Expérimentation de la télédermatologie en Maison de Santé Pluridisciplinaire : méthodes d'implémentation

Razvan Dragomir

▶ **To cite this version:**

Razvan Dragomir. Expérimentation de la télédermatologie en Maison de Santé Pluridisciplinaire : méthodes d'implémentation. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01313587

HAL Id: dumas-01313587

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01313587

Submitted on 10 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016 n°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DRAGOMIR Razvan

Né le 9 février 1986 à Cluj-Napoca

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 avril 2016

Expérimentation de la télédermatologie en Maison de Santé Pluridisciplinaire : méthodes d'implémentation

DIRECTEUR DE THESE Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS

PRESIDENT DE JURY Monsieur le Pr Jean-Loup HERMIL

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Pr Stéfan DARMONI
Madame le Dr Priscille CARVALHO LALLEMENT
Monsieur le Dr Joël LADNER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre jusque 01/11/15))*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie

Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire

Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZ**	Biochimie
Mme Maïté **NIEPCERON**	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Lucille **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Au président du jury,
Monsieur le Professeur Jean Loup HERMIL,

Je vous remercie pour votre engagement pour la médecine générale. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce Jury. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance. Je vous remercie également pour vos conseils précieux qui m'ont aidé dans les choix de ma carrière, au fil des années.

A mon Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS,

Tu as eu la gentillesse de m'orienter dans le choix du sujet et d'accepter de diriger ma thèse. Je te remercie de la confiance que tu m'as témoignée. Merci surtout pour la disponibilité et la patience dont tu as fait preuve, lors des nombreuses relectures.

Aux membres du jury,
Monsieur le Pr Stéfan DARMONI,
Madame le Dr Priscille CARVALHO LALLEMENT,
Monsieur le Dr Joël LADNER,

Vous avez accepté de juger ce travail, je vous en remercie. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A tous mes anciens MSU,
Merci pour l'enseignement et vos conseils, ainsi que pour votre confiance. Et merci de m'avoir transmis la motivation d'exercer notre métier. Vous m'avez fait comprendre que parfois, les compétences de la médecine générale ne se trouvent pas dans les bouquins.

A Hélène, ma co-thésarde,

Je te remercie d'avoir eu la patience et la confiance de travailler ensemble. Je te remercie également pour ton soutien inconditionnel. Enfin, je te félicite de ne pas avoir abandonné cette aventure.

A tous mes amis,

Je vous remercie de votre confiance et de votre amitié. J'espère pouvoir vous garder toujours à mes cotés.

A mes parents,

Vous êtes mon modèle dans la vie. Sans vous, je ne serais jamais arrivé jusqu'ici. Je vous serai éternellement reconnaissant.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Table des matières

1. Introduction 18
2. La demande de soins en dermatologie 19
2.1. L'observatoire de la médecine générale 19
2.2. L'étude ECOGEN 20
2.3. Motifs de recours à la dermatologie en Haute Normandie 21
2.4. Motifs des demandes d'avis spécialisé en dermatologie par les médecins généralistes en France 24
2.5. Différence entre l'urgence médicale et l'urgence ressentie en dermatologie 25
3. L'offre de soins en dermatologie 26
3.1. Identification de l'offre de soins en dermatologie en France 26
3.2. Identification de l'offre en Haute-Normandie 28
3.3. Le délai de rendez-vous 31
3.4. Problématique de la formation médicale en dermatologie pour les internes de médecine générale à l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen 32
4. Solutions aux problèmes d'accessibilité au dermatologue pour la population générale .. 33
4.1. Les forums et les blogs 33
4.2. La santé connectée en dermatologie 34
4.3. La place du courrier électronique et du téléphone 36
4.4. Le téléconseil 36
4.5. Pourquoi la télédermatologie ? 37
5. Cadre de la télémédecine 39
5.1. L'évolution de la télémédecine en France 39
5.2. La loi HPST 40
5.3. Le pacte territoire santé 40
5.4. Définition des actes de télémédecine 41
5.4.1. La téléconsultation 41
5.4.2. La téléexpertise 41
5.4.3. La télésurveillance médicale 41
5.4.4. La téléassistance médicale 42
6. Enjeux médico-légaux 42
6.1. Information et consentement du patient à l'acte de télémédecine 42
6.2. Le dossier médical : accès aux données et mises à jour en temps réel 43
6.3. La sécurité des données 43
6.4. Le secret médical 44
6.5. Responsabilité en cas d'erreur de diagnostic 44
6.6. Obligations des utilisateurs de la télémédecine 45
6.7. Obligation d'assurance des professionnels de santé 46
7. Objectifs de la télédermatologie 46
7.1.1. Situation aiguë nécessitant un avis d'expert 46
7.1.2. Situation complexe nécessitant une coordination des intervenants 46
7.1.3. Situation d'éloignement 47
7.1.4. Avis d'expert pour des dossiers compliqués 47
7.1.5. Situations nécessitant une surveillance des patients 48
8. Exemples des projets de télédermatologie 48
8.1. Réseaux et outils 48
8.2. Plaies chroniques (téléexpertise/téléconsultation) en Franche-Comté (Besançon) 49
8.3. Plaies chroniques Languedoc-Roussillon et Basse Normandie 50
8.4. Téléconsultations dans le service de dermatologie du CHU de Rouen 52
8.5. La télédermatologie en milieu carcéral : l'expérimentation du Mans 53

8.6. La télédermatologie en milieu carcéral : l'expérimentation en Île-de-France 54
8.7. Téléexpertise régionale en Corse en dermatologie libérale 55
8.8. Télédermatologie en médecine générale en Région PACA 56
8.9. Quelques exemples d'études à l'étranger 57
9. Les conditions financières 58
9.1. Le cadre actuel 58
9.2. Les sources de financement 59
9.2.1. Au niveau européen 60
9.2.2. Au niveau national 60
9.2.3. Au niveau local 61
9.3. Méthodes de rémunération 61
9.3.1. Tarification à l'acte 62
9.3.2. Tarification forfaitaire 62
9.3.3. Expérimentation des nouveaux modes de rémunération 62
9.4. Le rapport de l'Assurance Maladie concernant la cotation des actes en télémédecine. 62
10. L'expérimentation en Haute-Normandie 63
10.1. L'appel à projet en Haute-Normandie 63
10.2. Les objectifs 64
10.3. Méthodes 65
10.3.1. Critères de choix des MSP et des Dermatologues 65
10.3.2. Les acteurs de l'expérimentation en Haute-Normandie 66
10.3.2.1. Les MSP- Sites d'expérimentation 66
10.3.2.2. Les dermatologues 66
10.3.2.3. L'ARS de Haute-Normandie 67
10.3.2.4. L'URPS de Haute-Normandie 67
10.3.2.5. Le GCS Télésanté 67
10.3.2.6. Les Sociétés ATOS et BULL 68
10.3.2.7. Au sujet de SANTEOS et WORLDLINE 68
10.3.2.8. A propos d'AGFA HeathCare 68
10.3.2.9. La société COVALIA 68
10.3.2.10. Le projet PRATIC 68
10.3.2.11. Les patients 69
10.4. Le déroulement de la prise en charge 69
10.5. Le processus de téléexpertise 71
10.5.1. La plate-forme informatique 71
10.5.2. Le workflow 71
10.5.3. La création d'un dossier initial de demande d'examen 72
10.5.4. Une fiche « patient » 72
10.5.5. Une fiche de demande de téléexpertise (voir ANNEXE 1) 73
10.5.6. Une fiche de bilan initial 74
10.5.7. Une fiche de réponse (Voir ANNEXE 2) 75
10.6. Le financement pour le projet de Haute-Normandie 75
10.6.1. Financement par l'ARS 75
10.6.2. Indemnisation pour le Dermatologue 76
10.6.3. Indemnisation pour le médecin généraliste 76
10.6.4. Investissement technologique 77
11. Le suivi et l'évaluation de l'expérimentation 77
11.1. Indicateurs de qualité 78
11.1.1. Qualité des photographies 78
11.1.2. Qualité des soins 78
11.2. Indicateurs de processus 79

11.2.1. Accessibilité 79
11.2.2. Faisabilité 79
11.2.3. Indicateurs de volume 79
11.3. Indicateurs de satisfaction 79
11.3.1. Satisfaction des professionnels de santé 79
11.3.2. Ressenti du patient 80
11.4. Indicateurs de coûts 80
11.4.1. Coût de la télédermatologie par patient versus la consultation traditionnelle 80
11.4.2. Coûts secondaires 80
12. Discussions 81
13. Conclusion 83
14. Bibliographie 85
15. Annexes 90
15.1. Annexe 1. Proposition de fiche de recueil 90
15.2. Annexe 2- Proposition de fiche de réponse 93
15.3. Annexe 3 – L'ancienne schéma pour le flux de l'information 95

1. Introduction

La dermatologie est une discipline fréquente en médecine générale. Les pathologies rencontrées sont très variées. Tous les médecins généralistes sont amenés à prendre en charge des pathologies dermatologiques régulièrement.

La prise en charge de la dermatologie est globale. Elle ne comprend pas seulement la pathologie cutanée proprement dite. Elle inclut également le patient dans son ensemble. La relation médecin-patient joue un rôle important dans la gestion de la maladie. La coopération médecin généraliste-dermatologue est essentielle dans la prise en charge prompte et efficace dans le cadre d'une demande de soins de plus en plus importante.

Cependant, on retrouve dans plusieurs régions de France un nombre trop important de demandes par rapport au nombre de dermatologues exerçant dans ces territoires. Cette problématique de démographie médicale concerne un grand nombre de territoires (dont la Haute-Normandie) et de spécialités, et c'est le médecin généraliste qui est en première ligne pour gérer cette difficulté d'accès aux soins pour ses patients.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), au 1er janvier 2014, 219 834 médecins étaient en activité en France dont 4 076 dermatologues (4100 au 1er janvier 2012). Soit une densité moyenne de 6,3 dermatologues pour 100 000 habitants (1,2).

A cette problématique de couverture médicale déficitaire s'ajoute également la problématique d'âge, car selon une étude, la moyenne d'âge des dermatologues était de 52,4 ans. Soixante sept pour cent d'entre eux avaient plus de 50 ans et 25 % avaient plus de 60 ans (3).

De même, on observait une tendance à l'urbanisation de cette spécialité au niveau régional, car, parmi les dermatologues hauts-normands, 78,46 % exerçaient dans les 4 plus grandes villes (4). Soixante pour cent des dermatologues exerçaient soit au Havre soit à Rouen (4). Outre les zones urbaines, le reste des zones géographiques, qui pose en plus le problème d'un accès difficile, surtout pour les personnes âgées, pourrait être affecté dans les années à venir par le manque de dermatologues de proximité.

La télémédecine, actuellement en plein essor en France et dans plusieurs autres pays, est une des solutions proposées face à la problématique de cette démographie

médicale déficitaire. Est-ce qu'elle va pouvoir atteindre son objectif principal, de réduire les inégalités d'accès aux soins en maintenant une qualité de soins adéquate pour tous les patients ?

Un rappel s'impose tout d'abord. La télémédecine, reconnue en France comme un acte médical à part entière par la loi HPST, ne peut être mise en œuvre actuellement que dans le cadre d'un programme national arrêté par le ministère de santé, ou au niveau régional, par contractualisation avec l'Agence régionale de santé. Aucune expérimentation de télédermatologie en médecine générale en Haute-Normandie n'a été réalisée concrètement jusqu'à présent. Est-ce qu'il serait possible d'établir un schéma explicite et clair à partir duquel un tel projet pourrait être implémenté?

Cette thèse propose l'étude de ces méthodes jusqu'au moment de l'inclusion des premiers patients, dans le cadre d'un appel à projet régional lancé par l'ARS de Haute-Normandie. Elle se propose aussi de servir comme support pour les autres régions qui souhaiteraient implémenter ce type d'expérimentation, jusqu'à ce jour souvent ignoré mais désormais incontournable.

