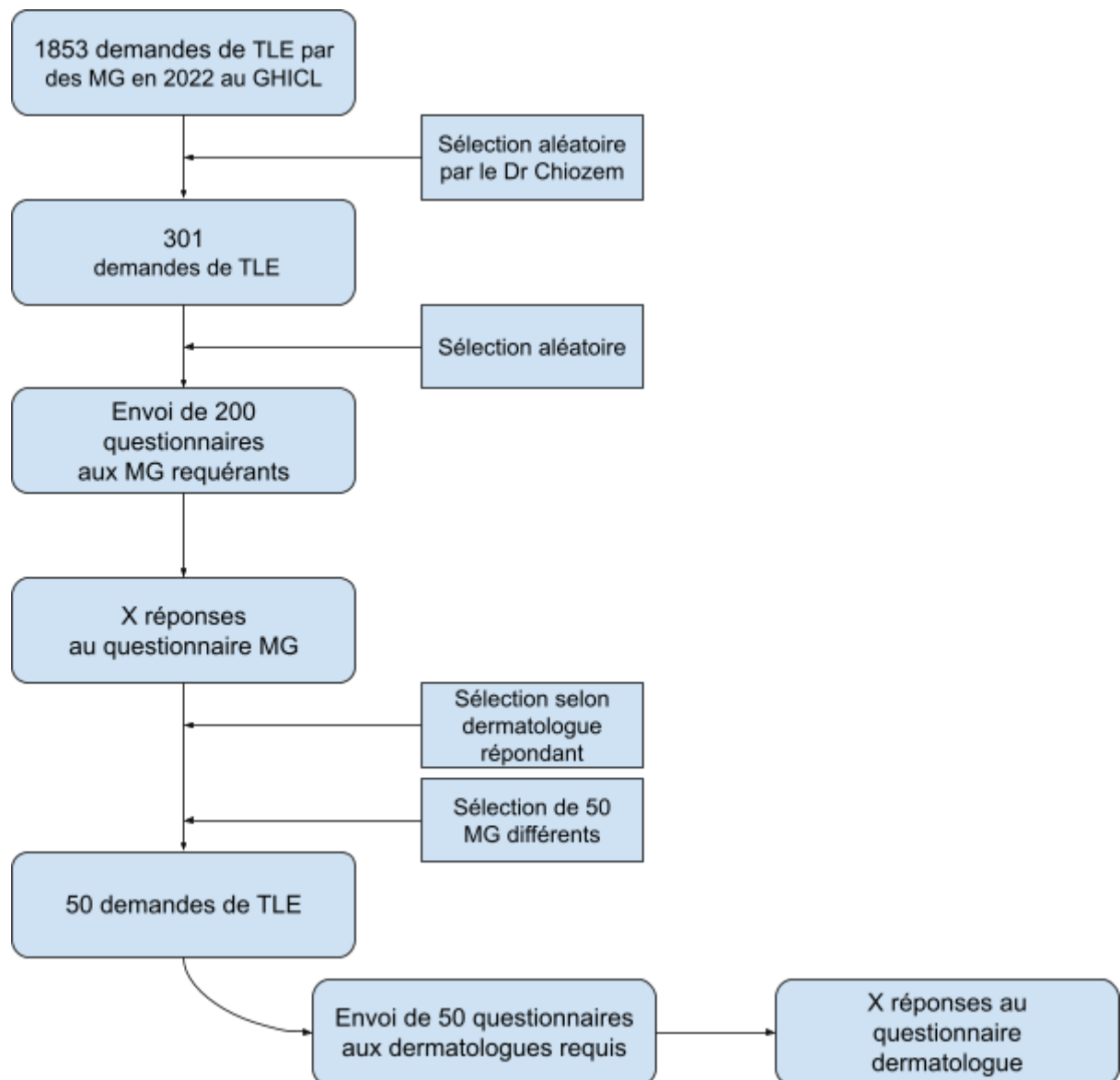


Figure 4 : Diagramme du déroulement de l'étude

2.6. Le questionnaire : Sphinx, confidentialité, sécurité

Le questionnaire a été élaboré sur la plateforme en ligne Sphinx (Annexe) qui garantit l'anonymat des participants. Le questionnaire contenait 23 questions pour le

médecin généraliste et 13 questions pour le dermatologue. Les réponses étaient sous forme de questions à choix multiples (QCM), à choix unique, à réponse libre ou avec réponses à échelle numérotée.

Les questionnaires se composaient de 2 parties :

- l'une avec des questions concernant la demande de téléexpertise du patient en particulier ;
- l'autre concernant la téléexpertise dermatologique de manière générale.

2.6.1. Questionnaire aux médecins généralistes :

Les questions 1 à 6 interrogent le contexte de la demande de TLE et les difficultés rencontrées lors de la demande de TLE :

- les moyens de connaissance de la TLE dermatologique ;
- la prise de connaissance des prérogatives à une demande de TLE au GHICL ;
- l'information donnée au patient avant de réaliser la demande de TLE ;
- les motifs de la demande de TLE ;
- les difficultés rencontrées lors de la demande de TLE.

Les questions 7 à 14 tentent de caractériser la place de la TLE dermatologique, ses limites et ses alternatives :

- le type d'exercice requis pour la TLE : hospitalière ou courante/libérale ;
- l'intérêt de la TLE pour une problématique donnée ;
- l'amélioration ou non de la prise en charge du patient par la TLE ;
- les alternatives à la TLE pour une problématique.

Les questions 15 et 16 estiment le degré de pertinence des échanges entre praticiens concernant la demande de TLE. Ces questions sont précédées de la définition donnée par la HAS de la pertinence des soins.

Les questions 17 à 20 interrogent la TLE dermatologique de manière générale :

- l'intérêt d'un questionnaire dans l'échange avec le dermatologue ;
- l'impact de la TLE dermatologique sur les relations entre praticien et patient ;
- les connaissances dermatologiques acquises grâce à la TLE ;
- le niveau de confiance des connaissances dermatologiques des MG.

Les questions 21 à 23 explorent la satisfaction concernant la TLE dermatologique de manière générale :

- la juste valorisation de l'acte de TLE ou non ;
- la satisfaction des expériences de TLE dermatologiques ;
- la recommandation ou non de la TLE à d'autres MG.

2.6.2. Questionnaire aux dermatologues :

Les questions 1 à 6 étudient la place de la TLE et les difficultés rencontrées :

- la perception de la nécessité d'un avis dermatologique ;
- l'intérêt d'un avis rapide dermatologique ;
- le niveau de recours requis pour la TLE : courant ou hospitalier ;
- l'intérêt de la TLE pour une problématique ;
- les difficultés rencontrées lors de la réception de la demande de TLE;
- l'amélioration ou non de la prise en charge du patient par la TLE.

Les questions 7 à 8 estiment le degré de pertinence des échanges entre praticiens concernant la demande de TLE. Ces questions sont précédées de la définition donnée par la HAS de la pertinence des soins.

Les questions 10 à 13 interrogent la TLE dermatologique de manière générale :

- l'intérêt d'un questionnaire dans l'échange avec le MG ;
- la juste valorisation de l'acte de TLE ou non ;
- la satisfaction des expériences de TLE dermatologiques ;

- la recommandation ou non de la TLE à d'autres dermatologues.

2.7. Plan d'analyse

L'analyse des données de cette étude sera essentiellement descriptive : la plupart des questions étant à modalités de réponses qualitatives, les effectifs et fréquences seront calculés pour chaque modalité de chaque question.

Pour les variables quantitatives, des moyennes et des écart-types seront calculés.

Les réponses obtenues en texte libre seront regroupées avec les réponses s'y rapportant sous une étiquette, permettant ensuite une analyse descriptive commune avec les autres réponses du questionnaire.

Les données ont été analysées avec le concours de la DRCI et l'équipe de statisticiens du service de recherche du GHICL.

Le logiciel utilisé pour réaliser ces analyses est SPHINX.

3. Résultats

3.1. Médecins généralistes et dermatologues répondeurs

Nous avons rempli l'objectif de 50 réponses des médecins généralistes requérants et des dermatologues requis, en cinq semaines. Nous avons clôturé les réponses aux questionnaires le 1er octobre 2023 et avons obtenu un total de 71 réponses sur les 200 questionnaires envoyés aux médecins généralistes, soit un taux de réponse de 35,5%.

En 2022, trois dermatologues ont répondu à quasiment 90% des TLE. Pour diversifier la population des MG et des dermatologues dans notre étude, nous avons choisi de sélectionner parmi les 71 réponses de MG, 50 demandes de TLE de MG différents et ayant eu des réponses de dermatologues différents. Ainsi, nous avons obtenu les 50 réponses attendues aux questionnaires des dermatologues provenant de 7 dermatologues différents dont la répartition est exposée dans le tableau ci-dessous. Cette répartition reflète l'activité de téléexpertise de ces dermatologues au GHICL.

Dermatologue	A	B	C	D	E	F	G	Total
Nombre de réponses aux questionnaires (%)	23 (46%)	19 (38%)	3 (6%)	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)	1 (2%)	50 (100%)

Tableau 1 : répartition des dermatologues répondeurs

3.2. Réponses des médecins généralistes

3.2.1. Le contexte de la demande de TLE et les difficultés rencontrées (questions 1 à 6)

Les médecins généralistes ont majoritairement (64%, n=32) connu la TLE dermatologique (Q1), par le biais du bouche-à-oreille, des réseaux sociaux ou des discussions entre collègues sans préciser leur spécialité. 12% (n=6) de MG ont connu la TLE dermatologique par le biais de dermatologues. Le reste des médecins généralistes ont connu la TLE par d'autres moyens exposés dans la figure ci-dessous.

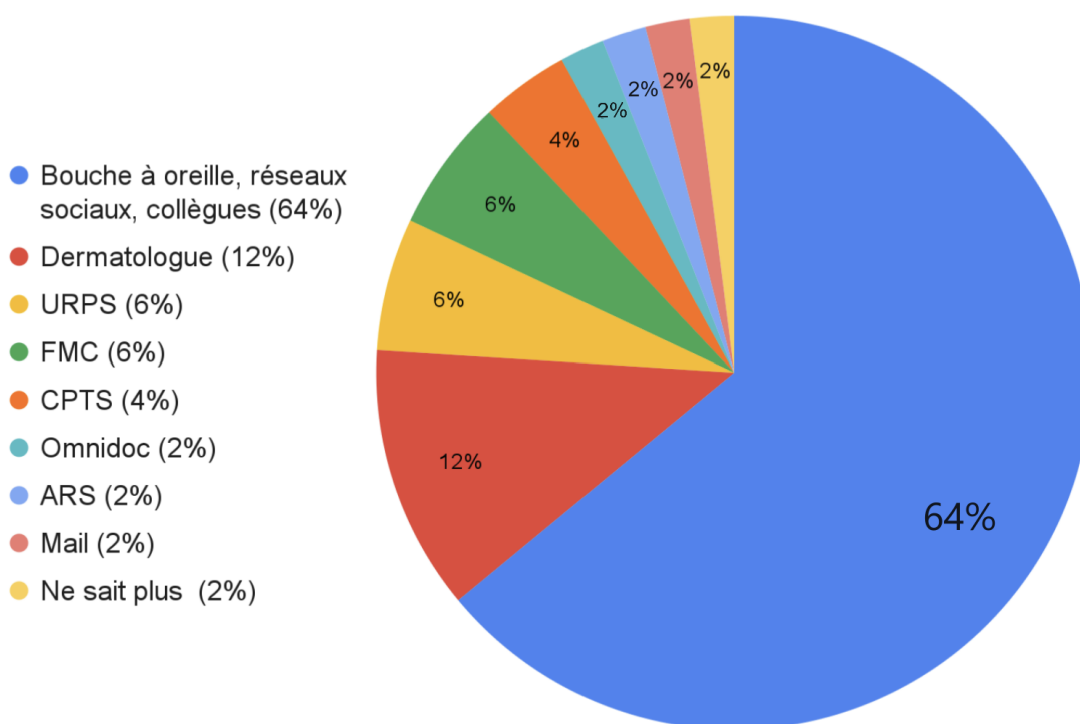


Figure 5 : moyens de connaissance de la TLE dermatologique par les MG

A la question 2, 70% (n=35) des médecins généralistes répondants avaient pris connaissance des conditions nécessaires à une demande de TLE au GHICL. 20% (n=10) n'en avaient pas pris connaissance et 10% (n=5) ne savaient plus s'ils en avaient plus connaissance ou non.

De plus, 62% des médecins généralistes (n=31) ont pris connaissance des éléments d'aide à la rédaction d'une demande de TLE (Q3). 32% (n=16) n'en n'ont pas pris connaissance et 6% (n=3) ne savaient pas s'ils en avaient pris connaissance ou non.

Comme le montre le tableau 2 ci-dessous, 56% des médecins généralistes ont pris connaissance à la fois des conditions nécessaires à une demande de TLE au GHICL et des éléments d'aide à la rédaction d'une demande de TLE (n=28). A contrario, 18% des MG (n=9) n'ont pas pris connaissance de ces conditions requises à une TLE et n'ont pas pris connaissance des éléments d'aide à la rédaction d'une TLE.

Question 2	Question 3	Pourcentage % (effectif)
Oui	Oui	56% (28)
	Non	12% (6)
	Je ne sais pas	2% (1)
Non	Oui	2% (1)
	Non	18% (9)
Je ne sais pas	Oui	4% (2)
	Non	2% (1)
	Je ne sais pas	4% (2)
Total		100% (50)

Tableau 2 : table de contingence des réponses aux questions 2 et 3 pour les MG

 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-tele dermatologie-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

Illustration extraite de la page de demande de TLE du GHICL, présentée aux questions 2 et 3.

Avant d'initier une demande de TLE, tous les médecins généralistes répondants (100%, n=50) en ont informé les patients concernés (Q4).

La question 5 était une question à choix multiples. Les principaux motifs de demande de TLE sont l'incertitude diagnostique (80%, n=40) et l'incertitude thérapeutique (38%, n=19), comme exposé dans la figure 6. Parmi la réponse "Autre" (10%, n=5) : 4 médecins ont réalisé cette demande devant des délais de consultation en dermatologie "trop longs" et un médecin pensait que sa demande n'était finalement pas adaptée à la TLE.

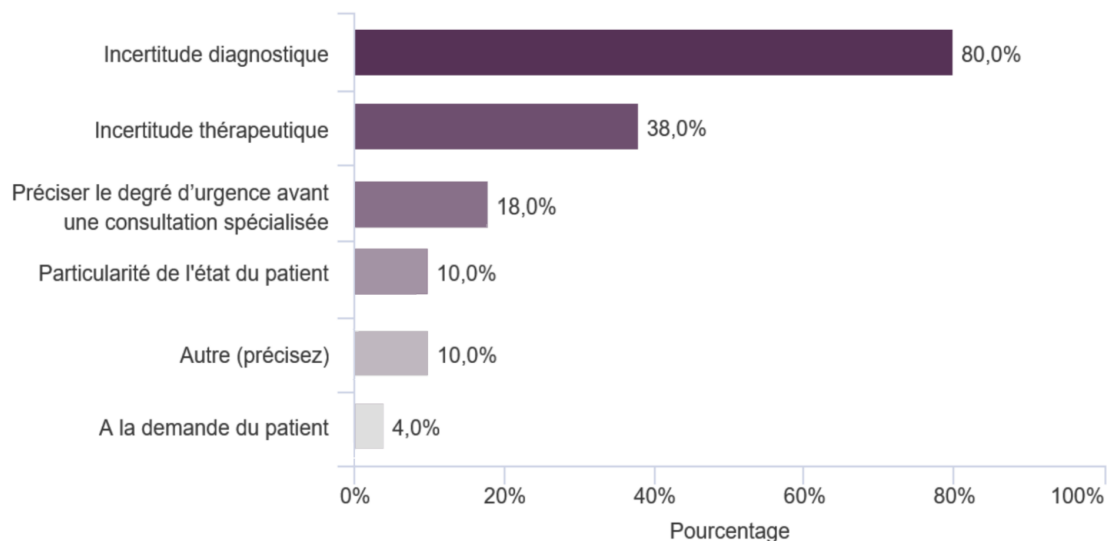


Figure 6 : répartition des motifs des TLE dermatologiques par les MG (n=50)

Au cours de la demande de TLE, la quasi-totalité des médecins généralistes n'ont pas rencontré de difficulté (92%, n=46) (Q6). Le reste a eu des difficultés à prendre ou à transférer les photographies sur la plateforme de TLE (8%, n=4).

3.2.2. La place, les limites et alternatives de la TLE (questions 7 à 14)

La figure 7 de la question 7 nous montre à quel niveau de recours de dermatologie les médecins généralistes pensaient que leur demande de TLE s'adressait. On observe que la majorité considéraient que leur demande s'adressait à de la dermatologie courante/libérale exclusivement (64%, n=32).