2. La demande de soins en dermatologie

2.1. L'observatoire de la médecine générale

En France, peu de données permettent d'avoir une vue d'ensemble des motifs de recours aux soins et des problèmes de santé en soins primaires. Quelques systèmes de recueil continu et systématique de données de morbidité en médecine de ville existent, essentiellement les réseaux d'IMS-Health (Intercontinental Marketing Services) et Thales (CEGEDIM). Ces opérateurs privés sont orientés vers le suivi des prescriptions médicamenteuses et leurs données ne sont pas librement accessibles. La Société française de médecine générale (SFMG) a développé depuis 1995 un réseau national composé de plus d'une centaine de médecins généralistes, constituant l'Observatoire de la médecine générale (OMG). Celui-ci a permis d'alimenter une base de données médicale exploitable, reposant sur l'utilisation du Dictionnaire des résultats de consultation. Cet observatoire a interrompu ses activités en 2011 faute de soutien financier pérenne (5).

Selon les dernières données de l'Observatoire, les pathologies dermatologiques représentaient environ 6 % des résultats de consultation en médecine générale. La dermatite atopique était la pathologie dermatologique la plus fréquente (5). Une nouvelle révision à ce sujet a été apportée par l'étude ECOGEN.

2.2. L'étude ECOGEN

L'étude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale), réalisée entre décembre 2011 et avril 2012 sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a permis de mieux connaitre le contenu de la consultation du médecin généraliste à l'échelle nationale (6).

Il s'agit d'une étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. Les investigateurs étaient 54 internes de 27 facultés de médecine, en stage supervisé de niveau 1 chez 128 maîtres de stage universitaires (6).

L'étude a permis de décrire de façon précise le contenu de l'acte de consultation en médecine générale. Pour un total de 20613 consultations, l'étude a montré qu'en moyenne les consultations de médecine générale comportent 2,6 motifs de consultation, 2,2 résultats de consultation (problèmes diagnostiqués par le médecin) et 4,7 procédures de soins. Chaque résultat de consultation était associé à 1,2 motif de consultation (symptôme ou plainte du patient) et associés à 2,1 procédures de soins (réalisées ou programmées). L'activité des médecins généralistes était dominée par les situations de prévention (11 %), recouvrant la promotion de la santé et le dépistage, et la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires dans 13,1 % des cas. Quant aux pathologies dermatologiques, elles représentaient environ 5 % des motifs de consultation en médecine (6).

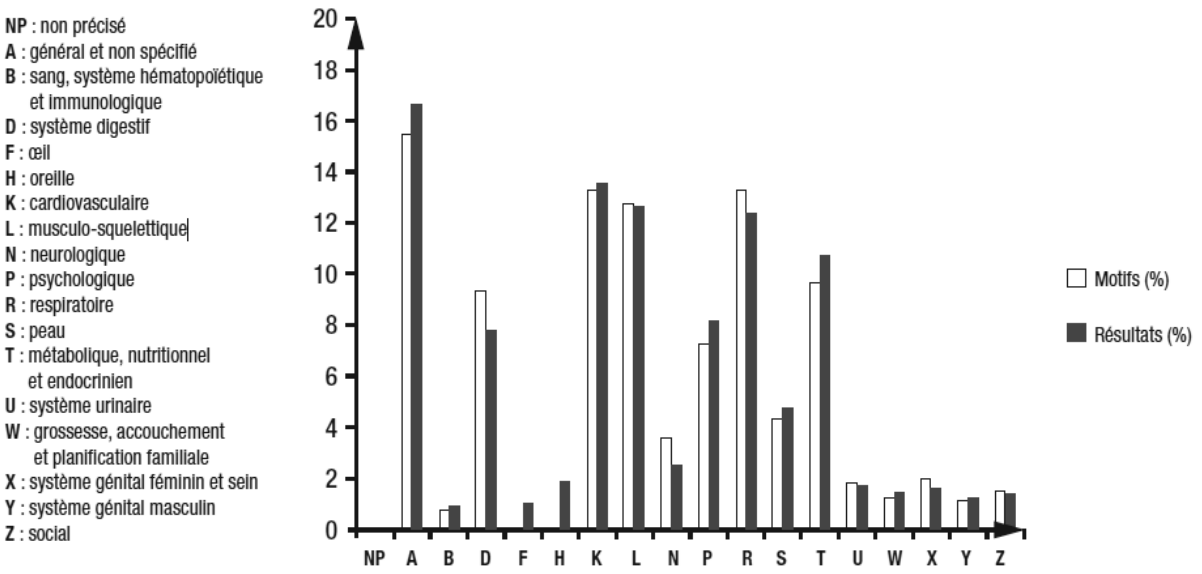

Figure 1. Distribution des motifs et résultats de consultation par appareil (Source: « ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale »)

2.3. Motifs de recours à la dermatologie en Haute Normandie

Les pathologies dermatologiques sont fréquentes dans la région. Selon une étude quantitative réalisée en 2011, elles représentaient près de 6 % des consultations de médecine générale en Haute Normandie (5).

Dans une étude, les pathologies dermatologiques les plus rencontrées en Haute Normandie étaient :

- la dermatite atopique et autres pathologies allergiques (18,9 %) ;
- les infections virales éruptives (13,8 %) ;
- les tumeurs cutanées bénignes et malignes (12,8 %) ;
- les infections mycosiques (10, 4 %) ;
- les autres maladies infectieuses (9,6 %) ;
- les lésions traumatiques (5,15 %) ;
- le psoriasis (4,8 %).

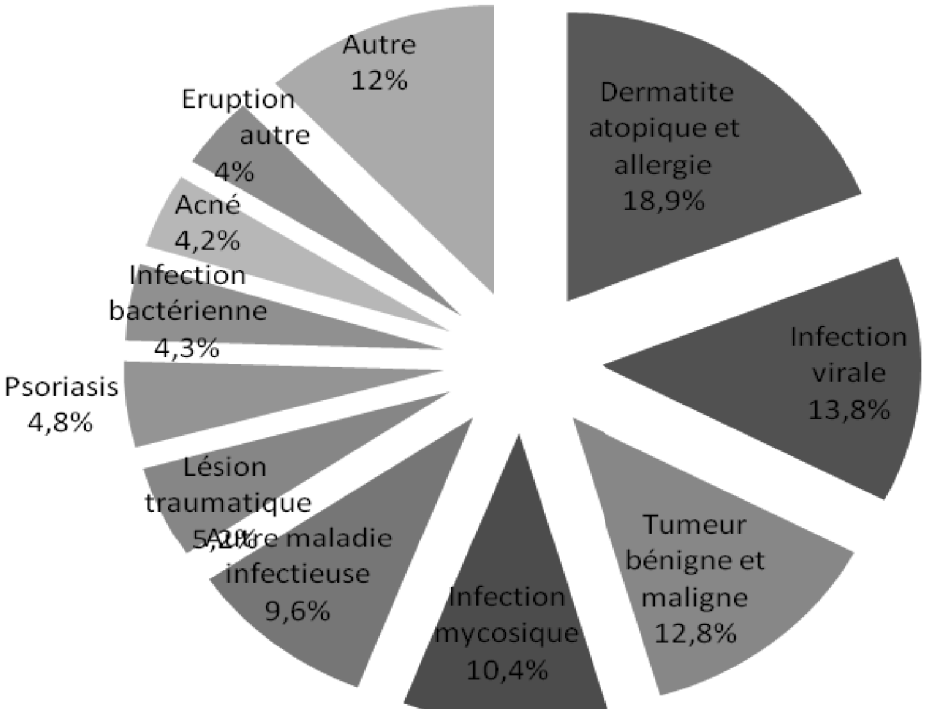

Figure 2. Fréquence des pathologies dermatologiques en médecine générale (Source: Avogadro-Leroy S. : « Pathologies cutanées en médecine générale: une étude quantitative en Haute-Normandie »)

Individuellement, les 5 pathologies les plus fréquentes étaient (5):

- la dermatite atopique (11,5 %) ;
- les candidoses (7,8 %) ;
- le psoriasis (4,8 %) ;
- les verrues (4,7 %) ;
- les nævi (4 %).

L'ensemble de ces 5 pathologies représentaient un tiers des problèmes cutanés rencontrés en médecine générale (5).

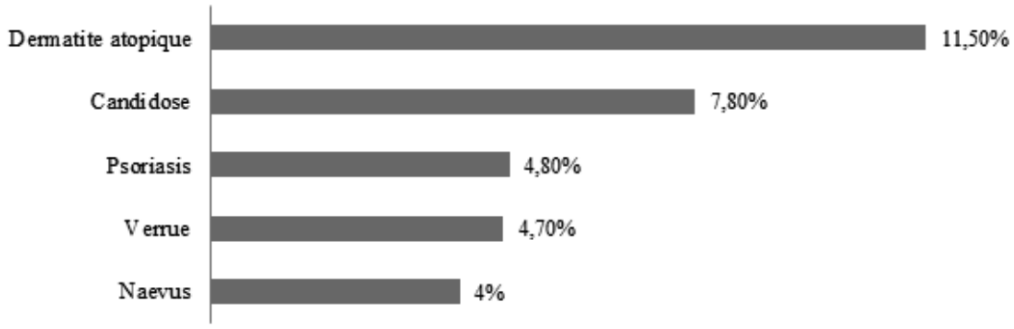

Figure 3. Les pathologies dermatologiques les plus fréquentes en médecine générale (source : Avogadro-Leroy S.: Pathologies cutanées en médecine générale: une étude quantitative en Haute-Normandie)

Selon une étude, quatre-vingt pour cent des médecins généralistes en Haute Normandie déclaraient être plutôt à l'aise voire tout à fait à l'aise en dermatologie (7). Le degré de certitude des généralistes concernant leur diagnostic a été recueilli de façon subjective, par questionnaire, pour chaque pathologie dermatologique rencontrée. Il était en moyenne de 8,53/10. Leur degré de certitude liée à la prise en charge a été recueilli de façon similaire. Il était de 8,43/10 (7). Une autre étude prospective retrouvait un taux similaire (8). Les généralistes déclaraient avoir une confiance relativement élevée dans leurs diagnostics, avec une moyenne des scores de confiance de 8,4/10 (8).
Les généralistes semblaient donc avoir une confiance élevée dans leur capacité à prendre en charge les dermatoses (8).

La confiance diagnostique était plus élevée pour les pathologies suivantes (7):

- les pathologies infectieuses (virales, fongiques et bactériennes) ;
- les lésions traumatiques ;
- le psoriasis ;
- l'acné.

La certitude diagnostique était moins élevée pour les pathologies suivantes (7) :

- les tumeurs bénignes ;
- les lésions précancéreuses ou malignes ;
- les dermatites atopiques et les allergies.

Les degrés de certitude diagnostique augmentaient avec (7) :

- l'âge du médecin généraliste ;
- la durée d'installation ;
- le délai d'obtention du rendez vous avec le dermatologue ;
- le nombre de pathologies dermatologiques vues ;
- l'accès au dermatologue jugé facile par le généraliste.

L'aisance en dermatologie augmentait en fonction de l'âge du médecin généraliste et de la durée d'installation. On peut donc en déduire que l'expérience était un facteur important dans l'aisance de prise en charge des pathologies dermatologiques. Les certitudes diagnostiques et de prise en charge étaient globalement corrélées. Néanmoins, pour les infections bactériennes, le psoriasis et l'acné, les médecins généralistes étaient plus confiants dans leur diagnostic que dans leur prise en charge (7). Devant ces motifs de recours au spécialiste, il s'impose de faire un état des lieux de l'offre actuelle de soins en dermatologie.

2.4. Motifs des demandes d'avis spécialisé en dermatologie par les médecins généralistes en France

Dans une étude portant sur les motifs des demandes d'un avis spécialisé, les médecins généralistes souhaitaient avoir l'avis du dermatologue pour 26,89 % des pathologies, soit dans un quart des pathologies dermatologiques (7).
Pourtant, pour un quart des avis souhaités, le médecin généraliste ne le demandait pas. Les causes citées étaient les suivantes (7) :

- le patient était déjà suivi par le dermatologue ;
- le patient avait déjà pris un rendez-vous chez le dermatologue ;
- le patient était réfractaire à la consultation de dermatologie ;
- le patient était adressé aux urgences directement ;
- le patient était trop éloigné géographiquement du dermatologue ;
- le médecin et/ou le patient jugeait le délai de rendez-vous trop long ;

- le médecin souhaitait voir l'évolution de la pathologie avant la consultation spécialisée. Il attendait de voir l'efficacité du traitement qu'il avait prescrit ou il attendait une guérison spontanée.

Dans d'autres cas, c'est le patient qui a refusé la demande d'avis car ce dernier était réfractaire aux avis spécialisés (7).
Certains médecins ont estimé que leur prise en charge était assez souvent similaire à celle des dermatologues et doutaient de la nécessité de la demande d'avis (7).

Concernant l'évaluation du degré d'urgence, il s'agit d'une des principales difficultés relevées par les médecins généralistes (8).
Elle concerne les pathologies de « gravité intermédiaire » car elle pose la question du délai d'adressage.
La demande d'avis spécialisé rapide est souvent motivée par l'incertitude diagnostique avec la peur de retard diagnostique d'une pathologie grave telle que le mélanome (7). En Haute-Normandie, une étude qui a fait l'objet d'une thèse de médecine générale, a pu identifier ces motifs plus précisément.

2.5. Différence entre l'urgence médicale et l'urgence ressentie en dermatologie

Il existe une discordance entre l'urgence ressentie par le patient ou le généraliste et l'urgence réelle selon le dermatologue (8). Le degré d'urgence peut être difficile à évaluer du fait de la répercussion psychologique de la pathologie cutanée. Le patient peut ressentir une angoisse particulière par rapport à son revêtement cutané, plus importante que pour les autres organes de spécialité (8). Une étude allemande a montré que sur 247 patients hospitalisés en service de dermatologie, entre 25,9 % et 31 % d'entre eux présentaient des modifications psychologiques secondaires à leur pathologie cutanée, notamment des syndromes dépressifs (10). D'où l'intérêt de pouvoir assurer une prise en charge adaptée, dans un délai raisonnable, aussi bien pour le patient que pour son médecin traitant. Différentes études ont permis d'identifier les motifs des demandes d'avis spécialisé par les médecins généralistes en France.

3. L'offre de soins en dermatologie

3.1. Identification de l'offre de soins en dermatologie en France

Selon la DREES, au 1er Janvier 2014, 219 834 médecins étaient en activité en France dont 4 076 dermatologues (4100 au 1er janvier 2012). Soit une densité moyenne de 6,3 dermatologues pour 100 000 habitants (1,2).

Les dermatologues exerçaient majoritairement dans les zones urbaines : 66,1 % étaient dans les villes de plus de 200 000 habitants. Seulement, 0,5 % des dermatologues exerçaient en milieu rural (2).

Carte n°36 : Densités départementales des médecins spécialistes en dermatologie et vénéréologie

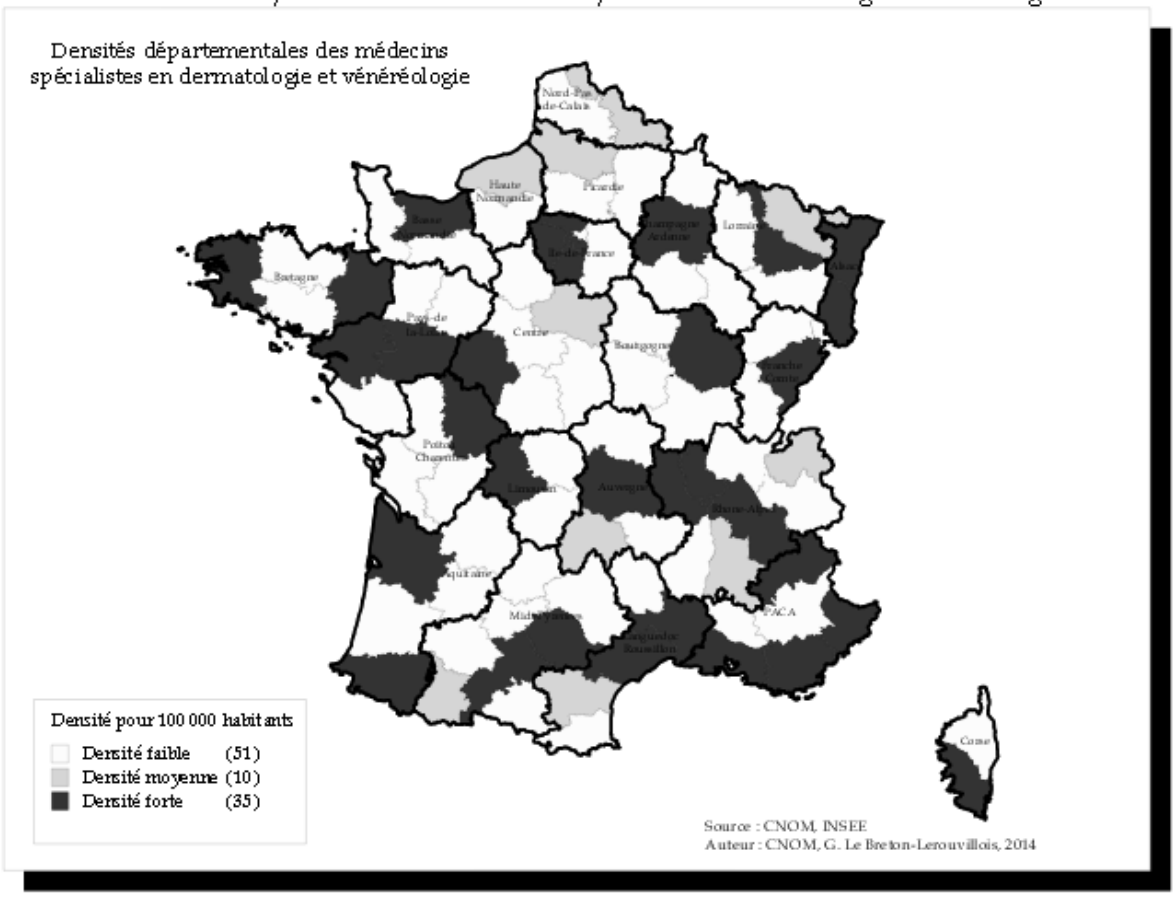

Figure 4. Densités départementales des dermatologues en France métropolitaine selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2014 (Source: CNOM, INSEE)

Selon une étude, la moyenne d'âge des dermatologues était de 52,4 ans. 67 % des dermatologues avaient plus de 50 ans et 25 % avaient plus de 60 ans (3).

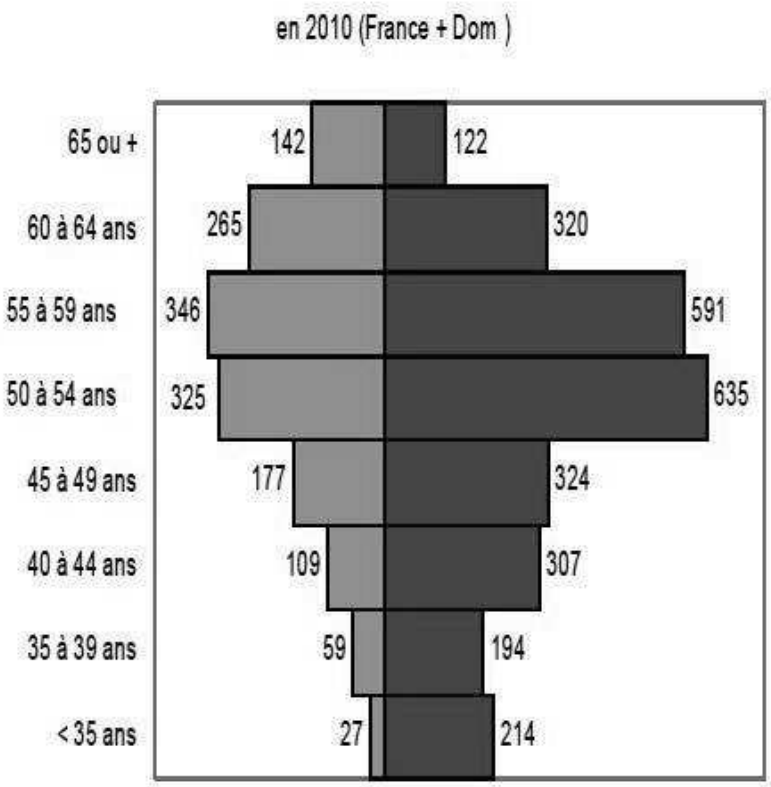

Figure 5. Pyramide des âges et répartition hommes/femmes des dermatologues en 2010 en France (source: DREES)

Suite à la baisse du numerus clausus, le nombre des nouveaux dermatologues ne compensait pas celui de ceux qui partent progressivement en retraite (11). Il est prévu une baisse de 32 % du nombre des dermatologues d'ici 2030 avec une baisse de 25,1 % du nombre de médecins en zone rurale. La proportion de femmes atteindrait 83 % en dermatologie (11).

A ce phénomène démographique, s'ajoutait d'une part la féminisation de la profession médicale et d'autre part une évolution des comportements chez les plus jeunes (12). Tous ces phénomènes tendaient à accentuer la diminution du temps médical disponible par médecin. En effet, comme le montre l'étude de la DREES sur l'emploi du temps des médecins libéraux, la grande majorité des médecins libéraux

travaillant à temps partiel était des femmes. Elles travaillaient moins de jours (-10 %), moins d'heures par semaine (10 en moyenne) et réalisaient moins d'actes par jour (-20 %) que les hommes (12).

L'évolution démographique prévisionnelle des dermatologues semblait défavorable (3).
Selon la DREES, on assistera aussi à une forte féminisation de la profession médicale. Pour les dermatologues, la proportion de femmes atteindra, en 2030, 83 % contre 64 % en 2006. Ceci risquerait de diminuer le temps médical disponible dans cette spécialité (3). Concernant la région Haute-Normandie, les choses ne sont pas plus aisées non plus pour les patients.

3.2. Identification de l'offre en Haute-Normandie

Concernant les professionnels disponibles, d'après la DREES/RPPS, au 1er Janvier 2014, 83 dermatologues exerçaient en Haute-Normandie (pour 2529 médecins généralistes) (2). Soit une densité moyenne de 4,57 dermatologues pour 100 000 habitants avec une moyenne d'âge de 52,4 ans. La région est donc sous dotée en dermatologues par rapport au reste de la France. La densité médicale des dermatologues était inférieure à plus de 20 % par rapport à la densité moyenne nationale (2).

Les dermatologues hauts-normands exerçaient en majorité en libéral (57 soit 68,7 %), puis à l'hôpital (13 soit 15,6 %) ou avaient une activité mixte (soit 15,6 %) (2).

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) les données sont différentes pour 2014 avec 71 dermatologues exerçant en Haute-Normandie (57 en Seine Maritime et 14 dans l'Eure) dont une majorité de femmes (65 %), avec une moyenne d'âge de 52 ans (4).
La situation du département de l'Eure est préoccupante car celui-ci est pourvu d'une faible densité de dermatologues (seulement 14 dermatologues), avec un nombre de dermatologues âgés de plus de 60 ans supérieur à la moyenne nationale. La Seine-Maritime est classée en département à densité moyenne (2).

L'écart de densité entre les 2 départements de l'Haute Normandie est très important puisque la Seine-Maritime dispose d'une densité de 5,2 contre 2,5 dans l'Eure. La région se situe ainsi en 2ème position des régions françaises les moins dotées, après la Picardie (2).

Les dermatologues hauts-normands étaient majoritairement installés en milieu urbain. 78,46 % des dermatologues exerçaient dans les 4 villes de plus de 20 000 habitants. 60 % des dermatologues exerçaient soit au Havre soit à Rouen (4).