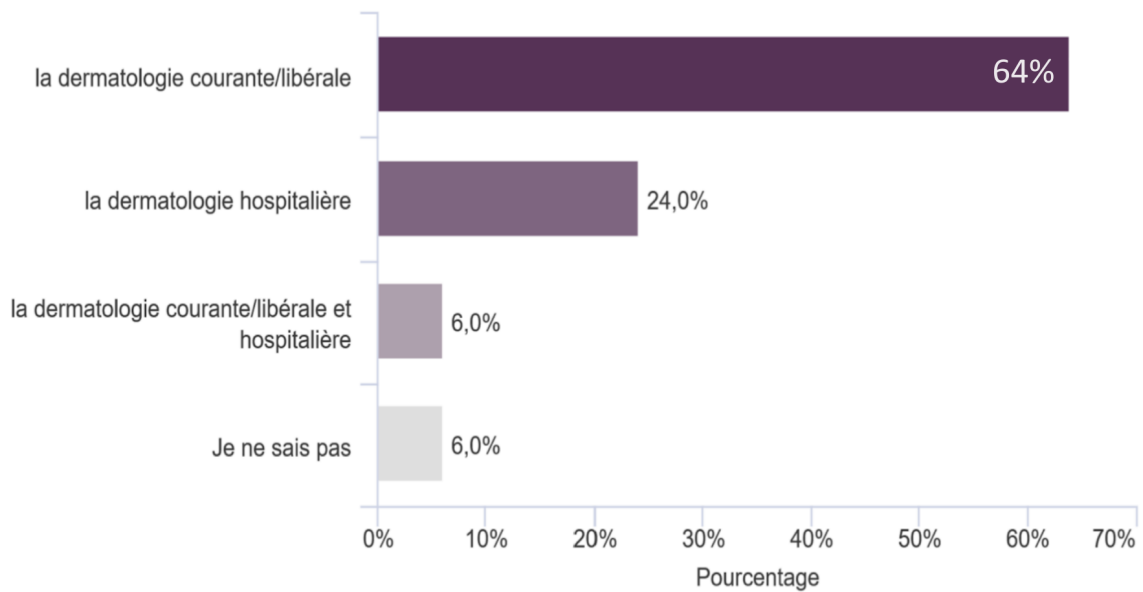


Figure 7 : recours de dermatologie concernée par la TLE selon les MG (n=50)

Comme nous le montre le tableau 3 ci-dessous, en majorité, les médecins généralistes pensaient que la TLE était l'option la plus adaptée à la problématique rencontrée (Q8). Ensuite, sans accès à la TLE, ils auraient en grande partie demandé une consultation dermatologique (Q9). Enfin, la décision de l'introduction d'un traitement sans avis dermatologique ni TLE est assez équivoque (Q11).

Question	Réponse	MG : effectif (%) n=50
Q8 : Est-ce que cette TLE vous semblait être l'option la plus appropriée pour la problématique évoquée ?	Oui	42 (84%)
	Non	5 (10%)
	Ne sait pas	3 (6%)
Q9 : Sans accès à la TLE, auriez-vous demandé une consultation dermatologique dans ce cas précis ?	Oui	41 (82%)
	Non	4 (8%)
	Ne sait pas	5 (10%)
Q11 : Sans accès à la TLE et sans consultation dermatologique, auriez-vous essayé un traitement dans ce cas précis ?	Oui	27 (54%)
	Non	20 (40%)
	Ne sait pas	3 (6%)

Tableau 3 : réponses aux questions 8, 9 et 11 avec pourcentage et effectif

A la question 10, parmi les médecins généralistes qui auraient demandé une consultation dermatologique, la majeure partie l'aurait fait en adressant le patient à un dermatologue libéral 80,9% (n=29) comme nous l'illustre la figure 8. A la réponse "autre" : un médecin généraliste aurait adressé son patient à un dermato-pédiatre sans préciser s'il exerce en libéral ou à l'hôpital.

5 médecins ayant répondu qu'ils auraient demandé un avis à un dermatologue (Q9), n'ont pas répondu à la question 10.

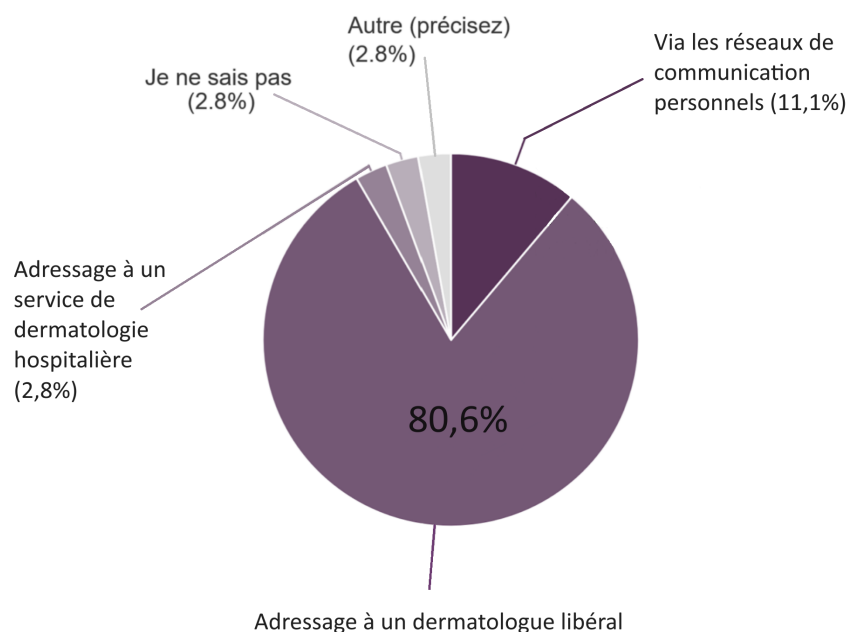


Figure 8 : moyens de demande d'avis dermatologique des médecins généralistes (n=50) sans accès à la TLE pour un cas précis

A la suite de la réponse de TLE du dermatologue, les médecins généralistes, en grand nombre, ont suivi la prise en charge proposée (Q12 et Q13). Cf. tableau 4.

Réponse à la prise en charge dermatologique	Justification	Pourcentage % (nombre)
Suivie	/	88% (44)
Non suivie	adressage à un autre dermatologue	2% (1)
	patient perdu de vue	2% (1)
	non précisé	2% (1)
Partiellement suivie	plus de communication du dermatologue	2% (1)
	image de mauvaise qualité donc pas de diagnostic possible	2% (1)
	patient réticent au traitement	2% (1)
Total		100% (50)

Tableau 4 : attitude des médecins généralistes (n=50) à la proposition de prise en charge du dermatologue lors d'une TLE donnée.

Enfin, la majorité des médecins à hauteur de 86% (n=43) pensent que la TLE a amélioré la prise en charge de leur patient (Q14). 8% (n=4) pensent que non et 6% (n=3) ne savent pas si la TLE a amélioré la prise en charge de leur patient.

3.2.3. La pertinence des échanges de TLE (questions 15 et 16)

Il s'agit de réponses par échelles numérotées. Ces questions sont précédées de la définition donnée par la HAS de la pertinence des soins comme exposée dans l'introduction.

La majorité des médecins généralistes considèrent que la demande de TLE était pertinente, avec une note moyenne de 8,4/10 et un écart type à 1,7, comme illustré par la figure 9. La même tendance est retrouvée concernant la pertinence des réponses des dermatologues, avec une note moyenne de 9,0/10 et un écart-type de 1,7. Cf. Figure 10.

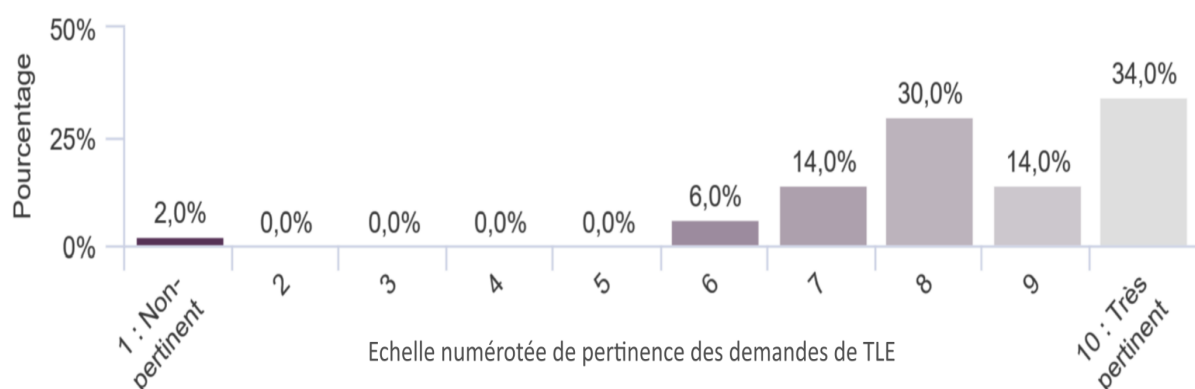


Figure 9: évaluation par une échelle numérotée de la pertinence des demandes de TLE selon les médecins généralistes (n=50)

Dans le cas unique où le MG a considéré que sa demande de TLE était non pertinente (note 1/10), il précise que sa TLE était davantage un test et reconnaît également que la TLE n'était pas adaptée à la situation.

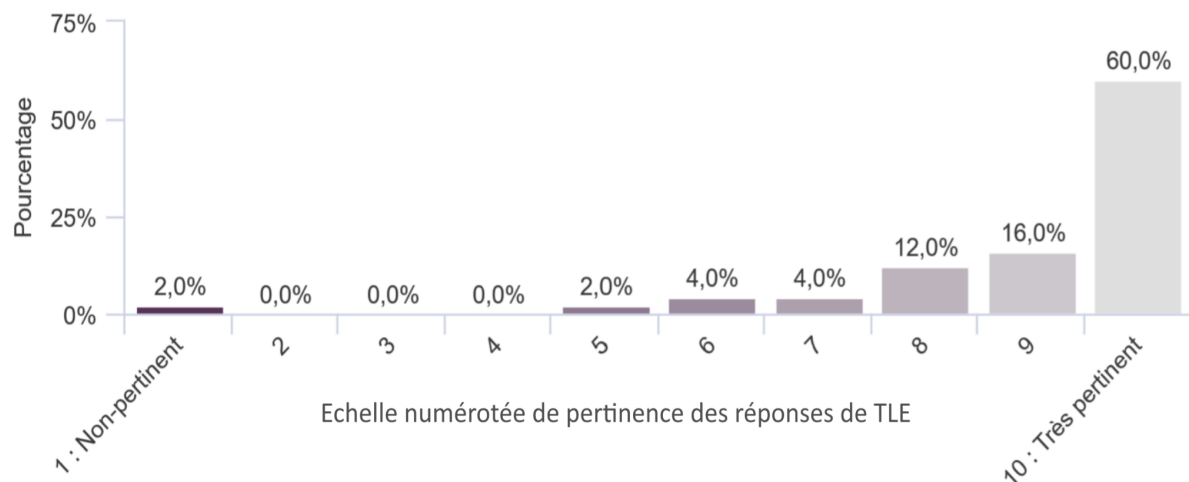


Figure 10: évaluation par une échelle numérotée de la pertinence des réponses de TLE selon les médecins généralistes (n=50)

Dans le cas unique où le MG a jugé la réponse de TLE non pertinente (note 1/10) , il n'y a pas eu de précision sur les raisons de cette évaluation par le MG dans le questionnaire. Le seul point à notifier est que le dermatologue dans sa réponse a souligné que la qualité des photographies ne lui permettait pas de donner un avis précis tout en apportant une hypothèse diagnostique.

3.2.4. La TLE dermatologique de manière générale (questions 17 à 20)

Le tableau 5 ci-dessous regroupe les réponses aux questions 17 à 19.

Tout d'abord, on constate qu'une majorité de médecins généralistes 52% (n=26) pensent que l'utilisation d'un questionnaire à remplir n'améliorerait pas la qualité de l'échange avec le dermatologue (Q17). 22% des médecins avaient une réponse "autre" mais elle n'a pas pu être explorée par cette question.

Ensuite, 68% (n=34) des médecins généralistes considèrent que la TLE améliore la relation entre le patient et son médecin généraliste (Q18).

Enfin, la quasi-totalité des médecins généralistes (82%, n=41) pensent avoir amélioré leur connaissances en dermatologie grâce à la TLE effectuée (Q19).

Tableau 5 : réponses des MG aux questions 17, 18 et 19

Question	Réponse	MG n=50 (100%)
Q17 : un questionnaire à remplir améliorerait-il les échanges de TLE ?	Oui	13 (26%)
	Non	26 (52%)
	Autre	11 (22%)
Q18 : selon vous, la TLE "... la relation entre malade et MG	Améliore	34 (68%)
	Altère	0 (0%)
	Ne modifie pas	16 (32%)
Q19 : avez-vous amélioré vos connaissances en dermatologie grâce à cette TLE ?	Oui	41 (82%)
	Non	8 (16%)
	Je ne sais pas	1 (2%)

La question 20 interroge le niveau de confiance des médecins généralistes concernant leurs connaissances en dermatologie. En moyenne, les médecins généralistes évaluent cette confiance à 6,2/10 avec un écart-type de 1,4 comme exposé par la figure 11 ci-dessous.

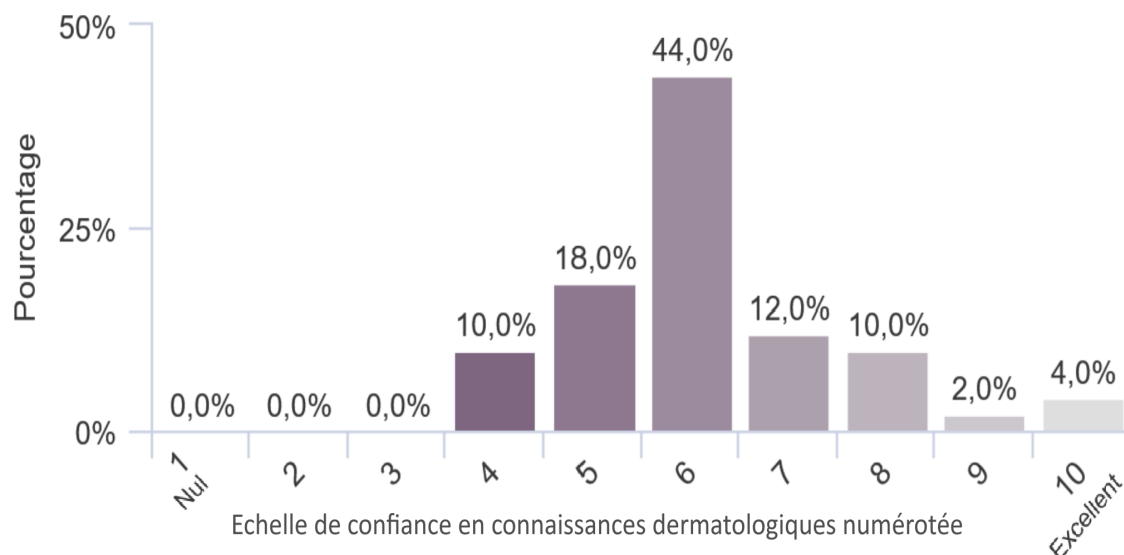


Figure 11: évaluation par une échelle numérotée de la confiance des MG (n=50) en leur connaissances dermatologiques

3.2.5. La satisfaction de la TLE (questions 21 à 23)

Les résultats de la question 21 sont présentés par la figure ci-dessous : la majorité des médecins généralistes (48%, n=24) pensent que la demande de TLE est un acte sous-valorisé et aucun participant ne juge la demande de TLE comme un acte survalorisé.

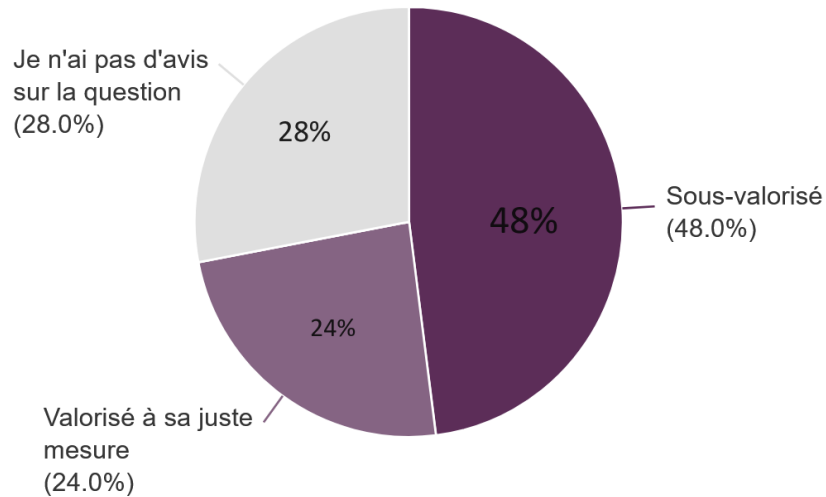


Figure 12: avis des médecins généralistes (n=50) concernant la valorisation de l'acte de demande de TLE

A la question 22, les médecins généralistes sont majoritairement satisfaits de leur expérience de TLE, avec 100% des notes supérieures ou égales à 7, illustré par le graphique suivant. La note moyenne est de 9,4/10 et l'écart-type est de 0,9.