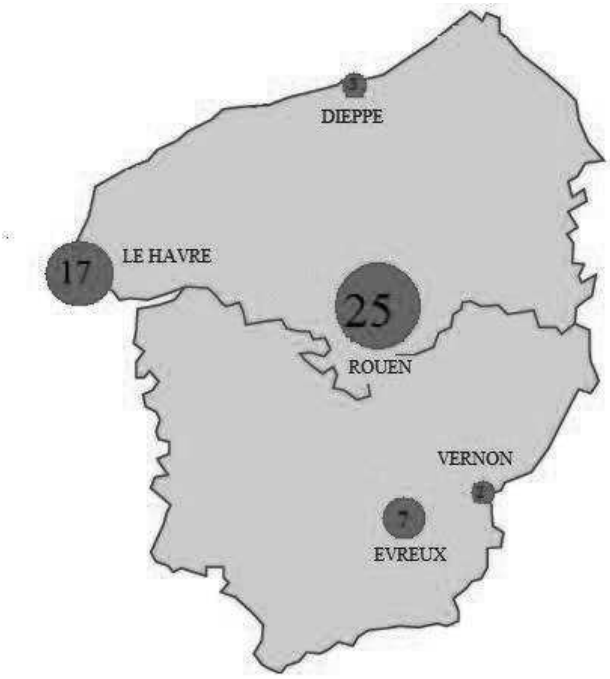

Figure 6.Répartition des dermatologues libéraux en milieu urbain (source: DREES)

D'un point de vue hospitalier, 16 praticiens hospitaliers dermatologues exercent en milieu hospitalier en Haute Normandie : 8 au CHU de Rouen (soit 53,33 %), 5 au centre hospitalier du Havre soit 33,33 % et 3 au CHI Eure-Seine (Evreux et Vernon) (13),(14).

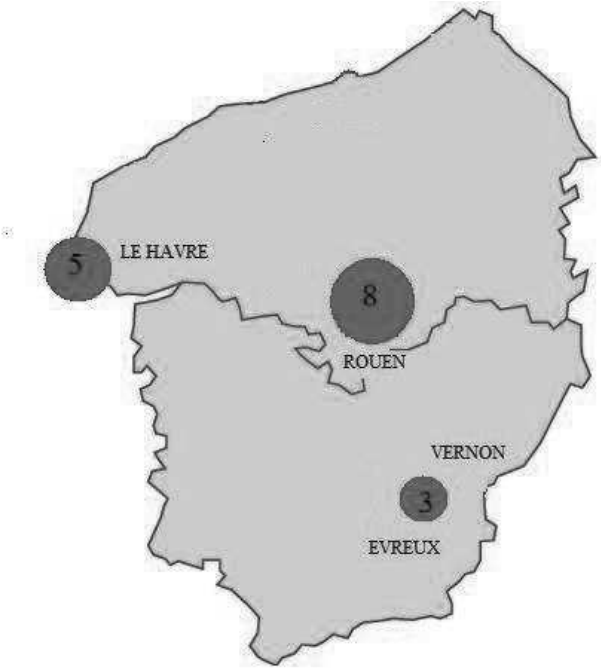

Figure7. Répartition des dermatologues hospitaliers (source: DREES)

	Moins de 10 km	10 à 19 km	20 à 29 km	Plus de 30 km
Bernay	32 %	48 %	19 %	0 %
Bolbec-Lillebonne	1 %	38 %	60 %	0 %
Dieppe	40 %	35 %	24 %	1 %
Elbeuf-Louviers	31 %	33 %	28 %	8 %
Eu	63 %	24 %	11 %	2 %
Evreux	49 %	19 %	25 %	7 %
Fécamp	46 %	42 %	12 %	0 %
Gisors	56 %	34 %	10 %	0 %
Gournay	0 %	3 %	44 %	**53 %**
Gaillon	3 %	71 %	26 %	0 %
Le Havre	95 %	5 %	0 %	0 %
Neufchâtel	0 %	2 %	33 %	**65 %**
Pont-Audemer	0 %	9 %	29 %	**62 %**
Rouen	82 %	14 %	4 %	0 %
Verneuil	23 %	32 %	42 %	3 %
Vernon	58 %	42 %	0 %	0 %
Yvetot	51 %	48 %	2 %	0 %
Total général	**56 %**	**23 %**	**16 %**	**6 %**

Figure8. Accessibilité aux dermatologues libéraux, par territoire de proximité (source: DREES)

Les territoires de proximité de Neufchâtel, Gournay et Pont-Audemer connaissaient de lourdes difficultés d'accessibilité, avec plus de la moitié de leur population à plus de 30 km d'un professionnel (7).

Au niveau de l'offre de soin dermatologique en milieu hospitalier, le service de référence en dermatologie se situe au CHU de Rouen. Dix-huit dermatologues hospitaliers exerçaient dans ce service, dont 10 en tant qu'attachés(15). Le service d'Evreux était composé de 4 médecins (3 dermatologues et 1 allergologue). Le service du Havre comportait 8 lits d'hospitalisation, et fonctionnait avec 5 médecins. Il n'y avait pas de service de dermatologie à l'hôpital de Dieppe, ce sont les dermatologues libéraux de Dieppe qui étaient sollicités pour les avis des patients hospitalisés ou accueillis au service des urgences (7).
Au CHU de Rouen, il existe une consultation « d'urgences dermatologiques ». L'accueil a lieu tous les matins du lundi au vendredi. Les consultations sont assurées en grande partie par les internes du service. L'accès à ces consultations se fait par ordre d'arrivée, sur présentation d'un courrier du médecin traitant demandant un avis en urgence. L'activité de cette consultation a nettement augmenté récemment et représente environ 25 consultations quotidiennes (7).
Et si on ne faisait pas appel à une consultation d'urgence dermatologique, pour ne pas engorger ce service, quels seraient en temps normal, les délais de rendez-vous pour ces patients ?

3.3. Le délai de rendez-vous

L'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) a réalisé une enquête en Octobre 2011 sur l'accès aux soins auprès des Français et des professionnels de santé (16).
L'accès au dermatologue en France était jugé assez, voire très difficile par 46 % des Français interrogés. Ils évaluaient en moyenne à 34,8 jours les délais d'attente chez

le dermatologue. Le délai moyen donné par les dermatologues interrogés était de 25,2 jours (pour des motifs non urgents) (16).

Une étude téléphonique réalisée auprès des 62 dermatologues libéraux de Haute-Normandie, a été réalisée en Avril 2011 (5). Le délai moyen de rendez-vous était de 64 jours si la demande était faite par le patient. Il n'existait pas de différence significative selon le lieu d'exercice du dermatologue. Si la demande était faite par le médecin généraliste, un rendez-vous pouvait être donné dans la semaine dans la majorité des cas (2). Un rendez-vous était donné par la secrétaire pour 16 % des dermatologues dans la journée, pour 19,35 % dans les 3 jours et pour 45,15 % dans la semaine. Dans 19,5 % des cas, les secrétaires transmettaient la communication au dermatologue qui définissait le délai de rendez-vous avec le médecin généraliste selon le motif de l'appel (5).

Les délais de rendez-vous sont donc assez variés. Afin de pouvoir palier à ces enjeux, est-ce que la formation des médecins généralistes peut jouer un rôle ?

3.4. Problématique de la formation médicale en dermatologie pour les internes de médecine générale à l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen

La maquette du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale comprend six semestres composés de stages pratiques associant un enseignement théorique (17) . Aucun stage de dermatologie ne figure dans cette maquette de manière obligatoire.

La formation médicale initiale influence la pratique du médecin généraliste. Les pathologies dermatologiques sont nombreuses, ce qui rend la formation d'autant plus importante. Or, il n'y a pas de formation pratique spécifique en dermatologie pendant les études de médecine générale, sauf pour les cas spécifiques où l'interne réalise une demande préalable d'effectuer un stage ciblé dans un service de dermatologie (17).

4. Solutions aux problèmes d'accessibilité au dermatologue pour la population générale

Des solutions on été explorées dans ce contexte. Qu'il s'agisse d'assurer une couverture sanitaire en territoire isolé ou dans des régions à faible densité médicale, ou d'améliorer la qualité des soins, ces solutions doivent être acceptables sous l'aspect déontologique, éthique et aussi des coûts engendrés pour les patients.
Réduire les distances importantes liées aux déplacements multiples en vue des consultations et/ou soins dermatologiques traditionnels et en conséquence améliorer le confort de vie des patients, représente des facteurs décisionnels dans l'application de nouvelles solutions.
Mais l'investissement prévu dans l'infrastructure technique doit être en adéquation avec le service médical rendu. Dans ce sens, il doit permettre de façon concomitante une diminution des coûts actuels liés au transport des patients. Une mise à jour de l'offre existante s'impose. Faciles à utiliser et accessibles à la plupart des consommateurs de produits de santé, les solutions e-santé pourraient constituer une ressource importante.

4.1. Les forums et les blogs

Le succès des sites web, mais aussi des forums, des blogs et autres « espaces virtuels », porteurs d'information médicale, ouvrent la voie à une autre dimension d'accès à la santé. Faciles à utiliser depuis l'ordinateur personnel, ces sites font la preuve d'autant de progrès que de risques. Les progrès tiennent notamment à la facilité d'accès à des bases d'informations multiples, permettant la démocratisation du partage des connaissances. Les risques tiennent à la propagation des fausses nouvelles voir parfois des rumeurs dans les espaces média. En effet, l'irruption du web 2.0 a enrichi l'information de santé d'une ligne participative. Grâce aux boutons de partage (avec le plus connu le symbole du « pouce en air »), l'invitation à la lecture et aussi à la participation se fait rapidement. Les groupes de discussion et les forums sont devenus, pour les professionnels de santé et leurs patients, un moyen privilégié d'adresser des questions, de confronter les points de vue, de s'interroger mutuellement et de palier à l'isolement géographique. Pour un grand nombre

d'association de malades aux ressources modestes, ce modèle est devenu un espace de communication idéal. Concernant la communication interprofessionnelle, l'apparition des forums dont l'inscription est réservée aux médecins témoigne du besoin de communication entre confrères. Le CNOM recommande que lorsque le médecin s'inscrit à ce type de service, il devrait avant tout se poser la question du modèle économique qui le sous-tend et veiller à ce que les règles d'utilisation et la finalité de la plate-forme, ainsi que les divers partenariats commerciaux soient clairement précisés (18). En complément, le CNOM recommande à l'internaute dans son Livre Blanc de décembre 2011, de faire preuve d'esprit critique sur toutes les publications en ligne (18). Il demande également aux pouvoirs publics et particulièrement à la HAS de faire évoluer le concept de « certification » de l'information médicale disponible sur les forums et publie dans ce sens huit lignes d'encadrement du processus. Le septième point de la liste fait appel au respect strict de la confidentialité : le médecin ne doit pas collecter des données personnelles. Pour apporter un plus de confiance à l'information partagée, les recommandations mettent en évidence la nécessité d'accès au profil du médecin, et cela même sous pseudonyme (formule d'anonymat utilisé souvent dans ce genre d'espace web). L'utilisation du pseudonyme, prohibé par le Code de déontologie médicale dans le sens de la pratique médicale commune, est pourtant permis « pour des activités se rattachant à la profession », mais doit faire l'objet d'une déclaration auprès de l'Ordre (18). Un registre national est en cours de développement, qui pourra permettre de publier la qualité des médecins sous l'usage d'un pseudonyme, sans lever l'anonymat mais en certifiant d'un « pseudonyme enregistré ».