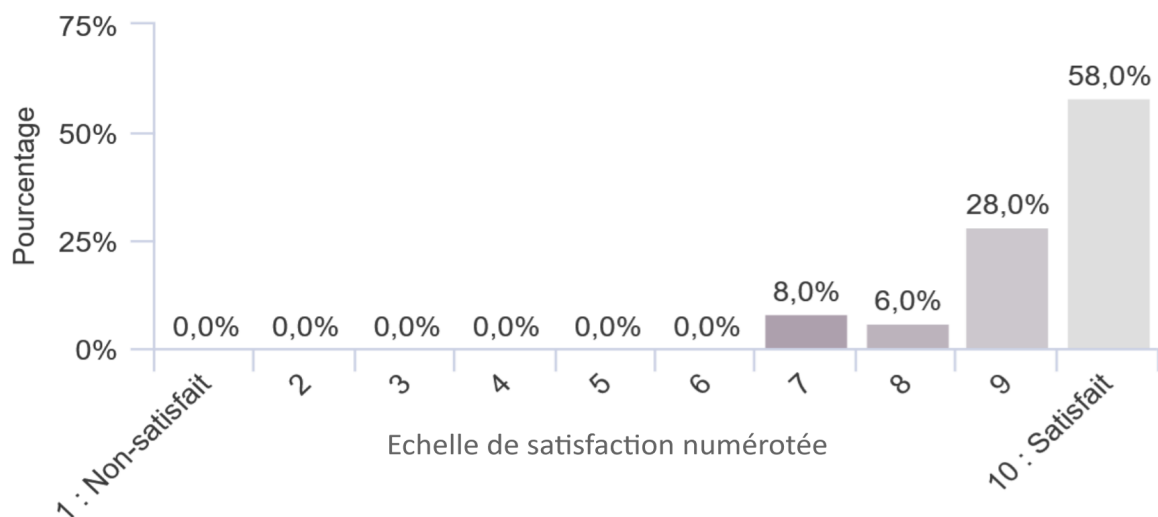


Figure 13: évaluation par une échelle numérotée de la satisfaction de la TLE par les médecins généralistes (n=50)

De même, les médecins généralistes recommanderaient en grande partie la TLE dermatologique à d'autres médecins généralistes, comme nous le montre la figure suivante, avec une moyenne de 9,7 et un écart type à 0,6.

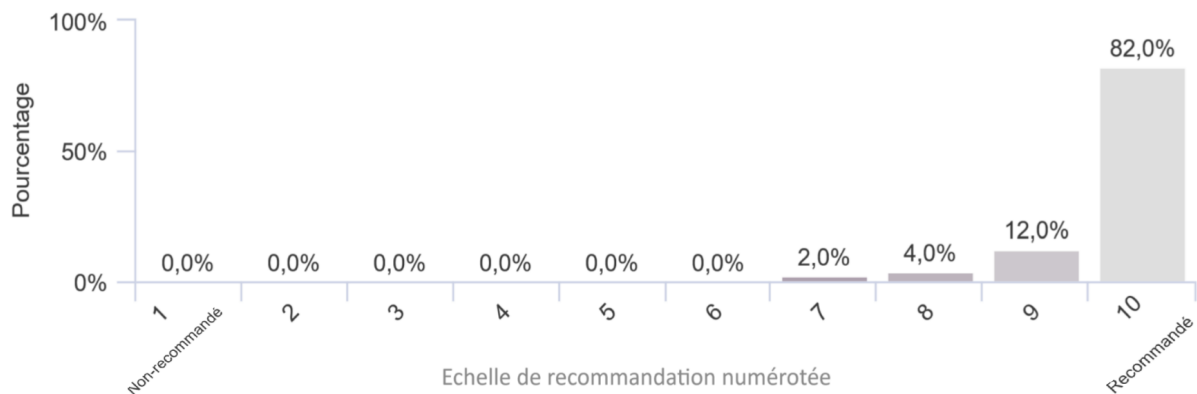


Figure 14: évaluation par les médecins généralistes (n=50) de l'envie de recommander la TLE d'autres médecins généralistes, par une échelle numérotée

3.3. Réponses des dermatologues

Au total, 7 dermatologues ont été interrogés au sujet de 50 demandes de TLE, avec une distribution inégale du nombre de questionnaires, comme nous le rappelle le tableau 1, au début des résultats.

3.3.1. La place de la TLE et les difficultés rencontrées (questions 1 à 5)

Tout d'abord, la majorité des dermatologues considéraient que les demandes de TLE nécessitaient un avis dermatologique (76%, n=38) (Q1). Parmi eux, une partie équivalente pensaient que cet avis devait être pris "rapidement" et une autre "non-rapidement" (Q2).

La grande majorité des dermatologues considéraient que la TLE était l'option la plus pertinente (Q4) pour la problématique du patient (88%, n=44).

Enfin, 84% des dermatologues (n=42) pensaient que la TLE dermatologique a amélioré la prise en charge du patient (Q6).

Tableau 5 : réponses aux questions 1, 2, 4 et 6 des dermatologues

Question	Réponse	Dermatologue
Q1 : selon-vous, la problématique de cette demande nécessite-t-elle un avis dermatologique ?	Oui	38 (76%)
	Non	12 (24%)
	Autre	0 (0%)
Q2 : Si oui, selon-vous, la problématique nécessitait-t-elle un avis rapide dermatologique ?	Oui	18 (47,3%)
	Non	18 (47,4%)
	Je ne sais pas	2 (5,2%)

Q4 : est-ce que la TLE vous semblait-êtr l'option la plus adaptée à la problématique du patient ?	Oui	44 (88%)
	Non	3 (6%)
	Je ne sais pas	3 (6%)
Q4 : pensez-vous que la TLE ait amélioré la prise en charge du patient ?	Oui	42 (84%)
	Non	5 (10%)
	Je ne sais pas	3 (6%)

A la question 3, dont les résultats sont illustrés par la figure 15, 86% des dermatologues répondants (n=43) considéraient que leur demande de TLE s'adressait à de la dermatologie courante/libérale uniquement.

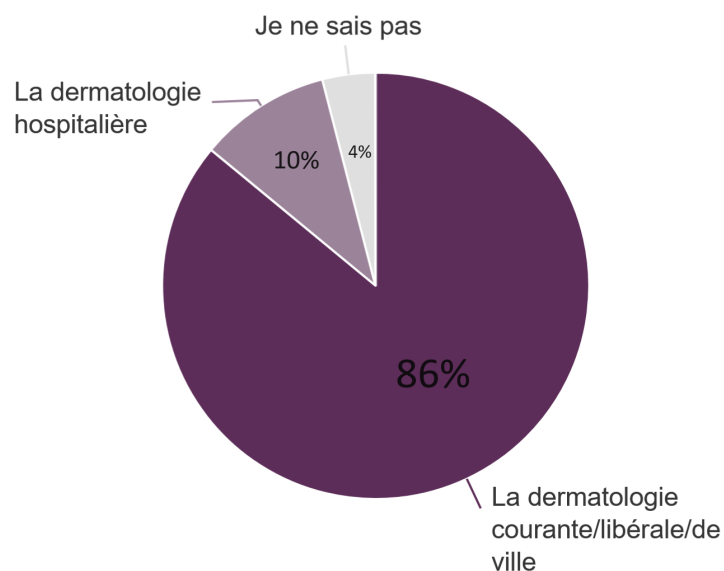


Figure 15 : recours de dermatologie concernée par la TLE selon les dermatologues (n=50)

A la question 5, (cf. figure 16) on constate que 58% des dermatologues (n=29) estiment ne pas avoir rencontré de difficultés concernant les informations transmises par le médecin généraliste lors de la TLE. Les problèmes rencontrés par les dermatologues étaient : les photographies transmises à 28% (n=14), puis les informations cliniques à 16% (n=8) et enfin l'absence de dermoscopie par les réponses "autre" à 12% (n=6). A noter qu'un dermatologue rapporte que la prise de décision du patient quant aux choix thérapeutiques proposés a représenté une difficulté (2%).

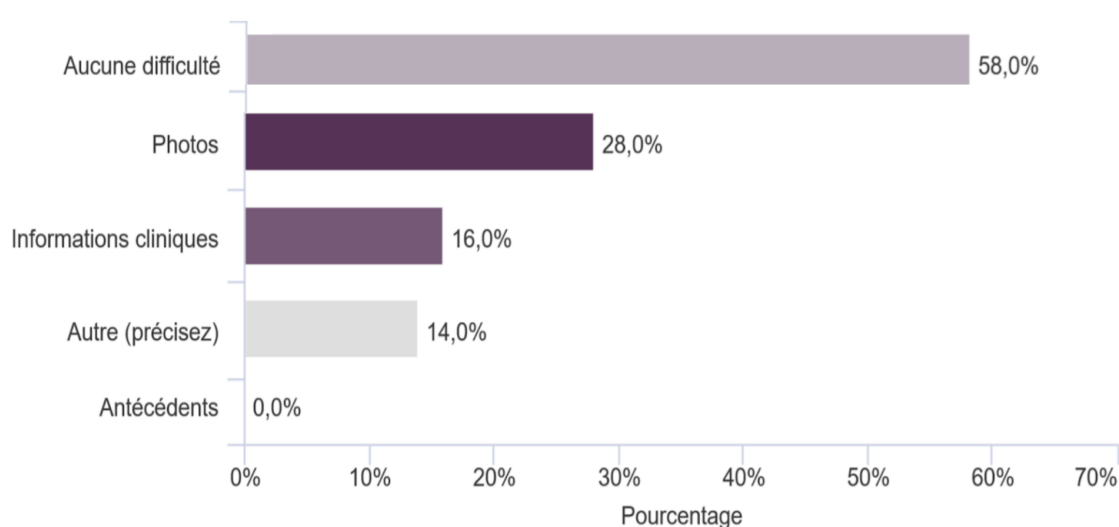


Figure 16: répartition des motifs de difficultés rencontrés par les dermatologues (n=50), lors d'une demande de TLE

3.3.2. La pertinence des échanges de TLE (question 6 et 7)

Il s'agit de réponses par échelles numérotées. Ces questions sont précédées de la définition donnée par la HAS de la pertinence des soins, cf. introduction.

La majorité des dermatologues considèrent que la demande de TLE était pertinente avec une note moyenne de 6,7. On retrouve une dispersion importante des réponses donnant un écart type à 1,9 comme nous le montre la figure 17.

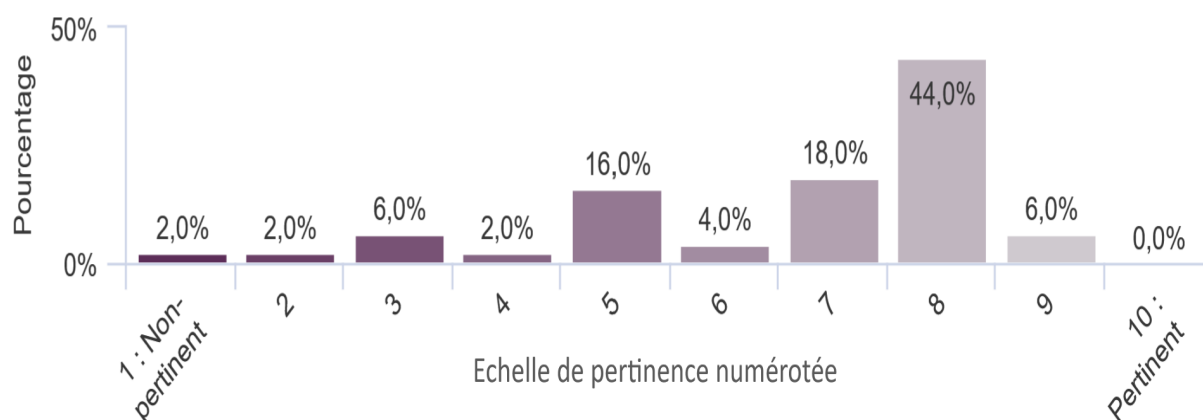


Figure 17 : évaluation par une échelle numérotée de la pertinence des demandes de TLE selon les dermatologues (n=50)

Les dermatologues estiment en majorité leur réponse à la TLE pertinente, avec une note moyenne de 8,1 et un écart-type à 1,5 comme exposé à la figure 18.

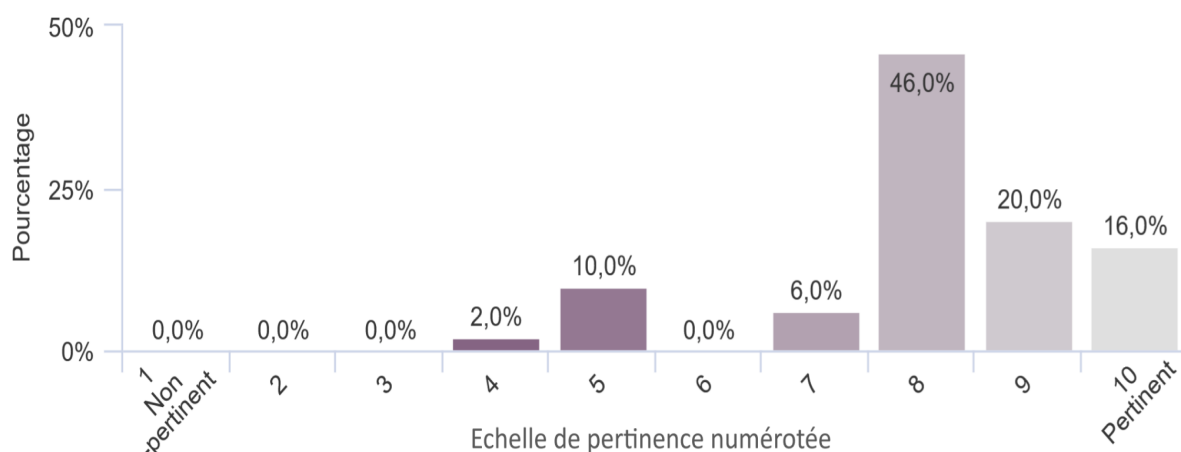


Figure 18 : évaluation par une échelle numérotée de la pertinence des réponses des dermatologues à une TLE selon les dermatologues (n=50)

3.3.3. La TLE dermatologique de manière générale (les questions 10 à 13)

Pour les questions suivantes, les 7 dermatologues interrogés n'ont répondu qu'à un seul questionnaire (n=7).

La majorité des dermatologues (71,4%, n=5) pensent que l'utilisation d'un questionnaire à remplir n'améliorerait pas la qualité de l'échange avec le médecin généraliste (Q10), l'un des dermatologue précise que cela complexifierait le processus de rédaction de la demande et ne permettrait pas forcément d'obtenir des données pertinentes. Le reste des dermatologues (28,6%, n=2) pensent au contraire qu'un questionnaire pourrait améliorer la qualité de cet échange.

A la question 11, les dermatologues sont majoritairement satisfaits de leur expérience de TLE avec une note moyenne de 7,3/10 et un écart-type à 1,1. comme exposé à la figure 19 ci-dessous.

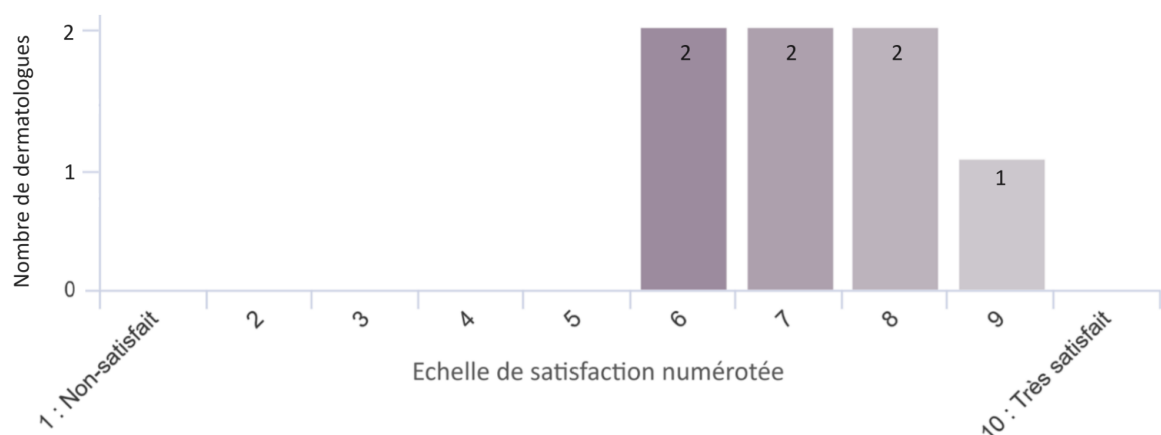


Figure 19 : évaluation par une échelle numérotée de la satisfaction de la TLE par les dermatologues (n=7)

Les dermatologues recommanderaient la TLE dermatologique à des confrères, avec une recommandation moyenne de 8,0/10 et un écart type à 1 comme nous montre le graphique suivant (figure 20).

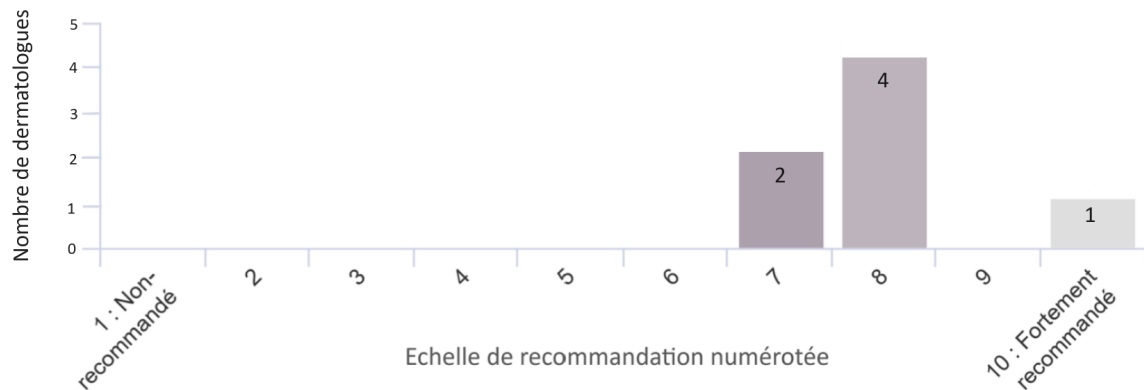


Figure 20 : évaluation par les dermatologues (n=7) de l'envie de recommander la TLE d'autres dermatologues par une échelle numérotée

Enfin, l'acte de réponse à une TLE est sous-valorisé pour 57,1% des dermatologues (n=4) et valorisé à sa juste mesure pour 42,9% des dermatologues (n=3). Aucun dermatologue ne pense que cet acte est sur-valorisé.

3.4. Comparaison des réponses des dermatologues et MG aux questions communes

Les réponses aux questions communes entre MG et dermatologues ont été exposées dans ces tableaux comparatifs. Les tests effectués ont pour but d'étudier une différence entre les réponses données par les médecins généralistes et les dermatologues aux mêmes questions.

Variables quantitatives :

Question	Statistique	MG n=50	Dermatologue n=50	p-valeur (test de Wilcoxon)
Le degré de pertinence de la demande de TLE ?	Moyenne +/- écart-type (ET)	8.4 +/- 1.7	6.7 +/- 1.9	<0.0001
Le degré de pertinence de la réponse de TLE ?	Moyenne +/- ET	9 +/- 1.7	8.1 +/- 1.5	<0.0001
Question	Statistique	MG n=50	Dermatologue n=7	p-valeur (test de Wilcoxon)
Le degré de satisfaction de la TLE de manière générale ?	Moyenne +/- ET	9.4 +/- 0.9	7.3 +/- 1.1	0.00012
Le degré de recommandation de la TLE de manière générale ?	Moyenne +/- ET	9.7 +/- 0.6	8 +/- 1	<0.0001

Tableau 6 : tableau comparatif des réponses des dermatologues et MG

Pour toutes les variables quantitatives, il existe une différence significative entre les réponses des MG et des dermatologues.

Variables qualitatives :

Question	Réponse	MG n=50 (100%)	Dermatologue n=50 (100%)	p-valeur (test de Fisher)
Quel est le type de dermatologie concernée par la TLE ?	Libérale	32 (64%)	43 (86%)	0.044
	Hospitalière	12 (24%)	5 (10%)	
	Libérale et hospitalière	3 (6%)	0 (0%)	
	Ne sait pas	3 (6%)	2 (4%)	
La TLE a-t-elle amélioré la prise en charge du patient ?	Oui	43 (86%)	42 (84%)	1
	Non	4 (8%)	5 (10%)	
	Ne sait pas	3 (6%)	3 (6%)	
La TLE est-elle l'option la plus adaptée à la problématique ?	Oui	42 (84%)	44 (88%)	0.91
	Non	5 (10%)	3 (6%)	
	Ne sait pas	3 (6%)	3 (6%)	
Question	Réponse	MG n=50 (100%)	Dermatologue n=7 (100%)	p-valeur (test de Fisher)
Un questionnaire à remplir améliorerait-il les échanges de TLE ?	Oui	13 (26%)	2 (28.6%)	0.48
	Non	26 (52%)	5 (71.4%)	
	Autre	11 (22%)	0 (0%)	
La TLE est-elle valorisée à sa juste valeur ? (la demande de TLE pour les MG et réponse de TLE pour les dermatologues)	Sous-valorisée	24 (48%)	4 (57.1%)	0.28
	Valorisée à sa juste mesure	12 (24%)	3 (42.9%)	
	Survalorisée	0 (0%)	0 (0%)	
	Je n'ai pas d'avis sur la question	14 (28%)	0 (0%)	

Tableau 7 : tableau comparatif des réponses des dermatologues et des MG

On observe une différence significative entre les réponses des deux groupes (MG et dermatologues) sur le type de dermatologie concerné par la TLE (p-valeur < 0.05). Aucune différence significative n'est observée pour les autres variables.

3.5. Analyses statistiques supplémentaires des réponses des médecins généralistes et des dermatologues

Nous avons croisé nos résultats afin d'étudier d'éventuelles associations ou différences.

3.5.1. Le niveau de confiance en connaissances dermatologiques en fonction de l'amélioration des connaissances en dermatologie (Q19.MG et Q20.MG)

Nous avons voulu rechercher une association entre le niveau de confiance en dermatologie des MG (Q19) et l'amélioration de leur connaissance par la téléexpertise (Q20).

Un test de Wilcoxon a été effectué afin de comparer le niveau de confiance des MG qui considèrent avoir amélioré leurs connaissances en dermatologie et ceux qui considèrent ne pas les avoir améliorées. La proposition « Je ne sais pas » n'a pas été prise en compte dans le test, n'ayant été sélectionnée qu'une unique fois.

Amélioration des connaissances	Effectif	Moyenne +/- écart-type	p-valeur (test de Wilcoxon)
Oui	41	6.2 +/- 1.3	0,36
Non	8	5.9 +/- 1.8	
Total	49	6.2 +/- 1.4	/

Tableau 6 : niveau de confiance en connaissances dermatologiques selon l'amélioration des connaissances en dermatologie des MG par la TLE

La p-valeur du test de Wilcoxon étant supérieure à 0.05, il n'y a aucune différence significative sur le niveau de confiance entre les MG qui considèrent avoir amélioré leurs connaissances dermatologiques par la TLE et ceux qui considèrent ne pas l'avoir fait.

3.5.2. Est-ce que les TLE qui ont amélioré la prise en charge des patients sont les mêmes pour les MG (Q14.MG) et les dermatologues (Q6.D) ?

La table de contingence a été établie ci-dessous, puis un test de Mac Nemar a été effectué à partir de celle-ci. Le but étant de voir si les TLE pour lesquelles il est considéré qu'elles ont contribué à améliorer la prise en charge du patient sont les mêmes pour les MG et les dermatologues. Uniquement les réponses « Oui » et « Non » ont été prises en compte.

Dermatologues	Oui	Non	Total
MG			
Oui	36	4	40
Non	4	0	4
Total	40	4	44

Tableau 8 : table de contingences des réponses des MG et dermatologues concernant l'amélioration de la prise en charge par la TLE

La p-valeur obtenue par le test de Mac Nemar est 1, il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses données par les MG et les dermatologues pour une même téléexpertise. Donc, MG et dermatologues considèrent globalement que les mêmes TLE ont amélioré la prise en charge de leur patient. On constate néanmoins que parmi les TLE qui n'auraient pas amélioré la prise en charge des patients, il n'y en aucune commune entre dermatologues et MG.

3.5.3. Corrélation entre le niveau de confiance des MG (Q20.MG) et la pertinence de leur demande, selon les MG et selon les dermatologues (Q15.MG et Q7.D)

- Coefficient de corrélation de Spearman et son intervalle de confiance entre le niveau de confiance des MG et la pertinence de leur demande de TLE selon eux-même : 0.17 [-0.10 ; 0.42]. Il y a donc une faible corrélation entre le niveau de confiance en connaissances dermatologiques des MG et leur auto-évaluation de la pertinence de la demande de TLE. Cf. Figure 21.
- Coefficient de corrélation de Spearman et son intervalle de confiance entre le niveau de confiance des MG et la pertinence de leur demande selon les dermatologues : -0.03 [-0.33 ; 0.27]. Cela signifie qu'il n'y a pas de corrélation entre le niveau de confiance en connaissances dermatologiques des MG et l'évaluation de la pertinence de leur demande de TLE par les dermatologues.

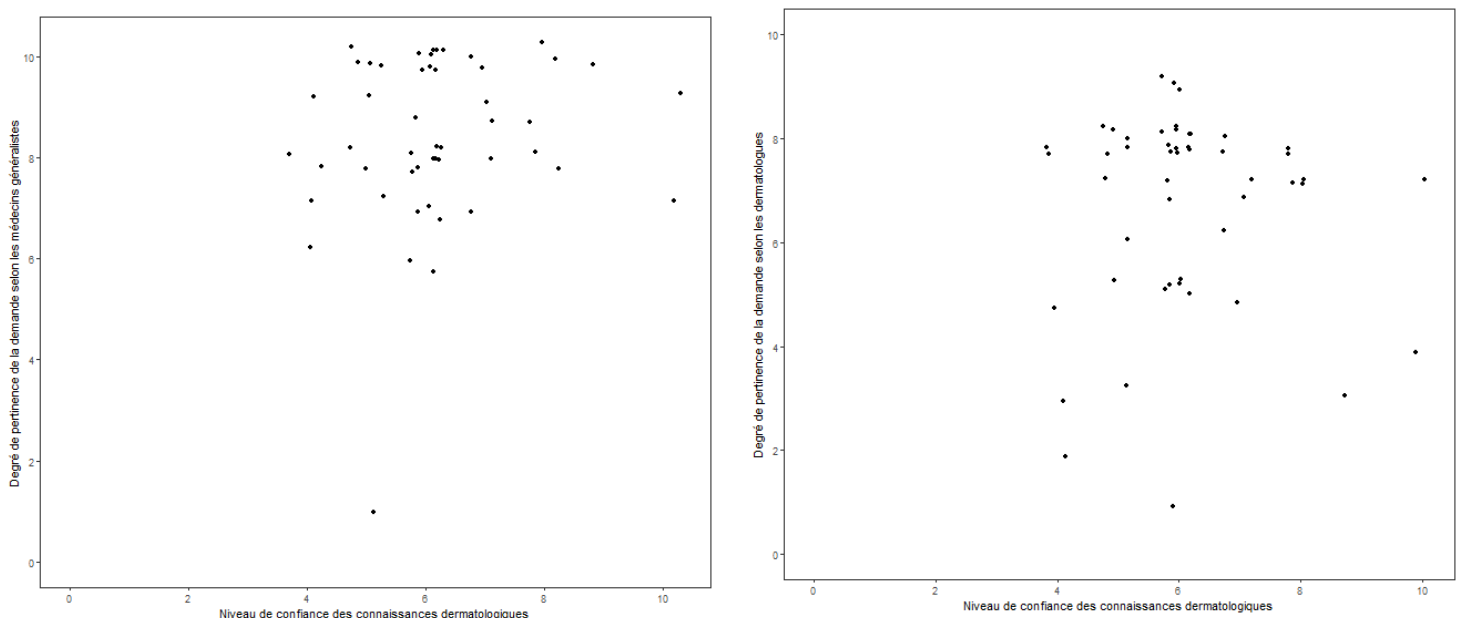


Figure 21 : niveau de confiance en connaissances dermatologiques des MG selon la pertinence de la demande de TLE évaluée par les MG et les dermatologues

3.5.4. L'évaluation de la pertinence des demandes de TLE (Q15) selon l'amélioration de la prise en charge des patients par la TLE (Q14), d'après les MG

Amélioration de la prise en charge	Effectif	Moyenne +/- écart-type	p-valeur (test de Kruskal-Wallis)
Oui	40	8.7 +/- 1.3	0,13
Non	4	6.2 +/- 3.5	
Autre	4	8 +/- 0.8	
Je ne sais pas	2	8.5 +/- 2.1	/
Total	50	8.4 +/- 1.7	/

Tableau 9 : évaluation de la pertinence des demandes des MG selon les MG en fonction de l'amélioration de la prise en charge des patients selon les MG

Le test a été effectué sans prendre en compte la modalité « Je ne sais pas », ayant un effectif de 2 seulement. La p-valeur du test de Kruskal-Wallis étant supérieure à 0.05, le résultat du test est non significatif. Il n'y a donc pas de différence significative sur l'évaluation de la pertinence des demandes en fonction de l'amélioration de la prise en charge des patients par la TLE selon les MG, comme exposé dans le tableau 9. Cependant, on observe une tendance (non significative) : la moyenne de la pertinence des demandes dans le cas où il n'y a pas d'amélioration de la prise en charge est inférieure à celle où les MG estiment que la TLE a amélioré la prise en charge du patient.

3.5.5. L'évaluation de la pertinence des demandes de TLE (Q7) selon l'amélioration de la prise en charge des patients par la TLE (Q6), d'après les dermatologues

Amélioration de la prise en charge	Effectif	Moyenne +/- écart-type	p-valeur (test de Wilcoxon)
Oui	42	7.1 +/- 1.5	0,00034
Non	5	2.8 +/- 1.5	
Je ne sais pas	3	7 +/- 0	/
Total	50	6.7 +/- 1.9	/

Tableau 10 : pertinence des demandes des MG en fonction de l'amélioration de la prise en charge des patients selon les dermatologues

Le test n'a porté que sur les modalités « Oui » et « Non », le nombre de réponses pour la modalité « Je ne sais pas » étant inférieur à 4. Les valeurs sont exposées dans le tableau 10 ci-dessus.

La p-valeur du test de Wilcoxon étant inférieure à 0.05, il y a une différence significative entre l'évaluation de la pertinence des demandes de TLE ayant amélioré la prise en charge des patients et celles ne l'ayant pas amélioré, selon les dermatologues.

4. Discussion

4.1. Objectif principal

L'objectif principal était d'étudier la pertinence des échanges de télé-expertise dermatologiques sur un réseau structuré par le GHICL, du point de vue des médecins généralistes requérants du Nord et du Pas-de-Calais et des dermatologues requis du GHICL, sur l'année 2022 et tenter d'isoler les conditions nécessaires à une demande de TLE pertinente.

4.1.1. La perception de la pertinence des échanges de TLE

Tout d'abord, les échanges de TLE sont perçus comme pertinents par les médecins généralistes et dermatologues interrogés. Les dermatologues considèrent les demandes de TLE des MG moins pertinentes que ces derniers de manière significative ; avec une moyenne de 6,7/10 (écart-type (ET) +/- 1,9) contre une moyenne de 8,4/10 pour les MG (ET +/- 1,7). Les réponses des dermatologues sont jugées pertinentes avec une note moyenne de 9/10 pour les MG (ET +/- 1,7) et 8,1/10 pour les dermatologues (ET +/- 1,5).

Nos résultats montrent que l'évaluation de la pertinence des échanges de TLE dermatologique, est globalement positive. Cependant, on retrouve des disparités inter-spécialités mais également intra-spécialités concernant la pertinence des demandes de TLE, avec un écart-type à 1,9 pour l'évaluation de la pertinence de la demande de TLE par les dermatologues.

Avant de répondre que les participants répondent à ces questions, la définition de la HAS de la pertinence des soins était citée : "un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé est supérieur aux conséquences négatives attendues, d'une façon suffisante, pour estimer qu'il est valide d'entreprendre la procédure,

indépendamment de son coût. Un soin pertinent est le juste soin (actes, prescriptions, prestations), au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles.”

Tentons d'appliquer cette définition à notre situation. Ici, la téléexpertise dermatologique est le soin étudié. Le bénéfice escompté pourrait être la réponse au motif de la demande, la résolution de la problématique ou encore l'amélioration de la prise en charge du patient. Les conséquences négatives pourraient être l'adressage au mauvais recours de dermatologie, l'utilisation de la TLE lorsqu'elle n'est pas l'option la plus adaptée et par conséquent l'augmentation du temps de travail des praticiens pour un bénéfice moindre. Concernant le “coût” de la téléexpertise, au-delà du coût économique de la rémunération des professionnels de santé, elle requiert un coût organisationnel pour le professionnel de santé : l'équipement et la maîtrise d'un nouvel outil, parfois l'aménagement de plages de temps dédiée à cette activité pour le médecin requis. La téléexpertise dermatologique semble partiellement s'intégrer dans la définition de la HAS, surtout concernant la considération du coût engendré par cette dernière pouvant varier selon les praticiens.

De plus, d'autres composantes propres au patient devraient être considérées lors de la décision de mise en place d'un soin : la démographie médicale régionale, l'éducation du patient, ses préférences de soin... Ces données sont indispensables à une décision médicale fondée sur les preuves ou Evidence Based Medicine (EBM) qui conjugue l'expertise clinique du praticien, les données de la recherche et les préférences du patient, comme nous le rappelle le bulletin de l'académie de médecine (15).