4.2. La santé connectée en dermatologie

Les applications et les objets connectés de santé peuvent constituer des outils complémentaires utiles à la prise en charge des patients. Depuis la création du terme e-santé lors du 7ème congrès international de télémédecine, fin 1999, apparu dans la présentation d'une étude australienne, l'usage des mots e-santé, télésanté et télémédecine continue à prêter à confusion (19). L'OMS préconisait que l'on distingue les différents termes en réservant l'appellation télémédecine « aux seules actions cliniques et curatives de la médecine en utilisant les systèmes de

télécommunication ». Six ans après l'apparition du terme e-santé, celui de m-santé ou « santé mobile » est apparu en 2005 sous la signature d'un universitaire londonien pour définir l'utilisation des communications mobiles émergentes en santé publique (19). Phénomène mondial, la santé mobile n'a pas tardé à être définie par l'OMS comme recouvrant « les pratiques médicales et de santé publique reposant sur des dispositifs mobiles ». En 15 ans de temps, l'évolution galopante en matière de santé connectée s'est traduite par la naissance et multiplication des start-up, que ce soit « applis », objets ou dispositifs de santé. L'intérêt général est déjà important, puisque La France compte actuellement 7 millions d'internautes qui s'informent sur la santé via leur mobile ou tablette (19). Du coté des professionnels de santé, la dynamique du phénomène est similaire, puisque trois quarts des médecins possèdent un Smartphone et que 9 médecins sur 10 l'utilisent à des fins professionnelles ou mixtes d'après le baromètre Vidal-CNOM (20). Selon cette enquête, plus d'un médecin sur deux utilisant un Smartphone l'a doté d'applications médicales, 61% se disant prêts à payer pour une telle application et 24% avouant que celles-ci sont devenues tout à fait « incontournables ». Cette rafale informatique s'est naturellement traduite par des applications visant aussi l'univers de la dermatologie. Afin de prouver la fiabilité et surtout la non dangerosité de ces applications, une équipe du département de dermatologie de l'université de Pittsburg a testé, en 2013, quatre applications proposant un dépistage de lésions cutanées en utilisant la fonctionnalité de photographie des Smartphones (19). Dans ses conclusions, 3 applications qui se basent sur une analyse automatique de l'image ne serait pas fiables dans 30% des cas. Elles classent comme « non inquiétant » des images de mélanomes qui leur sont soumises. En réponse à ces résultats, elles sont présentées par leurs éditeurs comme ayant un rôle purement éducatif. Les chercheurs tirent un signal d'alarme sur l'absence d'évaluation de tels dispositifs en dermatologie mais non seulement, en regardant les résultats des autres études en lien avec la plupart des applications émergentes dans la santé mobile. Le site américain spécialisé iMedicalApps a récemment mis en garde sur la manière dont certains développeurs essaient de s'exonérer de toute exigence réglementaire, en avouant que le but de leurs créations était celui de divertissements, et cela, souvent inscrit dans la brochure en petits caractères (19). En plus de la vulnérabilité des résultats émis par ces applis, s'ajoutent les enjeux de confidentialité des informations recueillis par ces applications. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans

son Livre Blanc de janvier 2015 incite à la définition par les pouvoirs publics de règles plus précises de bon usage des telles applications (19). Un point particulier évoqué, celui de la vigilance de la part des médecins est souligné, car le professionnel de santé doit faire preuve de responsabilité en recommandant une solution numérique à ses patients, surtout lorsque cette solution n'a pas fait la preuve d'une validation scientifique.

4.3. La place du courrier électronique et du téléphone

L'activité médicale téléphonique est peut-être un des modèles les plus expérimentés dans la médecine du XXème siècle. Il fait partie du quotidien du médecin dans le suivi des patients et participe à la création de la confiance dans la relation médecin-malade. Le conseil téléphonique a déjà fait l'objet de recommandations du CNOM en 2004 (18). Avec le développement de la messagerie électronique, les échanges se sont indéniablement multipliés. Pour le CNOM, ce type de suivi à distance grâce au téléphone et au courriel qui est encouragé à s'intensifier, ne peut pas se substituer à la consultation, mais il peut le compléter, surtout dans le suivi des malades chroniques (18). L'utilisation du courriel n'étant pas dénuée de risques, le CNOM propose que le médecin et le patient discutent tout d'abord de l'usage approprié des courriels et conviennent des contenus à transmettre par ce moyen. Cette correspondance faisant partie du dossier médical du patient, un espace sécurisé devrait être utilisé et employé lors du déploiement national du DMP (18). Le CNOM encourage l'utilisation des messageries cryptées, sécurisées, agrées par l'ASIP santé. Du coté opposé, la réponse par téléphone ou par courriel à un patient inconnu ou non identifié, du fait des risques auxquels s'expose le médecin, devrait se limiter à une simple information de caractère général, suivie éventuellement d'une incitation à une consultation médicale traditionnelle. Dans la prise en charge des pathologies dermatologiques, ces moyens de communication, accessibles au niveau global, demeurent très utilisés dans le quotidien des médecins généralistes, faute d'autre solution plus adéquate.

4.4. Le téléconseil

Les offres de conseils médicaux, personnalisés, délivrés par téléphone ou via internet, sont en plein essor et prennent des orientations, notamment commerciales,

qui suscitent des polémiques d'ordre déontologique (18). Ces conseils représentent des prestations médicales, mais ne sont que des avis. Ils ne représentent pas des consultations médicales mais engagent par contre la responsabilité du médecin qui les donne. Les premiers services privés de téléconseil sont nés avec l'apparition du minitel en 1980. De l'autre coté, il existe l'exemple des centres 15, ayant pour objectif l'aide médicale urgente 24h sur 24, concernant environ 23 millions d'appels par an en 2011, dont 80% seraient constitués de demandes d'avis médical ou de conseils à caractère sanitaire (18). Il se rajoute à ce panorama les plates-formes téléphoniques ou internet ouvertes au service public, telles que Cancer Info ou Tabac info Service. Concernant l'interrogation éthique et déontologique devant l'émergence du téléconseil sur le secteur marchand, la publication du décret Télémedecine en 2010 précise rigoureusement le cadre de l'exercice du téléconseil, qui n'est pas de la télémedecine. La recrudescence de l'offre commerciale repose, pour une large part, sur la confusion qu'il est possible d'entretenir auprès du grand public, entre la télémédecine (définie par la loi) et des activités qui prétendent l'être, mais qui ne font pas partie des champs réglementaires. Bénéficiant d'une tarification à l'unité, au forfait ou à la durée, ces applications ont la plupart fait appel à des partenariats avec des sites tiers qui ont obtenu l'agrément du ministre en charge de la Santé, en conformité avec le Code de la santé publique. En exemple, l'application Epiderm, lancée en novembre 2015 et téléchargeable depuis le site internet, propose d'aider à réduire le délai d'attente pour les consultations de dermatologie et ouvre la voie à un téléconseil dermatologique avec réponse aux questions sous 48 heures (21). Avec l'aide d'un Smartphone ou une tablette équipée d'une caméra, 2 photos sont prises pour chaque lésion et un dossier médical est crée, toute les données étant, selon le site, archivées chez un hébergeur agréé. Le site propose même un blog écrit par les dermatologues référents du site, sous forme classique non participative. Le but de ce service de téléconseil est bien identifié sur la page d'accueil, se présentant comme une aide pour répondre à certaines questions, mais ne remplaçant pas les consultations dermatologiques, sous forme classique ou dans leur variante de santé mobile, la télédermatologie.

4.5. Pourquoi la télédermatologie ?

Lorsqu'il est exercé par un médecin, le téléconseil recouvre une pratique médicale assimilable à la mise à disposition d'un savoir-faire et d'une information

personnalisée. Il s'agit d'une prestation engageant la responsabilité du médecin. Mais le téléconseil ne doit pas être confondu avec la télémédecine. Phénomène mondial, la télémédecine a été définie en 2009 par l'Organisation Mondiale de la Santé comme recouvrant « les pratiques mondiales de santé publique reposant sur des dispositifs mobiles » (19). Sur le plan des usages, le périmètre s'étend des fonctions basiques du téléphone tels que les SMS ou les textos, jusqu'aux fonctionnalités les plus sophistiquées appuyées sur les techniques les plus modernes telle que les communications via Smartphone ou Tablettes. Le dernier rapport de l'OMS de mars 2014, réalisé dans 114 pays, montre que la télémédecine, vue sous l'angle de la communication entre professionnels de santé fait partie, avec les centres d'appel d'urgence, des 4 types de programmes les plus fréquemment mis en œuvre dans la plupart des Etats interrogés (22). Au niveau européen, la Commission européenne, après la publication de son Livre vert qui stipule les exigences à appliquer à la santé mobile en matière de sécurité, se donne jusqu'à 2020 pour élaborer un cadre juridique de la télémédecine qui soit partagé par tous les Etats membres. La dermatologie est la spécialité la plus déployée en télémédecine, du fait de l'importance de l'examen visuel mais aussi d'un contexte favorable. La dermatologie, confrontée à des difficultés importantes de permanence mais aussi à une forte demande de consultations, expose à un risque non négligeable de perte de chances pour les patients en cas de délai diagnostique important dans certaines pathologies telles que les mélanomes. L'activité de santé connectée dédiée à la dermatologie, toute activité confondue, en dehors de la télédermatologie, propose au total 229 applications de m-santé (23). Cette partie de l'activité des dermatologues, très chronophage du fait d'une demande importante, peu ou pas rémunérée et à risque sur le plan de la responsabilité médicale devant des exigences de plus en plus particulières, confirme l'importance de la télédermatologie. Les médecins généralistes, partenaires des dermatologues dans de la prise en charge de la population générale, sont aussi motivés de leur coté par ce type de santé mobile, pour les motifs déjà exposés. Mais l'implémentation d'un tel processus, sans cotation des actes CCAM définis officiellement et portant souvent à des confusions sur le plan légal, peut être réalisée à ce jour sous titre expérimental par contrat particulier entre les Agences Régionales de Santé et les praticiens libéraux ou par programme national. Toute cette situation a généré des réflexions sur l'importance d'une expérimentation de la télédermatologie en médecine générale

dans la région de Haute-Normandie. Exercer la télémédecine n'est à ce jour possible sans connaitre le cadre d'implémentation d'un tel projet.

5. Cadre de la télémédecine

5.1. L'évolution de la télémédecine en France

La progression des maladies chroniques et de la demande de soins, mais aussi les demandes d'avis spécialisés, leur impact sur les dépenses de santé et l'évolution de la démographie des professions de santé rendent nécessaire la mise en place de nouveaux modes de prise en charge, favorisant les liens nécessaires entre les patients, les professionnels médicaux et paramédicaux (24).
Ces réorganisations doivent répondre aux principaux enjeux, qui sont :

- d'assurer la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile
- de prévenir les complications, d'éviter les hospitalisations, les recours aux soins inappropriés
- d'éduquer les patients afin qu'ils soient acteurs de leur propre surveillance
- d'optimiser le temps médical en favorisant la coopération entre professionnels de santé et le développement d'une prise en charge globale

La télémédecine renvoie tout d'abord à l'acte médical à distance tel qu'il a été défini dans l'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance-maladie : « la télémédecine permet entre autre, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical » (24).

Ensuite, en 2009, suite aux recommandations de la Commission Européenne, une clarification juridique a été apportée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui donne dans son article 78 une définition de la télémédecine. Ces modifications ont été regroupées dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) (24).

5.2. La loi HPST

Par la loi HPST du 21 juillet 2009, l'article L6316-1 la télémédecine est ajoutée au code de la santé publique et abroge l'article 32 du code de la Sécurité sociale de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (24).

Selon ce décret, la télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. (24).