Enfin, la notion de pertinence des soins est, comme attendue, complexe à aborder, avec des différences d'appréciation interindividuelles. C'est un élément composite, avec une pondération différente de ses critères selon chaque cas, d'où la difficulté de son application au soin rencontré, ici la téléexpertise dermatologique. L'établissement d'une définition de pertinence des soins plus globale que celle de la HAS, intégrant les éléments sus-cités pourrait en améliorer son appropriation et son application par les praticiens et les patients. Afin que, de façon suffisante, les

bénéfices attendus soient supérieurs aux conséquences négatives de la téléexpertise, indépendamment de son coût. Et, tout l'intérêt de notre étude sera d'étudier les critères influant la perception de la pertinence de la téléexpertise.

4.1.2. Les motivations des MG à une TLE et la nécessité d'un avis dermatologique

Les motivations des médecins généralistes à réaliser une demande de TLE sont en majorité une incertitude diagnostique (82%) et une incertitude thérapeutique (38%). Une étude qualitative rouennaise retrouvait également l'incertitude diagnostique comme motif incitant les MG à demander un avis dermatologique (16). Ces données sont également concordantes avec une étude de 2019, étudiant les motifs de recours au dermatologue en ex-région Picarde (17). A noter que l'on ne retrouve pas "la nécessité d'un geste chirurgical" comme motif de TLE dermatologique dans notre étude. Ce n'était pas proposé en choix de réponse pour les MG dans notre questionnaire et les MG ne l'ont pas ajouté en tant que motif de TLE parmi les réponses "autres". Cependant, c'est un motif de recours retrouvé à la lecture des demandes de TLE. On peut supposer que ce motif pouvait être inclus dans les motifs d'incertitude thérapeutique ou encore pour préciser le degré d'urgence avant une consultation dermatologique.

En outre, 18% des MG interrogés souhaitent préciser le degré d'urgence avant une consultation dermatologique. Ce même motif est retrouvé dans la thèse d'exercice de Mme MAJEWSKI interrogeant les MG du Nord et Pas-de-Calais en 2018 (18).

Enfin, 8% des MG de notre étude ont réalisé cette demande de TLE pour des délais de consultation dermatologique jugés "trop longs". Cet élément de réponse ne répond pas à la question posée, car malgré ces délais de consultations, le MG a réalisé cette demande pour une raison précise. Néanmoins, cela illustre le fait que la disponibilité des dermatologues devient une préoccupation assez importante pour qu'elle constitue un motif assumé de téléexpertise pour les MG, modifie leur prise en charge et leurs moyens d'adressage au dermatologue.

La majorité des motifs de MG sont pertinents, étant donné qu'ils souhaitent répondre à une interrogation permettant une avancée dans la prise en charge du patient et lui apporter un bénéfice. Cela est d'ailleurs concordant avec l'avis des praticiens, selon lequel les demandes de TLE sont majoritairement pertinentes.

Ensuite, 76% des dermatologues considèrent que les demandes de TLE nécessitaient un avis dermatologique. Parmi ces demandes, quasiment la moitié (47,9%, n=18) ne nécessitaient pas un avis "rapide" selon les dermatologues. Nous pouvons imaginer que les dermatologues considèrent que la problématique mise en cause n'avait pas de critère d'urgence dans sa prise en charge.

Plusieurs questions naissent de ces résultats : est-ce qu'une estimation du délai de prise en charge devrait être systématiquement exprimée par le dermatologue ? Pour le MG, cela lui permettrait d'appliquer ce délai aux situations analogues et rassurer le patient quand le délai de consultation peut être perçu comme long. De même, le MG pourrait estimer le délai avant lequel un avis dermatologique est nécessaire. Par ailleurs, parmi les 18% de MG qui souhaitaient préciser le délai de prise en charge avant une consultation spécialisée, seulement un MG l'a clairement exprimé dans sa demande. On peut imaginer qu'ils estimaient que la réponse du dermatologue contiendrait cette information soit explicitement, soit implicitement par le délai de rendez-vous en consultation dermatologique.

Du côté du dermatologue, si la situation est urgente, on suppose qu'il le signale au MG et prend le patient en charge dans les délais adaptés si nécessaire. Dans le cas où la situation n'est pas urgente, soit il convoque le patient dans un délai adapté, soit il demande au MG de l'adresser à un confrère libéral. Dans ce dernier cas, il serait difficile pour le dermatologue hospitalier de donner un délai de prise en charge précis car, il ferait reposer indirectement sur le médecin généraliste la charge de trouver un rendez-vous de consultation de ville dans les délais préconisés. C'est pourquoi, le dermatologue hospitalier se rend toujours disponible pour réévaluer la problématique si besoin.

Ainsi, il semble que le délai de prise en charge pourrait être un élément intéressant à expliciter dans la demande et la réponse de la TLE. La connaissance du délai de prise en charge pourrait permettre de diminuer l'urgence ressentie par le patient et l'incertitude du MG. Cependant, les problématiques actuelles de démographie médicale en dermatologie pourraient rendre difficile l'application de ce délai et créer une tension entre confrères.

Enfin, les dermatologues estiment que 24% des lésions ne nécessitaient pas d'avis dermatologique. Nous pouvons supposer que les dermatologues estiment que certaines problématiques sont du ressort de la médecine générale. Les problématiques concernées étaient toutes différentes, donc sans lien entre une lésion et la non-nécessité d'un avis dermatologique. Il pourra être intéressant dans une autre étude de déterminer quelles problématiques dermatologiques sont considérées comme ne nécessitant pas d'avis dermatologique. Néanmoins, ces demandes répondent à un réel motif d'incertitude, et méritent une réponse adaptée et confraternelle comme il a été observé dans ces TLE (cf. satisfaction des MG ci-dessous). Une autre interprétation de cette réponse des dermatologues, serait que les MG manquent de formation en dermatologie. En effet, ce manque de formation est rapporté par les MG eux-même dans plusieurs études françaises ((16), (17)). Nous reviendrons sur ce dernier point lorsque nous aborderons la question du niveau de confiance des MG en leurs connaissances dermatologiques.

4.1.3. Le niveau de recours en dermatologie

Dans notre étude, la majorité des médecins généralistes (64%) et dermatologues (84%) déclarent que la demande de TLE traitée s'adressait à de la dermatologie libérale/courante exclusivement. Bien qu'il n'est pas clairement établi quelles problématiques dermatologiques nécessitent un recours hospitalier ou non, certains motifs sont indispensables à une consultation hospitalière : la délivrance d'une ordonnance hospitalière, certaines chirurgies, la prise en charge de cancers cutanés évolués, les hospitalisations, les pathologies ou situations complexes ou nécessitant une évaluation pluridisciplinaire ou un plateau technique, un avis d'

“expert” sur un sujet. Chaque centre hospitalier reçoit en consultation ou hospitalisation des pathologies différentes selon son organisation et habitudes territoriales. Le service de dermatologie du GHICL présente sur la plateforme de téléexpertise les problématiques sus-citées (hospitalières) comme celles qui sont du recours de leur service pour de la téléexpertise. Malgré ces indications, on constate une différence significative entre l’estimation des niveaux de recours d’adressage de dermatologie entre dermatologues et MG. Cela nous interroge sur l’intégration des spécificités de la dermatologie hospitalière.

Nous constatons donc une problématique de niveau de recours d’adressage des patients en téléexpertise dermatologique, reconnue aussi bien par les MG que les dermatologues du GHICL. On peut tout d’abord imaginer qu’elle soit le fruit d’un manque de dermatologues libéraux sur les plateformes de TLE durant l’année 2022. En effet, l’avenant 9 à la convention médicale (12), permettant l’ouverture de la téléexpertise à tous les patients, s’applique depuis le 1er avril 2022. On pourrait espérer à partir de cette date, voir une augmentation du nombre de dermatologues libéraux disponibles sur les plateformes de TLE. Cependant, les dermatologues libéraux sont d’ores et déjà débordés par leurs consultations physiques et la pression sur la démographie médicale dermatologique ne tend pas à s’améliorer dans l’immédiat, comme expliqué dans l’introduction.

Toutefois, certaines initiatives ont vu le jour concernant la dermatologie libérale sous forme d’équipes de soins spécialisés (ESS). La notion d’ESS a été définie dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et la transformation du système de santé, comme un ensemble de professionnels de santé, constitué autour de médecins spécialistes d’une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d’assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l’ensemble des acteurs d’un territoire (19). Nous pouvons citer par exemple “Oncobreizh Teledermato” pour la téléexpertise de lésions suspectes en Bretagne (20) et “l’Équipe de Soins Spécialisés de Dermatologie et Vénérologie d’Île-de-France” qui a pour mission l’optimisation du parcours de soin, le renforcement des liens entre les différents recours de prise en charge dermatologique et le développement des soins non programmés (21). D’importantes ressources organisationnelles et financières sont nécessaires à la mise en place de ces projets, qui bénéficient d’un soutien par leur

URPS-ML et les ARS principalement. Néanmoins, ce type d'organisation nécessite l'investissement de professionnels déjà épuisés. En effet, une étude descriptive (22) retrouvait que la moitié des dermatologues interrogés (47,8%, n = 276) présentaient des signes de burn-out en 2022.

Une communication supplémentaire sur les différents moyens de créer un maillage territorial entre dermatologues libéraux semble nécessaire. Des ressources techniques, humaines et financières ainsi qu'un pilotage public sont également requis pour les aider à monter des projets coordonnés et les porter ensuite aux URPS afin d'obtenir un financement.

Ainsi, dans notre étude, l'adressage du patient au bon praticien semble être un critère pertinent à prendre en compte dans les échanges de TLE. Cela pourrait limiter les conséquences négatives de cette TLE : augmenter la charge de travail des dermatologues hospitaliers, ralentir la prise en charge d'autres pathologies sévères nécessitant une prise en charge hospitalière... La résolution de cette problématique nécessite davantage d'engagements des instances publiques et politiques pour aider concrètement les dermatologues libéraux à s'investir dans des projets tels que les ESS, afin de leur permettre de répondre à la demande croissante d'expertise dermatologique. La question de l'adressage à un dermatologue libéral ou hospitalier pour une pathologie donnée n'a pas encore été étudiée dans la littérature, mais il serait intéressant de mener une étude sur ce sujet, car il est indispensable à considérer dans le parcours de soin du patient.

4.1.4. La place de la TLE et ses alternatives

La majorité des médecins généralistes (84%) et dermatologues (88%) interrogés, ont déclaré que la TLE dermatologique était l'option la plus adaptée à la problématique rencontrée. Ainsi, avant d'initier une demande de TLE, les médecins généralistes ont déterminé que la TLE était le meilleur outil pour avancer dans la prise en charge d'un patient. Cette réflexion est un critère de pertinence indispensable selon la HAS (14) afin de délivrer un soin pertinent : le bon soin, au

bon patient, au bon moment. Par ailleurs, une revue de la littérature de la Cochrane étudiant la précision diagnostique de la télédermatologie concluait que la télédermatologie était assez précise pour diagnostiquer la majorité des lésions malignes avec une sensibilité de 94,9% (95% CI 90,1-97,4) et spécificité de 84,3% (95% CI 48,5-96,8) (23) (24). La téléexpertise dermatologique a, par conséquent, toute sa place parmi les outils participant à l'expertise du dermatologue.

Ensuite, sans accès à la TLE, les médecins généralistes auraient demandé une consultation dermatologique dans 82% des cas et cet avis aurait été demandé à un dermatologue libéral dans 80,6% de ces demandes. Ces résultats confirment d'une part, que la TLE répond à un réel besoin d'expertise dermatologique, qui même sans TLE aurait été nécessaire. D'autre part, le recours à un dermatologue aurait été fait auprès d'un dermatologue libéral comme exposé précédemment.

S'ils n'avaient pas eu accès à la TLE et à un avis dermatologique, environ la moitié des médecins généralistes (54%) auraient tenté un traitement. Ce résultat nous indique que seul face à son patient, le MG aurait tenté de traiter ce dernier malgré ses incertitudes. Tandis que l'autre moitié (40%), étant probablement arrivée à l'épuisement des thérapeutiques testées ou connues auraient décidé d'orienter le patient vers un confrère dermatologue sans débiter un nouveau traitement.

La décision de traiter ou non un patient devant une incertitude dépend de plusieurs facteurs propres à chaque situation : l'urgence réelle ou ressentie du patient et du MG, la sévérité des lésions, la gêne fonctionnelle ou esthétique, les caractéristiques des patients (l'âge, l'accès aux soins), la relative innocuité estimée du traitement envisagé... En outre, la prise en charge du médecin généraliste peut être influencée consciemment ou non par les émotions mises en jeu au cours d'une consultation, comme l'expose l'étude qualitative de Coline Soulard et Maxime Stamer interrogeant les conséquences des émotions suscitées en médecine générale (25). Et, une prescription incertaine peut avoir des conséquences négatives au-delà de son inefficacité : iatrogénie, coût, pollution... Ainsi, plusieurs éléments peuvent influencer la prise de décision du MG de traiter ou non rendant la réponse à cette question si partagée. Quoi qu'il en soit, il semble que la TLE réponde à un besoin concret de réponses aux incertitudes des médecins généralistes.

4.1.5. Le cadre de la TLE et les difficultés rencontrées

La majorité des médecins généralistes répondants (70%) avaient pris connaissance des conditions nécessaires à une demande de TLE au GHICL. De même, 62% des médecins généralistes ont pris connaissance des éléments d'aide à la rédaction d'une demande de TLE. Environ la moitié (56%) des médecins généralistes ont pris connaissance des conditions nécessaires et des éléments d'aide. Ces résultats montrent que les "instructions" données par les dermatologues concernant la demande de TLE et les liens d'aide ont été majoritairement intégrés par les médecins généralistes. Malgré cela, un tiers (28%) des dermatologues ont eu des problèmes avec les photographies ; avec les informations cliniques transmises (16%) et l'absence de dermatoscopie (12%) pour certaines lésions. Les mêmes difficultés sont retrouvées pour les dermatologues pratiquant la TLE en Guadeloupe et Martinique (26). Alors que la quasi-totalité des médecins généralistes (98%) n'a pas rencontré de difficultés pendant les échanges de TLE. Nous allons donc détailler les différentes difficultés rencontrées par les dermatologues.

4.1.5.1. Les images transmises

La qualité de la photographie lors d'une TLE dépend de plusieurs paramètres : appareil utilisé, la définition de l'image, l'éclairage, l'angle de prise, le cadrage, la mise au point et l'expérience du photographe. En 2016, 53,6% des médecins généralistes du département du Nord utilisaient l'outil photographique dans leur pratique de médecine générale (27), expliquant également leur manque d'expérience de prise en main de cet outil. Les dermatologues du GHICL, probablement conscients de ces difficultés ont mis à disposition un lien d'aide à la prise de photographies recommandées par la Société Française de Dermatologie

(SFD) (28) (cf. Illustration 3.2.1) auquel le Docteur Mathieu Bataille a activement participé à la rédaction. 62% des médecins généralistes (n=31) en ont pris connaissance. Ces recommandations sont accompagnées d'un diaporama illustré de schémas expliquant les différentes étapes à suivre pour réaliser une photographie médicale de qualité. On pourrait reprocher à ces recommandations un manque de cas concrets et photographies illustratives, qui pourraient permettre aux praticiens requérants de mieux se représenter la qualité d'une photographie efficiente en téléexpertise dermatologique. Néanmoins, nous pouvons nous réjouir d'avoir à disposition ces moyens d'accompagnement qui pourraient d'ailleurs être le support d'une formation sur la prise de photographie en téléexpertise. En effet, nous comprenons que réaliser une photographie médicale ne s'improvise pas et s'apprend. Ainsi, malgré la prise de connaissance de ces recommandations par les MG, les photographies transmises posent problème pour les dermatologues, un accompagnement et une formation à cet outil pourraient vraisemblablement pallier cette difficulté.

Par ailleurs, concernant l'utilisation de la dermoscopie, de nombreuses études ont montré une amélioration du diagnostic de lésions pigmentées par l'utilisation de la dermoscopie (29) (30). Et les dermatologues du GHICL rappellent dans leurs instructions de téléexpertise que l'analyse d'une lésion pigmentée requiert de manière indispensable une image de dermoscopie. Cependant, son utilisation n'est pas encore répandue au sein des cabinets de médecine générale en France. En effet, une enquête portant sur 4 régions de France retrouvait qu'environ 30,8% des MG répondants (n=425) avaient accès à un dermoscope, 24,4% des MG (n=41) utilisaient un dermoscope dans une étude en Franche-Comté (31) et 6,4% MG (n=360) en région PACA (32). Malgré ces disparités régionales, on trouve bien une minorité de médecins généralistes utilisateurs de dermatoscopes. Le principal frein décrit est le manque de formation à cet outil, et aussi son coût. Mais la transmission d'une image pour une téléexpertise nécessite peu de formation sur l'utilisation du dermatoscope, le MG s'affranchissant de l'analyse de l'image. Et le coût d'un dermatoscope peut parfaitement se mutualiser au sein d'un cabinet de groupe.

Ainsi, la qualité de l'image transmise (photographique et dermoscopique) est un critère important d'une demande de TLE pertinente. Cela permet une meilleure

concordance diagnostique entre consultation dermatologique physique et télédermatologie (24) et améliore donc la prise en charge du patient. La maîtrise de ces outils nécessite davantage de formations physiques ou en e-learning avec du contenu multimédia, avec une communication sur les bénéfices et les limites de la TLE afin d'inciter les médecins généralistes à s'y former et à savoir quand utiliser cet outil avec pertinence.