5.3. Le pacte territoire santé

Le pacte territoire santé, annoncé par la ministre de la santé et des affaires sociales, Marisol TOURAINE, le 13 décembre 2012, avait pour objectif principal de garantir l'accès aux soins de tous les Français sur l'ensemble du territoire national. Pour palier à la désertification médicale, notamment rurale, le projet se proposait d'agir sur la formation des médecins en mettant en place des mesures d'incitation pour leur installation dans ces zones difficiles et en développant les infrastructures de soins. Dans ce sens, trois axes ont été proposés :

- Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins. A ce niveau, le pacte proposait la réalisation d'un stage en médecine générale pour tous les étudiants en médecine, l'augmentation du nombre des praticiens territoriaux en médecine générale et la création d'un « référent-installation » unique pour chaque région.
- Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé. Sur ce sujet, le pacte se proposait de développer le travail en équipe, d'accélérer le transfert des compétences et pour cela, développer surtout la télémédecine.
- Investir dans les territoires isolés. Pour y aboutir, le projet visait à garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes (avec date limite pour

atteindre cette performance fixé pour 2015…), adapter les hôpitaux de proximité et conforter les centres de santé.

Pour atteindre ces objectifs, des comités de pilotage ont été créés, regroupant les représentants des ARS régionaux, les représentants des unions professionnelles ainsi que les élus locaux et les représentants des territoires, dans le but d'accompagner les projets locaux, chacun avec ses spécificités méthodologiques. Prenant l'exemple des projets de télédermatologie, on peut observer une grande variété de formes, structures et de financement, dans l'absence d'une ligne directive, étant donné qu'il s'agit d'une innovation à plusieurs niveaux.

Pour mieux comprendre la variété de ces projets, il faut tout d'abord préciser les différents types d'actes (sujets encore à confusion au vu de leur diversité).

5.4. Définition des actes de télémédecine

Le décret d'application n°2010-1229 du 19 octobre 2010, en application de la loi HPST précise les conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine et défini les actes qui relèvent de la télémédecine (25):

5.4.1. La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation (25). Il s'agit d'un acte médical réalisé en « temps réel ».

5.4.2. La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient (25). Il s'agit d'un acte médical réalisé en « temps différé ».

5.4.3. La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être

automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé (25). Il s'agit d'un acte médical qui peut être réalisé en « temps différé » mais aussi en « temps réel », selon l'indication médicale.

5.4.4. La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte (25). Il s'agit d'un acte médical réalisé en « temps réel ».

5.4.5. La réponse médicale urgente qui est apportée dans le cadre de la **régulation médicale** mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 (25). Il s'agit d'un acte médical réalisé éminemment en « temps réel ».

6. Enjeux médico-légaux

Les enjeux médico-légaux d'un tel processus débutent avec l'information donnée aux patients au sujet de la télédermatologie. Leur accord écrit est impératif. Ensuite, un dossier médical est créé, avec des particularités en rapport avec la dermatologie. La sécurité des données tout comme le secret médical doivent être strictement respectés. Les obligations de chacune des parties impliquées différent et seront décrites ci-dessous. De même, la responsabilité engagée par ce processus, mérite une compréhension de ses particularités.

6.1. Information et consentement du patient à l'acte de télémédecine

La télémédecine, comme tout acte médical, doit respecter les principes de droit commun de l'exercice médical et du droit des patients, des règles de compétences et de coopérations entre professionnels de santé et des échanges informatisés de données de santé (26). Les actes dont elle relève sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne (26). Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication (26).
La télémédecine peut s'exercer en mode synchrone « temps réel » ou en mode asynchrone « différé » (de l'ordre de quelques minutes à plusieurs jours), ce dernier

ne requiert pas systématiquement la présence du patient lors du processus (26). Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant :

- l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte
- l'identification du patient
- l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte
- lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.

6.2. Le dossier médical : accès aux données et mises à jour en temps réel

L'intégralité des détails concernant le dossier du patient, le compte-rendu de la réalisation des actes, les actes avec les horaires précis de réalisation, les prescriptions médicamenteuses associées, l'identité des professionnels de santé participant aux actes, ainsi que les incidents techniques éventuellement survenus, doivent apparaitre dans un dossier médical informatisé (27). Chacun, qu'il soit médecin requérant, requis ou auxiliaire médical, est chargé, pour sa part, de tracer dans le dossier les informations pertinentes concernant son intervention auprès du patient (26).

Le médecin requérant, qui sollicite l'intervention d'un confrère, maîtrise l'ensemble de l'information disponible et sélectionne celles qu'il fournit aux différents intervenants pour procéder à la réalisation de l'acte médical demandé.

Le médecin requis, qui répond à la sollicitation de son confrère requérant, doit avoir quant à lui une parfaite connaissance des éléments du dossier médical qu'il juge nécessaires, pour pouvoir donner un avis approprié. En cas de doute sur l'intégralité des informations transmises, le praticien concerné doit solliciter des compléments d'information ou s'abstenir de poser un avis ou un diagnostic.

6.3. La sécurité des données

L'échange des données médicales personnelles a fait l'objet du décret « confidentialité » émis par la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) en mai 2007. Ce décret impose l'authentification des professionnels à l'aide de la

Carte professionnelle de santé (CPS). Depuis le 15 mai 2010, les plates-formes régionales de télésanté doivent fournir des services de messagerie sécurisée, à l'aide d'un système de cryptage, ainsi qu'un hébergeur de données agréé (validé par le CNIL), pour la conservation des informations médicales. La plupart des dispositifs existants à ce jour sont payants et parfois indisponibles en télémédecine « mobile » (sur Smartphone ou Tablette). Depuis 2012, l'ASIP-Santé, sur la base d'un travail conjoint entre médecins et professionnels paramédicaux, avait mis au point un système gratuit de messageries sécurisées de santé afin de permettre aux acteurs impliqués d'échanger entre eux des données de santé à caractère personnel.

6.4. Le secret médical

Concernant le secret professionnel, celui-ci couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris (28). En toutes circonstances, le secret médical doit être respecté par les professionnels ayant accès au dossier du patient, tant en ce qui concerne l'obtention des données personnelles de santé, que la circulation et les échanges de ces données médicales (26,29).

6.5. Responsabilité en cas d'erreur de diagnostic

La télémédecine représente l'évolution croissante de l'exercice collectif de la médecine sous la forme d'un staff pluridisciplinaire. A ce sujet, les textes de lois précisent que « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade »(30).

Il appartient donc au médecin requis de tenir compte des limites inhérentes à la pratique de la téléexpertise telles que la sélection ou l'altération de l'information transmise par le médecin requérant et, en cas de doute, de solliciter une expertise complémentaire. C'est naturellement le médecin requis qui est responsable du diagnostic qu'il pose au regard des informations fournies par son confrère. Le médecin requérant, est responsable pour sa part des informations recueillies et télétransmises, de l'information délivrée au patient et de la décision finale sur le choix thérapeutique (26).

Quant à l'identification des responsabilités, elle tiendra compte de l'asymétrie éventuelle des connaissances dans laquelle les médecins requis peuvent se trouver par rapport au médecin requérant. Si tous les moyens liés au transfert de l'information médicale ne sont pas correctement donnés ou utilisés, le médecin requérant comme le médecin requis pourra être déclaré, en cas de dommage, seul ou solidairement responsable d'une négligence fautive. Si l'erreur de diagnostic est constitutive d'une faute commune, le juge prononcera une responsabilité solidaire du médecin ou de l'établissement requérant et du médecin ou de l'établissement requis (26).

Le patient qui, suite à une téléexpertise ou à une téléconsultation, subit un dommage en lien direct avec une erreur d'expertise du médecin requis pourra engager sa responsabilité délictuelle. En ce cas, il devra rapporter la preuve que le médecin requis a donné au médecin requérant une information médicale erronée qui lui a causé de manière directe et certaine un préjudice avéré (26).

6.6. Obligations des utilisateurs de la télémédecine

Le médecin doit connaitre l'usage, le maniement et les limites des technologies qu'il utilise. Il doit pouvoir faire appel, si besoin, à des tiers compétents dans l'utilisation des technologies les mieux adaptées à une situation problématique.
Le médecin est tenu de s'assurer de la compétence des tiers technologiques ainsi que du respect du secret professionnel auquel ils sont personnellement soumis. En cas de dommage causé à un patient et lié au dysfonctionnement du matériel de télémédecine, les médecins requérants, les médecins requis ou les établissements de santé pourront voir leur responsabilité engagée, même en l'absence d'une faute médicale. Il convient de souligner qu'ils ont la possibilité de former une action récursoire à l'encontre du tiers technologique concerné pour manquement aux obligations prévues au sein du contrat qui les lie (26).

Concernant les tiers technologiques, le fonctionnement des technologies de l'information et de la communication, les médecins doivent fournir un matériel dont la fiabilité et la sécurité sont conformes aux règles prévues par le code de la santé publique en matière de dispositifs médicaux (art. L. 5211-1 et suivants / R. 5211-12 et suivants du CSP) (31). Les tiers technologiques sont responsables de la

maintenance de ces outils technologiques d'information et de communication mais également de l'information des professionnels et établissements de santé dans le cadre de leur obligation de conseil renforcé (art. R. 6316-9 du CSP) (32). Tant les médecins libéraux et les établissements de santé en qualité de cocontractants, que les victimes d'une défaillance du système peuvent agir contre ces tiers technologiques (26).

6.7. Obligation d'assurance des professionnels de santé

Les professionnels de santé qui participent à un acte de télémédecine doivent être en situation d'exercice légal de leur profession et couverts par une assurance en responsabilité civile professionnelle. Il est conseillé d'informer l'assureur qui pourra, le cas échéant, rédiger un avenant au contrat d'assurance précisant la pratique de la télémédecine (26).

Certaines régions ont déjà commencé l'expérimentation des différentes formes de télédermatologie.

7. Objectifs de la télédermatologie

Le projet de télémédecine relève des innovations organisationnelles menées pour lutter contre les déserts médicaux. Plusieurs situations vécues régulièrement par les acteurs des soins de proximité pourraient en bénéficier. On va ensuite détailler quelques unes de ces situations.

7.1.1. Situation aiguë nécessitant un avis d'expert

Certaines situations aiguës pourraient bénéficier via la télé expertise d'un avis permettant d'éviter le déplacement du patient. Des pathologies dermatologiques aiguës, comme les lésions pigmentées d'apparition récente, ou des lésions tumorales, peuvent en relever.

7.1.2. Situation complexe nécessitant une coordination des intervenants

En dehors de la situation aiguë, certaines conditions médicales nécessitent du temps de coordination des intervenants médicaux, auxiliaires médicaux et sociaux. Ces

situations ne peuvent pas toujours se réaliser dans un endroit simple d'accès pour tous les professionnels impliqués. Une téléconférence peut faciliter ce temps de coordination. Plusieurs exemples relèvent de ce cas : coordination des acteurs de soins de proximité dans le cadre d'un protocole expérimental de suivi des cas complexes en équipe de premier recours (ESPREC) (médecin traitant, pharmacien, IDE), coordination médicosociale (les mêmes qu'avant et en plus des assistantes sociales), voire un groupe encore plus spécifique d'intervenants. Des pathologies antérieures, lourdes, rendent le déplacement des patients très compliqué, s'il s'agit de consulter pour une pathologie dermatologique nouvelle. D'autres antécédents de nature psychologique ou psychiatrique rendent la prise en charge dermatologique urgente compliquée sur le plan relationnel. Une alternative plus aisée pour les patients pourrait être la médiation par leur médecin traitant, avec lequel une relation de confiance et de longue durée est probablement déjà installée.

7.1.3. Situation d'éloignement

Les milieux ruraux peuvent se trouver dans des situations délicates lors de la cessation d'activité ou d'une indisponibilité à moyen terme de leur médecin généraliste. Certaines de ces territoires se situent à plus de 30 minutes de trajet d'un autre cabinet de médecine générale. Une coordination avec les structures de santé d'un village proche peut permettre une économie de déplacement du médecin pour les problèmes dermatologiques et un transfert de compétence vers les autres professionnels (IDE et pharmacien par exemple) peut être envisagé.

7.1.4. Avis d'expert pour des dossiers compliqués

Il existe des situations plus complexes relevant d'un avis d'expert dermatologique, sans pour autant nécessiter une consultation classique. Ce point peut correspondre à l'envoi d'un dossier complet avec une demande d'avis sur un point précis, qui se rajoutera à d'autres examens complémentaires dans le cadre d'un bilan exhaustif. C'est souvent le cas des pathologies malignes.