4.1.5.2. Les informations cliniques

Les informations cliniques transmises aux dermatologues leur ont posé problème dans 16% des TLE. On peut supposer qu'il manquait certaines informations jugées importantes par le dermatologue. Ce manque d'information augmente le nombre d'échanges entre les participants et le temps de traitement de la TLE. Cela crée également une incertitude diagnostique chez le dermatologue et augmente le risque de ne pas faire aboutir la TLE.

Une solution envisagée à ce problème serait la création d'un questionnaire à remplir par les praticiens requérants. A cette question, 52% (n=26) des MG et des 71% (n=5) des dermatologues ont répondu qu'un questionnaire n'améliorerait pas les échanges de TLE. 26% (n=13) des MG et 29% (n=2) des dermatologues pensaient au contraire qu'un questionnaire pour améliorer ces échanges. 22% (n=11) des MG avaient répondu une réponse autre mais leur réponse n'a pas pu être recueillie dans notre questionnaire, ce qui représente une perte d'information.

Nous pouvons émettre des hypothèses quant aux avantages de la mise en place d'un questionnaire : une transmission systématique des informations minimales habituelles nécessaires (antécédents, traitements, allergie), davantage de précisions quant à l'histoire de la maladie, des réponses à des questions ciblées spécifiques à la problématique, que le MG pourrait ne pas avoir identifié comme information utile ou pertinente, une lecture plus rapide des TLE par les dermatologues. Un questionnaire-type correspondrait ainsi aux situations-types dermatologiques

rencontrées par le MG en consultation. Les inconvénients d'un tel questionnaire seraient : une étape supplémentaire pour le MG donc un possible allongement du temps de rédaction de la demande pour le MG, la possibilité que le cas ne corresponde à aucune des situations pré-établies et le risque de minimiser des informations non “obligatoires” du questionnaire alors qu'elle pourrait avoir leur intérêt. C'est pourquoi ces questionnaires devraient être construits en collaboration entre MG et dermatologues.

En outre, la TLE facilite la communication entre médecin généraliste et dermatologues. La rupture de cette communication interprofessionnelle peut mener à une discontinuité de soin, une perte de chance pour le patient, des investigations non pertinentes et une perte de temps des praticiens, comme nous l'expose une méta-analyse de 2018 (33). Plusieurs études ont étudié les interventions possibles afin d'améliorer la qualité des courriers d'adressage des médecins de premier recours à ceux de soins secondaires. Parmi elles, une étude scandinave interventionnelle montrait que l'introduction d'un outil d'aide à la rédaction, indiquant au médecin généraliste quelles informations devaient être contenues dans leur courrier pour une pathologie donnée, pouvait diminuer le temps de rédaction des médecins généralistes, diminuer le temps de lecture des médecins requis et également améliorer la qualité de ces demandes, selon l'évaluation des médecins requis (34). On pourrait imaginer comme dans l'étude citée, des vignettes rappel contenant les informations indispensables à transmettre en fonction du type de problématique rencontrée en dermatologie.

De plus, la littérature décrit qu'un groupement de plusieurs interventions est nécessaire à l'amélioration de la communication interprofessionnelle, impliquant la relecture par les pairs, la mise en place d'outils d'aide et d'évaluation de ces demandes (33). Ce type d'intervention pourrait tout à fait prendre place au cours d'une formation des MG sur les informations utiles à transmettre lors d'une TLE et pourrait permettre de s'affranchir d'un questionnaire. De même, la capacité de synthèse d'une situation clinique, essentielle à l'exercice de la médecine générale pourrait être davantage enseignée dans la formation initiale.

Au total, la mise en place d'un questionnaire pour la demande de TLE ne fait pas l'unanimité chez les MG et les dermatologues, et les divise au sein même de leur spécialité. Il serait intéressant de réaliser un travail spécifique à ce sujet afin de connaître les raisons de ces divergences d'opinion et interroger les modalités d'un questionnaire-type ou celles d'un outil intermédiaire d'aide à la demande de TLE comme des vignettes "rappel" des informations nécessaires selon la pathologie rencontrée. Un questionnaire pourrait guider le MG dans ses premières demandes de TLE par exemple, puis il pourrait s'en affranchir une fois formé. Enfin, une information supplémentaire concernant l'importance de la transmission de toutes les informations en la possession du praticien requérant semble nécessaire pour que le médecin requis puisse répondre à son interrogation. Cela pourrait être fait au cours d'une formation à la TLE ou au cours de la formation initiale dans le cadre d'un exercice de synthèse et d'adressage à un confrère. Avec l'objectif final de faciliter la communication interprofessionnelle et la pertinence des échanges.

4.2. Objectifs secondaires

4.2.1. Les moyens de connaissance de la TLE

Les médecins généralistes ont majoritairement (64%) connu la TLE dermatologique par le bouche-à-oreille, les réseaux sociaux ou des discussions entre collègues. Une étude lilloise montrait la place de plus en plus importante des MG sur les réseaux sociaux, recherchant une forme de formation médicale continue, avec un accès facilité aux nouveautés comme la TLE (35). De même, les réseaux sociaux ont désormais une place plus importante dans la formation des internes (36). Par leur présence sur les réseaux sociaux, les MG et internes pourraient être tentés de solliciter des avis médicaux par ces médias, mais ils ne sont pas adaptés et non réglementés (11). C'est justement pour remplacer ces pratiques que la téléexpertise "encadrée" a été mise en place.

Ensuite, la TLE s'est fait connaître par un contact avec les dermatologues du GHICL puis par les FMC, l'URPS, les CPTS qui permettent à différents praticiens médicaux ou paramédicaux d'un même territoire de partager leur pratique de soin.

Ces résultats montrent que les échanges de pratiques entre pairs sont les moyens de diffusions privilégiés d'informations utiles pour l'exercice médical. Les communications inter-spécialités et les réseaux régionaux sont également des faisceaux de communications présents sur le territoire.

4.2.2. L'information donnée au patient

Tous les médecins généralistes ont informé les patients avant de réaliser la demande de TLE. Le consentement a donc été recueilli. Tous les actes de soins, la télémedecine comprise, se réalisent obligatoirement avec le consentement du patient ou son représentant légal (37). Il peut être écrit ou oral. Il doit être libre et éclairé et idéalement noté dans le dossier du patient. Ce dernier est en droit de refuser la prise en charge proposée. Le consentement reste la pierre angulaire d'une

relation de soin entre professionnel de santé et patient. Les plateformes de téléexpertise ; comme ici Omnidoc pour le GHICL ; demande explicitement si le consentement du patient a bien été recueilli par le professionnel requérant avant de réaliser la TLE. Par ailleurs, une fiche d'information patient rédigée par le groupe de Télé-Dermatologie & e-Santé de la Société Française de Dermatologie (38) fait partie des documents vers lesquels le lien sur le message d'accueil de la TLE renvoie. Cet outil peut également aider les MG à expliquer la TLE et obtenir le consentement du patient.

Ainsi, les médecins généralistes requérants de notre étude respectent bien le cadre légal du soin médical.

4.2.3. Les conséquences de la TLE sur la relation médecin généraliste-patient

La majorité des médecins généralistes (68%) considèrent que la TLE améliore la relation entre patient et médecin généraliste. 32% considèrent que cette relation n'est pas modifiée.

La relation malade-médecin (RMM) ou patient-médecin est définie par l'Association Nationale de Médecine comme "tout ce qui est, entre le praticien et le patient (et éventuellement sa famille), échanges verbaux et non verbaux au cours d'une consultation présente ou à distance" (39). Elle ajoute qu'une bonne RMM est "une relation qui satisfait au mieux les deux acteurs, médecin et malade, contribue aux meilleurs résultats de la prise en charge thérapeutique, et satisfait aux principes de l'éthique". On comprend l'importance de cette relation, pour permettre une prise en charge optimale du patient. Elle est basée sur la confiance, l'écoute, l'empathie, le respect, la clarté et la sincérité des explications (39). Cette relation subit des changements constants inhérents à ceux de la société : documentation médicale accessible par internet, la multiplicité des intervenants, les pratiques de soin, le consumérisme et la modification des ordres sociaux dans la société.

Comme exposé dans le mémoire de M.Démoulins (40), la télé médecine modifie l'expérience du soignant : son raisonnement médical, son examen clinique, l'utilisation de ses sens, la modification du contact humain... Elle modifie également l'expérience du patient et brouille ses repères habituels du cadre de la consultation. Les craintes des médecins généralistes et des patients concernant l'altération de leur relation par la télé médecine et surtout la téléconsultation sont d'ailleurs rapportées dans plusieurs études qualitatives (41) (42). Néanmoins, peu d'études portent sur l'impact de la téléexpertise sur cette relation, bien que de nombreuses études aient étudié la satisfaction des patients ayant expérimenté une TLE, qui s'avère globalement bonne (43). La différence majeure de la TLE avec la téléconsultation est que la demande de TLE se fait habituellement après l'examen clinique du patient, donc le cadre relationnel habituel et présentiel de la consultation est conservé.

L'amélioration de la relation entre le MG et le patient par la TLE pourrait s'expliquer par le fait qu'en acceptant les limites de leur connaissance en dermatologie et en passant le relai à un confrère spécialiste, les médecins généralistes montrent une certaine humilité, perçue par leur patient. De plus, en France, la téléexpertise est un nouvel outil dans la prise en charge des patients. Cela montre que le médecin généraliste prend connaissance des dernières innovations disponibles et les rend accessibles à sa patientèle. Enfin, cela renforce la place du MG en tant que pivot central incontournable dans la prise en charge du patient, car ayant les moyens d'apporter une solution de premier recours à une situation qui dépasse son savoir et ses compétences. C'est d'autant plus important quand l'on connaît la démographie actuelle et à venir, notamment pour certaines spécialités comme la dermatologie (44). Ces éléments favorisent la confiance entre patient et médecin généraliste, améliorant donc leur relation.

4.2.4. L'attitude des médecins généralistes face aux réponses des dermatologues

La quasi-totalité des médecins généralistes (88%) a suivi la prise en charge proposée par le dermatologue. Parmi ceux qui ne l'ont pas suivie, un MG a perdu de vue son patient, un MG n'a pas précisé la raison de sa décision et un autre MG a adressé son patient à un autre dermatologue sans en préciser la raison. Parmi les MG qui ont partiellement suivi la prise en charge, un MG n'a plus eu de retour du dermatologue du GHICL, un autre patient était réticent au traitement et pour une TLE, le diagnostic était rendu impossible par la mauvaise qualité des images transmises. Ces résultats montrent que l'expertise dermatologique est reconnue par les médecins généralistes, et qu'il existe une relation de confiance entre eux. On ne retrouve pas de résultats dans la littérature interrogeant la tendance ou non des médecins généralistes à suivre les prises en charge des confrères dermatologues. Il est cependant décrit, notamment dans une étude qualitative interrogeant des médecins généralistes (16), qu'un sentiment d'infériorité était parfois perçu par les médecins généralistes vis-à-vis des autres spécialités médicales. On aurait pu imaginer que cette relation, décrite comme asymétrique, pouvait affecter la décision de suivre la prise en charge du dermatologue. Il pourrait être intéressant d'interroger la confiance interdisciplinaire pour la TLE dermatologique, acte où l'on ne connaît pas forcément son interlocuteur. De plus, le résultat de notre étude conforte l'idée que la TLE répond à un réel besoin en médecine générale.

4.2.5. L'amélioration de la prise en charge des patients par la TLE

On constate la perception d'une amélioration de la prise en charge du patient par la TLE pour la grande majorité des MG (86%) et des dermatologues (84%), sans différence significative entre leur réponse. Cependant, parmi les téléexpertises qui n'ont pas amélioré la prise en charge des patients pour les dermatologues (n=5) et

MG (n=4), aucune d'entre elles n'est commune. Cela souligne la variabilité inter-individuelle de la perception de l'amélioration de la prise en charge.

D'une part, on peut s'interroger sur la nature des critères de l'amélioration de la prise en charge d'un patient. L'amélioration de la prise en charge implique un avancement dans la résolution de la problématique donnée. Ainsi, obtenir réponse aux motifs de TLE, que sont principalement les incertitudes diagnostiques et thérapeutiques dans notre étude, serait un critère déterminant dans l'amélioration de la prise en charge des patients, notamment du point de vue du MG. L'amélioration des symptômes du patient entre évidemment dans l'amélioration de sa prise en charge pour les MG, dermatologues et patients. Pour le dermatologue, l'amélioration de la prise en charge du patient pourrait passer par la délivrance d'une expertise de qualité, répondant à la demande du médecin généraliste ou encore une modification de la prise en charge du patient par la TLE, c'est-à-dire que le parcours de soin du patient soit différent de celui qu'il aurait eu sans la TLE. Pour le patient, l'amélioration de sa qualité de vie pourrait être prise en compte dans l'amélioration de sa prise en charge. Peu d'études ont étudié l'amélioration de la qualité de vie, dans le cadre de la TLE dermatologique (24). Les questionnaires tels que le DLQI (45) sont plutôt destinés aux maladies chroniques dermatologiques et peu adaptés à la TLE dermatologique. De plus, la diminution de son inquiétude, la diminution du temps d'attente avant d'avoir un début de prise en charge, le temps avant guérison, la survie éventuellement (pour les lésions malignes) pourraient être des critères à considérer également dans l'amélioration de la prise en charge du patient par la TLE.

D'autre part, on observe une différence entre la perception de la pertinence des demandes de TLE qui ont amélioré la prise en charge des patients et celles qui ne l'ont pas fait. En effet, la moyenne de la perception de la pertinence des TLE qui n'ont pas amélioré la prise en charge des patients est inférieure à celle des TLE qui ont amélioré la prise en charge des patients. Cette différence est non significative pour les MG, mais significative pour les dermatologues. Ce résultat confirme une association entre perception de la pertinence des demandes des TLE et amélioration de la prise en charge des patients par la TLE, et nous conforte dans l'idée qu'une demande de téléexpertise pertinente aboutit bel et bien à un bénéfice dans la prise

en charge du patient. La non-significativité des résultats pour les MG pourraient être dues à la difficulté de réaliser une auto-évaluation ; qui plus est pour une notion aussi difficile à aborder que la pertinence. Ces éléments encouragent d'autant plus notre démarche réflexive concernant la pertinence des soins, et ce au-delà de l'évaluation subjective de la perception de la pertinence réalisée dans notre étude. La création d'outils d'évaluation objectifs de la pertinence des soins est nécessaire et devra être rendue accessible aux praticiens requérants et requis.

Ainsi, l'amélioration de la prise en charge du patient comprend plusieurs composantes qui permettent une progression vers la résolution de la problématique donnée. L'amélioration de la prise en charge semble être liée à la pertinence des demandes de TLE. Les divergences constatées entre dermatologues et MG dans notre étude montrent que, tout comme l'appréciation de la pertinence, celle de l'amélioration de la prise en charge mérite des explorations plus approfondies. Ce sont deux notions complexes, difficiles à étudier, mais essentielles à investiguer, notamment en médecine générale où la prise en charge globale du patient est un des éléments cardinaux de notre exercice.

4.2.6. Le niveau de confiance en dermatologie des MG et les conséquences de la TLE sur leur connaissances

Les médecins généralistes évaluent leur confiance en connaissances dermatologiques à une note moyenne de 6,2/10 (ET +/- 1,4). Ces résultats sont concordants avec ceux d'une étude quantitative interrogeant 141 médecins picards, où la moitié des répondants (49,65%) estimaient maîtriser moyennement la dermatologie (17). Ces résultats diffèrent cependant d'une étude normande, dans laquelle 80% des MG (n=62) étaient plutôt "à l'aise" en dermatologie et globalement sûrs de leur diagnostic et de leur prise en charge (46). On trouvait cependant des variations du degré de certitude selon les pathologies rencontrées et l'expérience du professionnel (âge et durée d'installation). Ces données pourraient laisser penser

que les MG demandant une téléexpertise dermatologique ont de moins bonnes connaissances en dermatologie que les autres MG. Mais, cette hypothèse nécessiterait davantage d'explorations comme une étude comparative dédiée.

Ensuite, les médecins généralistes ont pour la plupart (82%) amélioré leur connaissances en dermatologie grâce à la TLE. Notre résultat concorde avec les données d'une étude américaine et néerlandaise retrouvant un intérêt éducatif et pédagogique de la TLE pour les médecins généralistes (47) (48). De même, la revue de littérature de Mme Secember retrouvait que dans 55 à 91 % des cas les médecins généralistes estimaient que la TLE avait un bénéfice pédagogique (24).

La TLE apparaît donc comme un moyen efficace de formation continue en dermatologie pour les médecins généralistes.

Par ailleurs, on n'observe pas de différence significative sur le niveau de confiance en connaissances dermatologiques entre les MG qui considèrent avoir amélioré leurs connaissances en dermatologie par la TLE et ceux qui considèrent ne pas l'avoir fait. Donc, la TLE semble bénéfique pour tous les MG, qu'importe leur degré de confiance dans la discipline. Ceci semble illustrer que, chacun à son niveau a des interrogations, atteint parfois ses limites, et tire donc un bénéfice à solliciter un avis spécialisé via la TLE.