7.1.5. Situations nécessitant une surveillance des patients

Certaines situations de patients fragiles pourraient bénéficier d'une surveillance dermatologique par l'équipe paramédicale de proximité. Souvent, il s'agit des pathologies chroniques, avec une mobilisation des patients devenant difficile. Ces modalités permettraient d'épargner les déplacements répétés, améliorer la qualité de vie des patients mais aussi gagner du temps pour les professionnels de santé concernés. La solution optimale serait celle en mobilité, à type de téléexpertise dermatologique réalisé au domicile des patients.

8. Exemples des projets de télédermatologie

8.1. Réseaux et outils

La multiplicité des « réseaux » existante entre les différents praticiens est mise en évidence par une enquête transversale récente dans trois régions de France (Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes et Basse-Normandie) (23). La prédominance du secteur hospitalier peut s'expliquer par la nécessité d'un avis hyperspécialisé. Il peut s'agir, pour des raisons déjà évoquées, d'une meilleure disponibilité du médecin hospitalier vis-à-vis des délais de consultation, ou encore de la nécessité d'hospitalisation des avis « urgents ». Les actes relevaient surtout de la téléexpertise. Sa facilité relative de mise en place et son faible coût en faisait l'outil le plus utilisé en télédermatologie. La téléconsultation, également très répandue, était plus onéreuse, mais présentait l'avantage unique de consulter en temps réel en mettant en rapport deux professionnels de santé. Les questions les plus fréquemment rencontrées concernaient la pédiatrie, la cancérologie et les plaies, pathologies particulièrement adaptées à la téléexpertise d'après les études de faisabilité. En terme de temps médical dédié, 80% des avis ont nécessité moins de 10 minute (23). Pour les avis de plus de 15 minutes, les avis concernaient surtout la cancérologie, où la prise en charge peut s'avérer plus sensible et nécessite une approche plus délicate. L'utilité médicale des avis, nécessaire pour le médecin requérant sur le diagnostic, s'est révélée efficace aussi sur le plan thérapeutique, où certaines errances ont pu être évitées. Le dernier point dans l'analyse transversale soulève la problématique de

valorisation des actes. Devant les réductions des coûts engendrées par les consultations évitées, la responsabilité engagée par le praticien sollicité, la valorisation de ces actes paraissait légitime. Mais le financement des projets de télémédecine repose sur les fonds qui ne permettaient pas un mode de rémunération pérenne. Il s'agissait du fond de la Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et des Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (23). Les conventions et les contrats encadrant ces financements étaient spécifiques et n'incitaient pas à une standardisation des modèles de rémunération. Par ailleurs, le montant alloué aux Agences Régionales de Santé dépendait surtout de la densité de la population et pas du nombre des projets régionaux. Malgré la précision dans la loi HPST concernant la nécessité d'inscrire ces actes dans la nomenclature CCAM, aucune réponse n'était pour le moment donnée (23).

8.2. Plaies chroniques (téléexpertise/téléconsultation) en Franche-Comté (Besançon)

Le service de dermatologie du CHRU de Besançon en lien avec le service de diabétologie ont mis en place, depuis 2009, un service de téléexpertise/ téléconsultations entre le CTAPC (centre de traitement ambulatoire des plaies chroniques) situé dans le service de dermatologie et le réseau de ville (hôpitaux locaux, EHPAD, MSP, cabinets libéraux, domicile du patient).

L'expérimentation visait l'amélioration du suivi des patients tout en limitant le nombre de déplacements en consultation au centre CTAPC, réduire les coûts liés à la prise en charge et la définition d'une filière de soins périphérique. Elle fut l'objet d'un partenariat public-privé entre l'Université de Franche Comté, la société COVALIA, le groupement de coopération sanitaire EMOIST-fc et le laboratoire BROTHIER (33) .

Une équipe médiale a été consacrée exclusivement à la prise en charge des plaies chroniques avec la création du CTAPC, dans le but de diminuer le nombre d'hospitalisations et de limiter les frais annexes (33).

Le site demandeur pouvait être soit un établissement de santé ou d'hébergement pour personnes âgées, une maison de santé pluridisciplinaire ou un cabinet libéral,

soit au domicile du patient, auquel cas la demande émanait d'un médecin lors d'une visite ou de l'infirmière libérale (33).

En l'absence d'un mode de financement valorisant ces nouvelles pratiques, les acteurs de cette expérimentation se sont impliqués bénévolement.

Tout suivi télédermatologique commençait par une primo-consultation au centre des plaies du CHRU de Besançon. Une fois le dossier médical initial créé et le traitement proposé, l'évolution était suivie en téléexpertise déclenchée par le médecin généraliste ou l'infirmière libérale et le CTAPC de Besançon à l'aide d'un équipement mobile de télémédecine regroupé dans une valise dédiée et regroupant une tablette PC médicale, un lecteur de carte CPS et Vitale et d'une caméra (33).

Dans ce cas, l'expert du centre des plaies rédigeait un compte rendu de suivi, lequel peut être synchronisé avec le dossier médical personnel (DMP) de chaque patient (33).

Dans le cas d'une évolution défavorable, une téléconsultation était organisée dans le centre désigné le plus proche du patient (la maison médicale par exemple) pour un examen approfondi (33).

Le GCS de Franche Comté, hébergeur de données de santé, agréé ASIP santé, assure la mise à disposition du système d'information de télémédecine.

Une étape ultérieure du projet visait à développer de nouveaux liens avec la médecine de ville. L'évaluation par l'Agence Régionale de Santé de Franche-Comté était en cours lors de la publication de l'article (33).

8.3. Plaies chroniques Languedoc-Roussillon et Basse Normandie

Il s'agissait d'un projet commun des deux régions, retenu après l'appel à projet par l'ASIP-Santé en 2010, nommé DOMOPLAIES, et coordonné depuis octobre 2012 par les deux réseaux de télédermatologie dédiés à l'assistance et à la prise en charge des plaies chroniques dans les territoires respectifs: le CICAT-LR (en Languedoc-Roussillon) et le TELAP (en Basse Normandie) (34). L'objectif principal de l'expérimentation était de démontrer que la télémédecine permet une bonne prise en charge des plaies complexes sur le lieu de vie des patients leur évitant les déplacements et les hospitalisations injustifiés. Ce projet permettait la téléconsultation, la téléassistance et la téléexpertise pour la prise en charge et le

suivi des plaies chroniques ou en retard de cicatrisation. Pour assurer une gouvernance interrégionale cohérente, le projet s'articulait autour d'un comité de pilotage interrégional, respectueux des orientations définies par les ARS de chaque région. Le projet pilote s'est déroulé entre octobre 2012 et octobre 2015 (34). Les sources de financement nécessaires à l'investissement de l'activité DOMOPLAIES étaient représentés par le Fond Européen de Développement Régional (FEDER), et au niveau régional d'un appui par les ARS Basse-Normandie et Languedoc-Roussillon(34).

En Languedoc-Roussillon, il est également cofinancé par la Société Française de Plaies et Cicatrisation (SFFPC) et par le laboratoire Coloplast (34).

L'exercice de la télémédecine dans le cadre de DOMOPLAIES, construit sur le principe de conventionnement entre les ARS régionaux et les réseaux d'assistance des plaies (CICAT-LR pour le Languedoc-Roussillon et respectivement le TELAP pour la Basse-Normandie) mais aussi entre ces réseaux et les établissements et les professionnels de santé partenaires. Les autres conventions visant le support informatique du projet ont été signées avec les GCS régionaux, ainsi que les contrats de service des autres logiciels utilisés.

L'activité de télémédecine DOMOPLAIES s'était appliquée à des patients atteints de plaies chroniques dont l'état de santé nécessitait une consultation, une demande d'expertise ou une assistance médicale à distance. Les conditions de mise on œuvre de l'activité étaient en accord avec le décret du 19 octobre 2010 (34).

Dans le projet CICAT-LR, le plan de soins était établi en collaboration avec le médecin traitant (examens complémentaires, avis spécialisés, prise en charge chirurgicale..), en lien avec les différents spécialistes (chirurgiens, gériatres, endocrinologues…), ou avec le centre hospitalier le plus proche du domicile du patient (34).

Concernant le matériel utilisé dans l'étude, les deux régions bénéficiaient de 65 tablettes équipés d'un lecteur de carte CPS et VITALE intégré et de trois stations fixes avec matériel audio de vidéo. La moitié des actes de télémédecine était réalisée au domicile du patient et l'autre moitié dans les structures de santé (EHPAD, HAD, Clinique, CH, etc). 80% des connexions étaient de type 3G, le reste étant réalisé en Wifi en structure ou chez le patient lorsque cela était possible.

La demande d'inscription se faisait via internet, directement sur le site du projet. Concernant les premiers résultats dans le réseau CICAT-LR, entre 2005 à 2012, 6590 patients ont bénéficié de l'intervention du réseau, dont 1371 patients suivis en 2012, avec une file active en 2012 d'environ 400 patients. Les résultats du projet pilote DOMOPLAIES seront probablement publiés courant 2016, mais les objectifs évoqués étaient, selon la région en Basse-Normandie, de 700 patients suivis par an, bénéficiant en moyenne de 5 actes de télémédecine par patient, soit environ 3 500 actes de télémédecine. En Languedoc-Roussillon, il s'agissait de 1 500 patients suivis par an, avec une moyenne de 3 visites faisant l'objet d'un acte de télémédecine pour chaque patient, soit une volumétrie annuelle estimée à 4 500 actes de télémédecine (34).

Afin de pérenniser ce dispositif et de démontrer l'intérêt du développement de la télémédecine, une étude contrôlée randomisée a été lancée en Languedoc-Roussillon en avril 2014, dont le promoteur est le CHRU de Montpellier. Cette étude ciblait 220 patients, dont 110 bénéficiant de la télémédecine. Les résultats, non publiés à cette date, permettront d'évaluer l'efficacité du dispositif sur le suivi des plaies complexes, son impact financier et le ressenti des patients et des médecins.

8.4. Téléconsultations dans le service de dermatologie du CHU de Rouen

Dans la région Haute-Normandie, le Dr Carvalho (dermatologue au CHU de Rouen) a mis en place depuis 2013 un système de téléconsultations pour les personnes âgées hébergées dans huit EHPAD de l'agglomération rouennaise. A raison d'une fois par semaine, sur rendez-vous donné par le service de dermatologie du CHU de Rouen, le patient était filmé en direct à l'EHPAD par une caméra dans une salle dédiée à la téléconsultation. Au préalable, une fiche médicale standardisée était envoyé au dermatologue (35).

Les caractéristiques du projet consistaient en l'interactivité possible avec l'équipe soignante de l'EHPAD, traduite donc par un travail collaboratif, et en l'amélioration de la qualité de vie des patients par la réduction de déplacements et par l'épargne des consultations multiples. Ce dernier point s'expliquait par le fait d'éviter les frais liés au transport (ambulance pour les patients, carburant pour les médecins), éviter les consultations inutiles aux urgences du CHU de Rouen, économies d'explorations

complémentaires mieux ciblées et des économies de traitement par la réduction des certaines errances thérapeutiques (35).

Les inconvénients du projet étaient représentés par les durées des consultations longues (temps pour le diagnostic, la prise en charge thérapeutique, discussion avec l'équipe soignante…), la nécessité de présence d'un spécialiste expérimenté pour interpréter les images des lésions, l'utilisation d'un système non utilisable par les personnes âgées grabataires non déplaçables jusqu'à la salle dédiée à la téléconsultation et par l'existence d'un nombre limité de pathologies accessibles en télédermatologie (surtout intéressant pour la prise en charge d'ulcères, escarres en EHPAD) (35).