De plus, le niveau de confiance en connaissances dermatologiques des MG est faiblement corrélé à la pertinence des demandes de TLE selon l'évaluation des MG. Cette corrélation n'est pas retrouvée lorsque les dermatologues évaluent la pertinence des demandes de TLE. Ainsi, le niveau de confiance des MG pourrait participer dans une moindre mesure à modifier la pertinence de la demande de TLE.

Enfin, la TLE apparaît comme un outil formateur pour les médecins généralistes et ce qu'importe le niveau de confiance en connaissances dermatologiques. De meilleures connaissances en dermatologie semblent être faiblement corrélées à une meilleure perception de la pertinence des demandes de TLE. Ces éléments

encouragent la démocratisation de la téléexpertise dermatologique chez les médecins généralistes et les dermatologues.

4.2.7. La valorisation des échanges de TLE

Pour 48% (n=24) des médecins généralistes, la demande de TLE est un acte sous-valorisé. De même, 57% (n=4) des dermatologues trouvent que la réponse à la TLE est un acte sous-valorisé. 24% des médecins généralistes (n=12) et 43% (n=3) des dermatologues considèrent respectivement la demande et la réponse de TLE comme des actes justement valorisés.

Pour rappel, depuis l'avenant 9 signé en septembre 2021 de la convention médicale de 2016, la demande de TLE est rémunérée à hauteur de 10€ et la réponse du médecin requérant à hauteur de 20€ (12). Cet avenant appliqué depuis avril 2022, nous laisse peu de recul concernant l'étude de la satisfaction de la valorisation de ces actes. Il nous est également difficile de comparer la satisfaction des rémunérations appliquées à l'étranger de par la pluralité des systèmes de santé.

Nous pouvons imaginer que les praticiens non-satisfaits considèrent que leur expertise, le temps passé à la rédaction de la demande/la réponse de la TLE, ou encore la coordination et l'organisation des suites de la prise en charge, sont injustement valorisés. Il ressort de 8 études internationales (24) que la durée d'une consultation avec téléexpertise pour le médecin généraliste était en moyenne 20 minutes (de 11,32 à 30 min) contre 10 minutes pour une consultation classique. Sachant qu'en France la consultation de MG dure en moyenne 16 minutes (49) selon une étude de la DREES en 2006. Une étude menée en Haute-Normandie estimait le temps de rédaction d'une demande de TLE à 3,3 minutes pour le MG et 5,9 minutes pour la réponse du dermatologue (50). Alors que, les données de la plateforme Omnidoc (51) nous révèlent que le praticien requérant met en moyenne 7 minutes à réaliser sa demande de TLE et le dermatologue 12 minutes à y répondre. On observe dans tous les cas, un gain de temps pour le dermatologue requis par

rapport à une consultation présentielle estimée entre 15 et 20 minutes selon une étude de la DREES de 2009 (52). Cependant, le temps supplémentaire passé en dehors de la demande ou réponse initiales n'est pas comptabilisé dans ces recherches : rédiger son ordonnance, parfois prendre de nouvelles photographies, poursuivre les échanges avec le requérant et requis. Cumulés, ces éléments augmenteraient très probablement le temps total passé à une seule téléexpertise.

En outre, le sentiment d'insatisfaction de la valorisation de la TLE de notre étude prend place dans les suites de l'échec de négociations conventionnelles récentes et dans le contexte plus global de revendications syndicales concernant entre autres, la revalorisation du tarif de consultation médicale. Il se pourrait que l'insatisfaction de la valorisation de la TLE soit parallèle à celle de la rémunération de la consultation médicale. De plus, la rémunération pour le requérant est identique qu'importe la profession de santé, cela pourrait également participer au ressenti d'une injuste valorisation de la TLE pour les médecins.

Par ailleurs, 14% (n=28) des médecins généralistes ne savent pas si la TLE est justement valorisée ou non. Une explication serait le manque d'expérience en téléexpertise, nécessaire pour juger de sa juste rémunération.

Finalement, les praticiens sont non satisfaits de la rémunération de la TLE. Devant le nombre important d'insatisfaits, il serait intéressant d'interroger les praticiens sur quelle rémunération leur semblerait la plus juste et pour quelles raisons. Ce sujet pourrait être abordé lors des négociations conventionnelles.

4.2.8. La satisfaction des échanges de TLE et l'envie de la recommander à ses pairs

Les 50 médecins généralistes interrogés et les 7 dermatologues du GHICL sont majoritairement satisfaits de leur expérience de TLE avec des notes moyennes respectives de 9,4/10 (ET +/- 0,9) et 7,3/10 (ET +/- 1,1). On observe une différence

de 2 points entre médecins généralistes dermatologues. Cette même différence s'observe concernant le degré de recommandation à ses pairs, avec des notes moyennes de 9,7/10 (+/- 0,6) pour les MG et 8/10 (+/- 1) pour les dermatologues.

Nous pouvons tenter de déduire les motifs de satisfaction des médecins généralistes à l'aide des résultats de notre étude : peu de difficultés rencontrées lors de la demande de TLE, l'amélioration de la prise en charge du patient, la pertinence de la réponse des dermatologues, l'absence d'altération de la relation malade-médecin voire son amélioration et l'amélioration des connaissances en dermatologie. Pour les dermatologues les causes de satisfaction principales seraient la juste utilisation de la TLE pour une problématique donnée et l'amélioration de la prise en charge du patient par son expertise. Par ailleurs, on peut supposer, en dehors des éléments de notre étude, que les dermatologues sont probablement satisfaits d'avoir rendu service à un confrère en difficulté, cela améliorant les liens entre médecins généralistes et dermatologues hospitaliers.

Les motifs d'insatisfaction que laissent entrevoir les réponses à nos questionnaires pourraient être le recours non indiqué à la dermatologie hospitalière, la pertinence des demandes, la qualité des informations disponibles dans la demande de TLE (clinique ou images photographiques ou dermoscopiques). Pour les médecins généralistes et les dermatologues, la sous-valorisation de la TLE pourrait également être un motif d'insatisfaction.

Aucun questionnaire de satisfaction validé n'existe en télédermatologie. Donc une comparaison de nos résultats à d'autres est difficile. Cependant, on retrouve une satisfaction globale des médecins généralistes et dermatologues utilisant la téléexpertise. Une étude américaine montrait que 92% des MG et 75% des dermatologues étaient satisfaits de la téléexpertise dermatologique (53). De même, une étude espagnole de 2012 a montré que 100 % des MG étaient satisfaits à très satisfaits du système de TLE et 90% des MG ont trouvé la TLE utile pour résoudre le problème posé (54).

Pour conclure, les MG et dermatologues de notre étude sont satisfaits par la TLE.

4.3. Forces et limites de l'étude

4.3.1. Forces de l'étude

Notre étude s'inscrit au cœur des modifications de l'organisation du système de soin. La pertinence des soins faisant partie de la stratégie nationale de santé afin de garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de soin (15).

La pertinence des échanges de téléexpertise n'a encore jamais été étudiée.

Le design de notre étude a permis d'interroger des praticiens sur des échanges concernant une même téléexpertise, ce que l'on trouve peu dans la littérature. Cela nous a permis de mener des analyses croisées des 2 groupes et d'augmenter la pertinence de nos résultats.

Le taux de réponse des médecins généralistes a atteint 35,5%, montrant l'intérêt des MG pour le sujet de la téléexpertise dermatologique.

Nous avons pu obtenir les réponses de 100% des dermatologues requis et en activité au GHICL, cela montrant également leur intérêt pour notre étude.

La taille de l'échantillon étudiée est intéressante. On peut penser qu'elle peut tendre à une relative représentativité de la perception des MG, et celle des dermatologues du GHICL, ou du moins donner une tendance.

Nous avons pu limiter le biais de mémorisation par l'envoi du questionnaire en ligne, à la suite de la téléexpertise. Les participants ont pu à nouveau prendre connaissance des échanges de téléexpertise avant de remplir le questionnaire.

4.3.2. Limites de l'étude

Notre étude comporte des biais de sélection :

- Un biais de recrutement des dermatologues : on retrouve une prédominance de la réponse de 2 dermatologues dans notre étude, proportionnelle à l'activité de téléexpertise des dermatologues du GHICL donc représentative de l'avis des dermatologues qui en ont la plus grande expérience, mais rendant l'échantillon de dermatologues peu représentatif de l'avis de tous les dermatologues du GHICL. Cela diminue la validité interne et externe de notre étude.
- Un biais de recrutement des médecins généralistes car ceux qui répondent sont peut-être plutôt satisfaits de leur expérience et plus enclins à participer à une étude sur ce sujet. Cela diminue également la validité externe de notre étude car elle ne sera pas forcément applicable. Mais nous avons pu limiter ce biais en sélectionnant 50 MG différents répondants.

On déplore une perte de données concernant les réponses "autres" à la question 17 des MG concernant l'intérêt de la mise en place d'un questionnaire pour améliorer les échanges entre MG et dermatologues. Cette perte d'information est due à une erreur de paramétrage sur le questionnaire Sphinx. Elle diminue la validité interne de notre étude. Cela montre l'intérêt d'études complémentaires sur le sujet du questionnaire de TLE.

Nous avons manqué de précision sur ce que nous définissions comme un avis "rapide" dermatologique. C'est une notion subjective et nous en avons laissé l'interprétation au dermatologue ce qui a pu être un biais de confusion.

5. Conclusion

Nous avons tenté d'aborder, malgré sa complexité, la question de la pertinence des échanges entre MG et dermatologues hospitaliers par la téléexpertise, notamment par leur perception de la pertinence de la demande de TLE. Notre étude montre une évaluation globalement positive de la pertinence des demandes et de la satisfaction des utilisateurs, avec néanmoins une différence entre les avis inter-spécialités : l'évaluation est légèrement moins bonne pour les dermatologues. Ceci peut s'expliquer notamment par le recours à un avis hospitalier pour une problématique qui relève le plus souvent de la dermatologie libérale, et par des difficultés quant aux informations transmises (informations cliniques incomplètes, mauvaise qualité des images transmises que ce soit les photographies ou l'absence de dermoscopie). Malgré cela, la TLE semble améliorer la prise en charge des patients et une demande de TLE pertinente semble l'améliorer d'autant plus.

Ces problèmes rencontrés par les dermatologues émergent malgré la connaissance de la majorité des MG, des éléments nécessaires à une demande de TLE au service de dermatologie du GHICL. Une formation et un accompagnement avec des outils pédagogiques et des supports multimédias semblent nécessaires pour améliorer la pertinence de cette pratique et en connaître ses limites.

Le bouche-à-oreille, les réseaux sociaux et les recommandations par les pairs sont les modalités les plus courantes de connaissance de la TLE et pourraient permettre de transmettre les "bonnes pratiques" de la TLE en complément des formations qui seraient proposées.

De plus, de nouvelles organisations de soins comme les Équipes de Soins Spécialisés (ESS) regroupant les dermatologues libéraux pourraient permettre d'améliorer la pertinence du recours de la TLE. Un pilotage est indispensable afin d'aider leur mise en œuvre.

La mise en place de questionnaires pré-établis, pour faciliter le recueil systématique de certaines informations cliniques, à priori pertinentes ne fait pas l'unanimité et mériterait des explorations complémentaires avec dermatologues et MG.

Notre étude confirme une place légitime de la TLE dans l'expertise dermatologique. Elle demeure l'option la plus adaptée à la problématique concernée dans la plupart des cas. Elle répond aux incertitudes diagnostiques, thérapeutiques des MG et au souhait de préciser le degré d'urgence de la prise en charge, qui sont les principaux motifs des TLE de notre étude. Elle améliore les connaissances dermatologiques du MG qu'importe son niveau de confiance en dermatologie et cela sans altérer la relation malade-médecin selon les médecins généralistes.

Finalement, notre étude a réussi à répondre à notre objectif d'évaluer la pertinence des TLE et en préciser des critères de pertinence. Cette recherche réaffirme que la pertinence des soins est, plus que jamais, un enjeu crucial pour l'avenir du système de santé et les patients qui en bénéficient. C'est une notion essentielle à l'amélioration de la qualité des soins, pour répondre au mieux à la pénurie en ressource médicale, maîtriser les dépenses en santé et la pollution générée par les soins... Il semble aujourd'hui, plus que jamais nécessaire, de mener des études d'envergure dédiées à mieux définir la pertinence des soins, trouver des outils d'évaluation adaptés et lui redonner une place cardinale dans la formation initiale et continue.

6. Bibliographie

1. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. DRESS_Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
2. Rapport d'évaluation des politiques de Sécurité Sociale 2022 [Internet]. [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Maladie/PLACSS_REPSS%202022_Maladie.pdf
3. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. 1 janv 2023;
4. Démographie médicale par spécialité_CNOM_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf [Internet]. [cité 18 sept 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
5. Zoom sur les dermatologues libéraux | L'Assurance Maladie [Internet]. 2022 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/zoom-ps-dermatologues-liberaux>
6. 2009 - La démographie médicale à l'horizon 2030 de nouv.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss12.pdf>
7. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le>
8. IFOP [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Renoncation aux soins, complexes, stigmates... Les français face aux maladies de peau et à l'eczéma : la grande enquête. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/renoncation-aux-soins-complexes-stigmates-les-francais-face-aux-maladies-de-peau-et-a-leczema-la-grande-enquete/>
9. vie-publique.fr [Internet]. 2020 [cité 10 mai 2023]. La télémedecine, une pratique en voie de généralisation. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>
10. 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.
11. Enquête concernant les demandes d'avis « sauvages » auprès de 214 dermatologues de Hauts-de-France et de Normandie [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03037721/document>
12. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
13. Larousse É. Définitions : pertinence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pertinence/59839>
14. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 août 2023]. La pertinence des soins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/pertinence>
15. Mornex R, Orgiazzi J. La pertinence des actes médicaux. Bull Académie Natl Médecine. nov 2019;203(8-9):722-40.
16. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes. 13 déc 2012;110.

17. Kacem AB. La pratique de la dermatologie en médecine générale recours au spécialiste et besoins de formation en Picardie. 17 juin 2019;65.
18. Majewski PÉ. Incertitude diagnostique en dermatologie et place de la télédermatologie en Médecine Générale dans le Nord et le Pas-de-Calais_Thèse.
19. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCITA000038821269>
20. Télésanté Bretagne [Internet]. [cité 10 nov 2023]. OncoBreizh Télédermato - Votre expertise régionale en cancérologie cutanée. Disponible sur: <https://www.telesante-bretagne.fr/soin/oncobreizh-teledermato-votre-expertise-regionale-e-n-cancerologie-cutanee/>
21. ESSDV-IDF [Internet]. [cité 10 nov 2023]. ESSDV-IDF — Dermatologie-Vénéréologie. Disponible sur: <https://essdv-idf.org/>
22. Jouan N, Taieb C, Halioua B. Le burn-out chez les dermatologues français, une étude prospective à l'échelle nationale. *Ann Dermatol Vénéréologie - FMC*. 1 nov 2022;2(8, Supplement 1):A264.
23. N C, J D, Y T, Rn M, Se B, C D, et al. Teledermatology for diagnosing skin cancer in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 4 déc 2018;12:CD013193-CD013193.
24. Secember H. Indicateurs en télédermatologie. Une revue de la littérature. 21 déc 2017;92.
25. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne : quelles conséquences et quelle gestion ? 19 déc 2017;154.
26. Lerebourg L. Avis dermatologiques à distance en Guadeloupe et Martinique : état des lieux et perspectives d'optimisation. 16 oct 2018;34.
27. Rivart M. État des lieux de l'utilisation de l'outil photographique en médecine générale dans le département du nord en 2016.
28. Recommandations pour la réalisation de photographies médicales exploitables en télémedecine pour la Dermatologie (téléexpertise) [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/upload/files/fichiers/groupe-thematiques/recos%20photos%20TD%20-%20v2%20FINALE.pdf>
29. Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, Saiag P. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. *Arch Dermatol*. oct 2001;137(10):1343-50.
30. Chappuis P, Duru G, Marchal O, Girier P, Dalle S, Thomas L. Dermoscopy, a useful tool for general practitioners in melanoma screening: a nationwide survey. *Br J Dermatol*. 2016;175(4):744-50.
31. Nouara É. État des connaissances des médecins généralistes de l'aire urbaine Nord Franche-Comté sur le dermatoscope dans le diagnostic dermatologique. 9 mai 2023;57.
32. Venchi F. Dermatoscopie en médecine générale en région PACA : état des lieux. Étude auprès d'un échantillon de 360 médecins généralistes libéraux. 22 mars 2019;113.
33. Tobin-Schnittger P, O'Doherty J, O'Connor R, O'Regan A. Improving quality of referral letters from primary to secondary care: a literature review and discussion paper. *Prim Health Care Res Dev*. mai 2018;19(3):211-22.
34. Rokstad IS, Rokstad KS, Holmen S, Lehmann S, Assmus J. Electronic optional guidelines as a tool to improve the process of referring patients to specialized care: an intervention study. *Scand J Prim Health Care*. sept 2013;31(3):166-71.
35. Dor A. Les médecins généralistes présents sur les réseaux sociaux : qui sont-ils et que recherchent-ils ? Enquête qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2014 [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-4727>
36. Mmadi B. La place et l'utilisation des réseaux sociaux dans la formation des internes de médecine générale. 28 juin 2022;75.

37. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 17 oct 2023]. Télémédecine – La téléconsultation et la téléexpertise en pratique. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/p_3069228/fr/telemedecine-la-teleconsultation-et-la-teleexpertise-en-pratique
38. Fiche d'information sur la téléexpertise en Dermatologie pour les patients [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/upload/groupe/bloc/file/fiche-info-patient-td-tlx-v3-relue-finale-2-0632275754d11ab5748071e927436c5c.pdf>
39. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. Bull Académie Natl Médecine. oct 2021;205(8):857-66.
40. Démoulins E, Rat C, Martin L, Mamzer MF. Teledermatology practices: Benefits, limitations and perspectives. Qualitative interview-based study with dermatologists. Ethics Med Public Health. 1 mars 2021;16:100631.
41. Brice D. Comment la téléconsultation modifie-t-elle la relation médecin patient ? Exploration de la perspective patient par une étude qualitative. [Internet]. Pieros. 2020 [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <http://www.pieros.org/etude/teleconsultation-modifie-t-relation-medecin-patient-exploration-de-perspective-patient-etude-qualitative/>
42. Vitali C. Téléconsultation : vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télé-médecine dans le Var. 7 juin 2021;74.
43. Haderl E, Gitlow H, Nouri K. Definitions, survey methods, and findings of patient satisfaction studies in teledermatology: a systematic review. Arch Dermatol Res. mai 2021;313(4):205-15.
44. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-demographie-medecale-lhorizon-2030-de-nouvelles-projections>
45. DLQI – Dermatology Life Quality Index [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/upload/scores/dlqi-bbfd6e5efebddec92aaf981ab754a292.pdf>
46. Avogadro-Leroy S. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie. 13 déc 2012;99.
47. McFarland LV, Raugi GJ, Taylor LL, Reiber GE. Implementation of an education and skills programme in a teledermatology project for rural veterans. J Telemed Telecare. mars 2012;18(2):66-71.
48. van der Heijden JP, de Keizer NF, Bos JD, Spuls PI, Witkamp L. Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. Br J Dermatol. nov 2011;165(5):1058-65.
49. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
50. Lecanu A, Guyot A. Mise en place et évaluation d'une application de téléexpertise dermatologique dans deux maisons de santé de Haute-Normandie. 1 oct 2020;71.
51. Omnidoc [Internet]. [cité 20 nov 2023]. La téléexpertise en chiffres. Disponible sur: <https://omnidoc.fr/actualites/la-teleexpertise-en-chiffres/>
52. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/consulter-un-specialiste-liberal-son-cabinet-premiers-resultats>
53. Whited JD, Hall RP, Foy ME, Marbre LE, Grambow SC, Dudley TK, et al. Patient and clinician satisfaction with a store-and-forward teledermatology consult system. Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc. 2004;10(4):422-31.
54. Lasier N, Alesanco A, Gilaberte Y, Magallón R, García J. Lessons learned after a three-year store and forward teledermatology experience using internet: Strengths and limitations. Int J Med Inf. 1 mai 2012;81(5):332-43.

7. Annexes

7.1. Questionnaire aux MG (logiciel Sphinx)

Message de présentation :

Bonjour,

Durant l'année 2022, vous avez réalisé une demande de téléexpertise (TLE) au service de dermatologie du GHICL concernant un patient, dont le numéro de dossier vous a été transmis par email.

Dans le cadre de ma thèse de docteur en médecine générale, j'aimerais vous interroger concernant cet échange avec le dermatologue qui a répondu à votre demande. L'objectif de cette étude est d'identifier quelles sont les caractéristiques d'une TLE pertinente, afin de faciliter la communication interprofessionnelle, et améliorer la prise en charge du patient.

Le questionnaire suivant contient 23 questions avec une durée de remplissage totale de 5 minutes en moyenne. Chaque question compte. Un questionnaire avec des questions sans réponse ne pourra être validé et analysé.

Attention, vous ne devez pas communiquer d'éléments de réponse permettant de vous identifier ou d'identifier les patients afin de conserver l'anonymat.

Merci pour votre participation.

Tristan POUANSI DIGWANA - interne en médecine générale

Quel est le code de télé-expertise qui vous a été transmis ? : Réponse libre

1. Comment avez-vous connu la TLE dermatologique ? : Réponse libre
2. Avant d'initier cette demande de TLE, avez-vous pris connaissance des conditions nécessaires à une demande de TLE au GHICL ? (Cf. texte informatif présent sur la page de la demande)
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
3. Avant d'initier cette demande de TLE, avez-vous pris connaissance des éléments d'aide à la rédaction d'une demande de TLE ? (Cf. texte informatif et lien internet présents sur la page de la demande)
 - ☐ Oui

- ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
4. Avant d'initier cette demande de TLE, avez-vous informé votre patient de cette demande de TLE ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne me souviens plus
5. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous fait cette demande de TLE ?
- ☐ Incertitude diagnostique
 - ☐ Incertitude thérapeutique
 - ☐ Préciser le degré d'urgence avant une consultation spécialisée
 - ☐ À la demande du patient
 - ☐ Autre (précisez) :
6. Au cours de cette demande de TLE, avez-vous rencontré des difficultés
- ☐ A la connexion
 - ☐ En complétant le formulaire
 - ☐ En prenant et/ou transférant les photographies
 - ☐ En transférant les documents complémentaires
 - ☐ Aucune difficulté
 - ☐ Autre (précisez) :
7. Selon vous, cette demande de TLE s'adressait à :
- ☐ Dermatologie courante/libérale
 - ☐ Dermatologie hospitalière
 - ☐ Dermatologie courante/libérale et hospitalière
 - ☐ Je ne sais pas
8. Est-ce que cette TLE vous semblait être l'option la plus appropriée pour la problématique évoquée ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas

9. Sans accès à la TLE, auriez-vous demandé une consultation dermatologique dans ce cas précis ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

10. Si oui, comment ?

- ☐ Via vos réseaux de communications personnels
- ☐ En adressant le patient à un dermatologue libéral
- ☐ En adressant le patient en dermatologie hospitalière
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre

11. Sans accès à la TLE et sans consultation dermatologique, auriez-vous essayé un traitement dans ce cas précis ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

12. Avez-vous suivi la prise en charge proposée par le dermatologue dans ce cas précis ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Partiellement : préciser

13. Si non, avez-vous adressé le patient à un autre dermatologue dans ce cas précis ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre : préciser _____

14. Pensez-vous que la TLE ait amélioré la prise en charge de votre patient dans ce cas précis ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre : préciser _____

Selon la HAS, un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé est supérieur aux conséquences négatives attendues d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valide d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût. Un soin pertinent est le juste soin (actes, prescriptions, prestations), au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles.

15. Selon vous, quel était le degré de pertinence de cette demande de TLE en particulier ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non-pertinent Pertinent

16. Selon vous, quel était le degré de pertinence de la réponse à cette demande en particulier ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non-pertinent Pertinent

La TLE dermatologique en général :

17. Pensez-vous que l'utilisation d'un questionnaire à remplir pour caractériser la lésion à la place d'un texte libre améliorerait la qualité de l'échange avec le dermatologue ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre : préciser _____

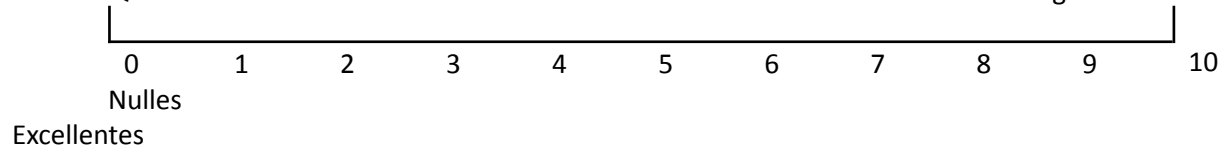
18. Selon vous :

- ☐ La TLE altère la relation entre le malade et son médecin généraliste
- ☐ La TLE améliore la relation entre le malade et son médecin généraliste
- ☐ La TLE ne modifie pas la relation entre le malade et son médecin généraliste

19. Avez-vous amélioré vos connaissances en dermatologie grâce à cette TLE ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

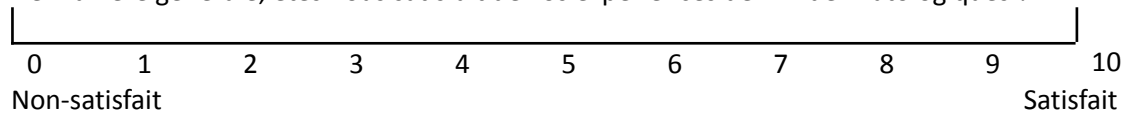
20. Quel est votre niveau de confiance concernant vos connaissances en dermatologie ?



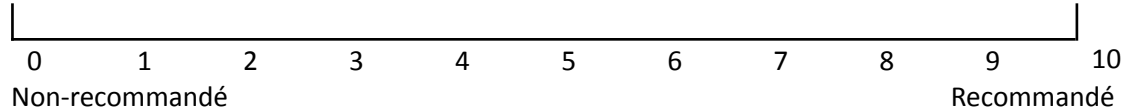
21. L'acte de demande d'une TLE vous semble-t-il :

- ☐ Sous valorisé
- ☐ Valorisé à sa juste mesure
- ☐ Survalorisé
- ☐ Je n'ai pas d'avis sur la question

22. De manière générale, êtes-vous satisfait de vos expériences de TLE dermatologiques ?



23. Recommanderiez-vous la TLE à d'autres MG ?



7.2. Questionnaire aux dermatologues (logiciel Sphinx)

Message de présentation :

Bonjour,

Durant l'année 2022, vous avez répondu à une demande de téléexpertise adressée au service de dermatologie du GHICL. Elle concernait un patient dont le numéro de dossier vous a été communiqué par email.

Dans le cadre de ma thèse de docteur en médecine générale, j'aimerais vous interroger concernant cet échange avec le médecin généraliste et la TLE de manière générale. L'objectif de cette étude est d'identifier quelles sont les caractéristiques d'une TLE pertinente, afin de faciliter la communication interprofessionnelle, et améliorer la prise en charge du patient.

Le questionnaire suivant contient 13 questions avec une durée de remplissage totale de 3 minutes en moyenne. Chaque question compte. Un questionnaire avec des questions sans réponse ne pourra être validé et analysé.

Attention, vous ne devez pas communiquer d'éléments de réponse permettant de vous identifier ou d'identifier les patients afin de conserver l'anonymat.

Merci pour votre participation.

Tristan POUANSI DIGWANA - interne en médecine générale

Quel est le code de télé-expertise qui vous a été transmis ? : Réponse libre

La demande de TLE :

1. Selon-vous, la problématique de cette demande de TLE nécessitait-elle un avis dermatologique ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas

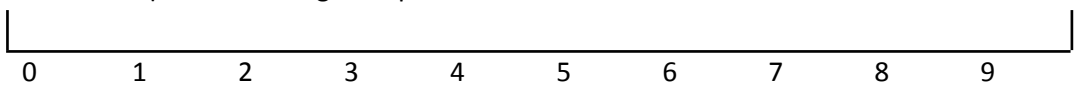
2. Si oui, selon vous, la problématique de cette TLE nécessitait-t-elle un avis rapide du dermatologue ?
 - ☐ Oui

- ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
3. Si oui, selon vous, cette demande de TLE concernait :
- ☐ Dermatologie courante/libérale/de ville
 - ☐ Dermatologie hospitalière
 - ☐ Je ne sais pas
4. Est-ce que cette TLE vous semblait être l'option la plus adaptée pour la problématique du patient ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
5. Avez-vous rencontré des difficultés concernant les informations disponibles, transmises par le médecin généraliste ?
- ☐ Photographies
 - ☐ Informations cliniques
 - ☐ Antécédents
 - ☐ Autre (précisez) :
 - ☐ Aucune difficulté
6. Pensez-vous que la TLE ait amélioré la prise en charge du patient ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas

Selon la HAS, un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé est supérieur aux conséquences négatives attendues d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valide d'entreprendre la

procédure, indépendamment de son coût. Un soin pertinent est le juste soin (actes, prescriptions, prestations), au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles.

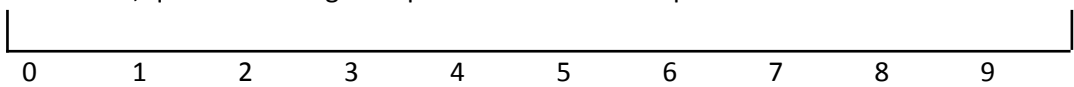
7. Selon vous, quel était le degré de pertinence de la demande de TLE ?



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non-pertinent Pertinent

8. Selon vous, quel était le degré de pertinence de votre réponse à la demande ?



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non-pertinent Pertinent

La TLE dermatologique en général :

9. Avez-vous déjà répondu à un questionnaire concernant cette étude ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

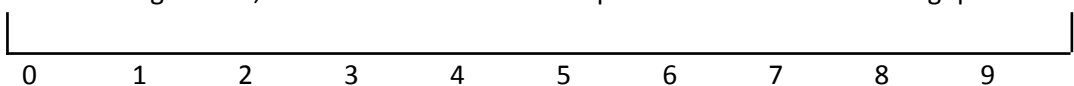
Si oui : cette nouvelle partie de questionnaire n'est pas ouverte

Si non : 3 questions suivantes à répondre

10. Pensez-vous que l'utilisation d'un questionnaire à remplir pour caractériser la lésion à la place d'un texte libre améliorerait la qualité de l'échange avec le MG ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre : préciser _____

11. De manière générale, êtes-vous satisfait de vos expériences de TLE dermatologiques ?



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non-satisfait Satisfait

12. Recommanderiez-vous la TLE à d'autres dermatologues ?

A horizontal scale from 0 to 10. The numbers 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, and 10 are evenly spaced along a horizontal line. Below the number 0 is the text 'Non-recommandé'. Below the number 10 is the text 'Recommandé'.

13. L'acte de réponse à une TLE vous semble-t-il :

- ☐ Sous valorisé
- ☐ Valorisé à sa juste mesure
- ☐ Survalorisé
- ☐ Je n'ai pas d'avis sur la question

AUTEUR : Nom : POUANSI DIGWANA

Prénom : Tristan

Date de soutenance : Vendredi 15 décembre 2023

Titre de la thèse : Étude des échanges de télé-expertise en dermatologie entre les médecins généralistes du Nord et Pas-de-Calais et les praticiens du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) en 2022 : évaluation de la satisfaction et de la pertinence.

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 ; pertinence des soins

Résumé :

Introduction : Les tensions sur la démographie médicale en France touchent la dermatologie plus fortement que d'autres spécialités, rendant son accès difficile, pour les patients adressés par leurs médecins généralistes (MG). La télé-expertise (TLE) dermatologique tente de répondre à ces problématiques. L'accroissement rapide du nombre de demandes de TLE adressées au service de dermatologie au GHICL, nous a interrogé sur la pertinence des échanges de TLE, en particulier les demandes réalisées par les MG. L'objectif était d'étudier la pertinence des échanges de TLE et d'isoler les conditions nécessaires à une demande de TLE pertinente.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude quantitative, par questionnaires envoyés aux MG requérants (50) et dermatologues requis (7) de 50 TLE reçues au GHICL en 2022. Les participants ont été interrogés sur la pertinence, la satisfaction de leur TLE, le cadre de la demande de TLE et sur la TLE de manière générale.

Résultats : Les échanges de TLE sont jugés pertinents par les participants. La pertinence des demandes est jugée moins bonne pour les dermatologues (6.7 +/- 1.9 /10) que pour les MG (8.4 +/-1.7 /10). Cela pourrait s'expliquer par le recours hospitalier pour des problématiques d'ordre de la dermatologie libérale (64% des TLE d'après les MG et 84% d'après les dermatologues), les difficultés rencontrées par les dermatologues durant la TLE : mauvaise qualité des images (40% des TLE) (photographies et absence de dermoscopie) et la qualité des informations cliniques (16% des TLE). Les MG requièrent une TLE pour des incertitudes diagnostiques (82%) et thérapeutiques (38%). Ils tirent de la TLE un bénéfice pédagogique (82%) et ce qu'importe leur niveau de connaissance en dermatologie. Finalement, bien qu'ils soient insatisfaits de la valorisation financière des actes de TLE, MG et dermatologues sont satisfaits de la TLE et pensent qu'elle améliore la prise en charge des patients.

Conclusion : La pertinence des soins est un enjeu crucial du système de santé pour répondre aux défis notamment démographiques d'aujourd'hui et de demain. La participation des dermatologues libéraux à la TLE semble être d'autant plus nécessaire, en complément de l'offre hospitalière. Une formation des MG à la TLE, notamment à la prise d'image est requise. Notre étude permet d'évoquer les critères de pertinence d'une TLE et plus largement d'un soin, et encourage à davantage d'étude sur sa définition et son évaluation.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Assesseur : Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Mathieu BATAILLE