Le protocole du projet débutait par la demande d'avis dermatologique par le Médecin Traitant du patient en EHPAD ou par le médecin coordonnateur. Une fiche de renseignements médicaux était complétée et le consentement était requis, les deux documents étant ensuite envoyés par mail au service de dermatologie du CHU de Rouen. Ainsi, un dossier informatique et papier était créé et les images archivées. A partir de ce moment, le projet offrait la possibilité d'un abord spécifique : soit la téléconsultation soit la téléexpertise. Concernant la téléconsultation, un rendez-vous était pris auprès du secrétariat du projet. Par la suite, une proposition était faite et/ou des explorations complémentaires étaient décidées, en concertation avec l'équipe soignante de l'EHPAD. Concernant la téléexpertise, un courrier était faxé ou envoyé avec les propositions thérapeutiques (35).

L'activité en 2014 comptait 92 actes et en 2015, 155 actes. L'âge moyen des patients était de 88 ans. Pour vingt neuf patients au total sur les deux années, les explorations ou le traitement ont été poursuivis en service de dermatologie au CHU de Rouen (35).

Le développement du projet est en cours avec l'inclusion prochaine du CHI d'Elbeuf-Louviers ainsi que des maisons de santé pluridisciplinaires et également la participation des dermatologues libéraux (35).

8.5. La télédermatologie en milieu carcéral : l'expérimentation du Mans

Les soins médicaux dans le milieu carcéral ont été encadrés par la loi 94-43 du 18 janvier 1994 qui définit que les soins en prison doivent être semblables à ceux dispensés à la population générale. Aux difficultés médico-économiques actuelles, s'ajoutait le fait que la consultation médicale de la personne détenue, en dehors de la prison, nécessitait la mobilisation de plusieurs agents de la force publique se traduisant par un coût estimatif d'environ 700 euros par extraction (36).

Entre mars 2010 et mai 2012, un projet de téléconsultation a été réalisé entre un dermatologue expert au CHU du Mans et la prison de Coulaines (située à 10 kms). La consultation se déroulait dans le centre pénitentiaire, le détenu accompagné d'un médecin généraliste de l'UCSA (unité de consultation et soins ambulatoires), était en visioconférence directement avec le dermatologue hospitalier. En utilisant une caméra ainsi qu'une connexion internet par fibre optique et un réseau internet sécurisé, les images étaient ensuite projetées pour le dermatologue référent sur un écran Haute Définition (HD), permettant une visualisation en mode paysage de la moitié de la salle d'examen. Une fiche de recueil standardisée était pré-remplie pour chaque patient.

Le financement avait été réalisé dans le cadre d'un contrat entre l'Etat et l'ARS régionale. Les vacations de dermatologie d'une durée de deux heures étaient organisées deux fois par mois.

La télédermatologie a permis une réduction des coûts (1 seule extraction nécessaire sur 107 consultations), ainsi qu'une prise en charge plus rapide (délai d'environ 1 mois au lieu de 5 mois en moyenne pour une consultation classique) et aussi une amélioration des compétences du médecin généraliste en dermatologie (36).

8.6. La télédermatologie en milieu carcéral : l'expérimentation en Île-de-France

Un deuxième projet s'est déroulé de mars 2012 à mai 2013, en Île-de-France, intitulé TELEDERMATO, expérimentant la téléexpertise réalisée en milieu carcéral, avec, pour objectif principal, de mettre en place un réseau de télémédecine unissant les UCSA des 15 centres pénitentiaires à 2 centres experts hospitaliers en Île-de-France (37).

L'expérimentation, réalisée en mode de téléexpertise en respectant les réglementations en cours, reposait sur des échanges en s'appuyant sur des

échanges informatiques via une connexion internet sécurisée avec création des dossiers informatiques standardisés, entre les centres « demandeurs » et les centres « experts ».

Le financement du projet, qui a fait l'objet d'une contractualisation avec l'ARS régionale, avec rémunération forfaitaire d'un montant « C2 » pour chaque dossier ouvert.

Cette expérience, qui a inclus un total de 132 patients, a montré une excellente acceptabilité de la téléexpertise (par prises de photos envoyées au dermatologue) par les patients et le personnel : aucun refus comparé à 20 % de refus pour la consultation classique et 10-20 % pour la téléconsultation. Actuellement, une dizaine des 186 centres médicaux UCSA de France sont déjà dotés d'un système de télémédecine (37).

8.7. Téléexpertise régionale en Corse en dermatologie libérale

Le projet, qui est en cours de déroulement en Corse, a débuté le 19 mars 2015, avec pour objectif principal, d'évaluer l'efficacité et la pertinence de la télédermatologie dans un contexte démographique médical déficitaire et d'éloignement géographique de la population générale (38).

L'expérimentation, qui est réalisée en mode téléexpertise via une messagerie sécurisée, vise l'élaboration des fiches cliniques et de comptes-rendus informatisés, avec un suivi de l'activité sur un tableau commun via des indicateurs spécifiques.

Le financement du projet a fait l'objet d'une contractualisation entre l'ARS régionale et l'Union Régionale des Professionnels de santé des Médecins Libéraux de Corse (URPSML) fin 2014, subvention octroyée par l'ARS de 37.000 euros/an (38).

En décembre 2015, les premiers résultats retrouvaient une inclusion de 45 médecins généralistes et 6 dermatologues experts. Après 7 mois d'expérimentation, la tendance était à l'augmentation constante des demandes. Le bilan initial retrouvait, sur une soixantaine de téléexpertises réalisées, une économie des frais de santé traduite par 5000 kms évités aux patients, 15 cancers dépistés, ainsi que l'augmentation de la qualité de vie pour la population de médecine générale. La difficulté principale relevée par ce premier bilan était à l'appropriation de l'outil informatique par les professionnels participants. Un autre bémol était représenté par

le fait qu'en Corse, il n'existait pas de GCS e-santé, ni de plate-forme dédiée à la télémédecine (38).

8.8. Télédermatologie en médecine générale en Région PACA

Le projet dans la Région PACA a inclus deux départements : le département des Hautes-Alpes et les Alpes de Haute Provence. Le deux zones avaient en commun une forte désertification médicale surtout en ce qui concerne les dermatologues (6 spécialistes par département en Janvier 2011, ce qui correspondait à 3.9 spécialistes pour 100 000 habitants) (39).

L'objectif principal de l'expérimentation était de réunir toutes les innovations technologiques, en respect des réglementations en cours, pour palier à ce manque de médecins et la pérennisation d'une telle démarche (39).

Dans le cadre du projet, la GCS e-Santé PACA a mis à disposition un serveur hébergé par une structure sécurisée, ASTUS, agréé ASIP-Santé (39).

Dans le protocole du projet, le médecin généraliste recevait en consultation un patient présentant une pathologie dermatologique, qui nécessitait un avis spécialisé (39). Des photos des lésions dermatologiques étaient alors prises. Ensuite, le médecin généraliste envoyait par mail au dermatologue, à l'aide d'une messagerie sécurisée et à partir d'une interface développée à cet effet, les photos jointes à une fiche clinique. Le dermatologue soit lui retournait après lecture, la conduite à tenir, soit il décidait de voir le patient pour un traitement spécifique ou pour enviager d'un geste chirurgical (via un procédé de téléexpertise) (39).

L'évaluation de l'expérimentation a été réalisée par un comité de pilotage (COPIL) et aussi par le comité opérationnel de projet (COPROG), avec des réunions mensuelles, parfois en web-conférence.

Le financement s'est réalisé sur la base du bénévolat, et l'étude se proposant aussi la réalisation d'un modèle économique à partir duquel une cotation pouvait être proposée.

La généralisation de cette téléexpertise dans les territoires « difficiles » devait être modélisée sur la base des résultats obtenus, mais il n'existe pas à notre connaissance de suite donnée après la fin de cette étude, conclue en mars 2013.

8.9. Quelques exemples d'études à l'étranger

Une étude rétrospective réalisée au Brésil a évalué les résultats d'un service de télésanté public (TNMG) soutenant des praticiens de soins primaires dans 660 des 853 municipalités dans le sud-est du Brésil entre avril 2007 et août 2012, comprenant 43429 téléconsultations (40). L'expérimentation de la télédermatologie en mode téléexpertise avait débuté en 2007.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la satisfaction globale des médecins généralistes utilisant ce processus.

Le processus pouvait être initié soit par des médecins généralistes soit par des infirmières dans le cadre du suivi du malade.

Sur le plan des motifs, un bilan intermédiaire de janvier à mai 2010 retrouvait, sur 413 téléexpertises, 68% des questions sur le traitement à entreprendre, 60% de demande d'avis sur l'étiologie des lésions. Les pourcentages étaient similaires dans les deux groupes (demande faite par le médecin ou par infirmière).

L'enquête de satisfaction a montré que 81 % des téléconsultations avaient évité un renvoi au dermatologue dans le cadre d'une consultation classique. Sur 8724 téléexpertises dermatologiques, la plupart des personnes interrogées (97 %) ont estimé que la téléconsultation avait répondu à leur question et 97 % ont été satisfaites du réseau (40).

Une étude rétrospective réalisée au Royaume-Uni, sur une période de 2 ans, entre 2009 et 2011, a analysé les résultats de 230 cas de téléexpertise (41).

L'objectif principal de l'étude était de prouver le bénéfice de la télédermatologie dans la supervision et la formation à distance des pratiques des médecins généralistes avec une orientation en dermatologie, via un processus de téléexpertise, après une formation initiale sur la réalisation de photographies.

Les patients consultant en soins primaires pour des problèmes dermatologiques étaient inclus dans l'expérimentation après sélection commune par le dermatologue expert et le médecin généraliste avec un diplôme universitaire en dermatologie. Ces patients étaient adressés en consultation avec le dermatologue une fois par mois dans le centre référent et une a deux fois par mois en consultation avec le médecin généraliste.

Le matériel utilisé était une caméra compacte de 4MP équipée d'un dermatoscope, auquel était joint un dossier médical préétabli avec l'histoire de la maladie, les antécédents et les autres détails cliniques. La téléexpertise s'est déroulée via un logiciel agréé par l'Association des Dermatologues de Grande-Bretagne, permettant aussi une cotation des actes. Le transfert de données se faisait via une connexion sécurisée et un serveur agréé.
Cette expérimentation a démontré que 69 % des cas n'étaient plus envoyés au dermatologue en consultation classique et que la conformité du diagnostic était considérée comme élevée (61 %) (41). Au total, 74 % des patients ont été vu en 10 minutes par les médecins généralistes. Beaucoup de patients n'ont pas reçu d'information écrite sur leur diagnostic, fait qu'ils auraient préféré. (41) La téléexpertise a fait également la preuve de l'éducation du médecin généraliste dans 66 % des cas, et le praticiens ont pu se sentir encadrés, avec une augmentation conséquente de la confiance dans sa pratique quotidienne (41).

Une revue de la littérature a été réalisée en 2011 en Norvège dans le but de faire le point sur la réduction des coûts liés au transport des malades en utilisant la télédermatologie face aux coûts engendrés par les consultations classiques. Le critère de jugement principal était le pourcentage des déplacements évités, tout contexte confondu (42).
La stratégie de recherche avait inclus les sites MEDLINE, HealthStar, EMBASE, CINAHL et Cochrane utilisant un protocole de recherche commun, avec des critères d'inclusion et d'exclusion précis (42).
Les résultats préliminaires en avril 2010 ont retrouvé 20 études qui portaient sur les trajets évités en télémédecine. Le nombre total de patients inclus était de 5199. Le pourcentage moyen de déplacements évités dans 12 études utilisant la téléexpertise était de 43%. Dans les 7 études utilisant la téléconsultation, le pourcentage moyen était de 70% (42).

9. Les conditions financières

9.1. Le cadre actuel

L'exercice de la télémédecine ne fait pas encore l'objet d'une reconnaissance particulière dans le cadre de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) (43). Le financement des pouvoirs publics a été jusqu'à présent non pérenne, essentiellement consacré à accompagner des études pilotes. Lorsque ces dernières sont ensuite poursuivies, le financement du fonctionnement est essentiellement assuré dans le cadre de l'emprunt de la tarification en vigueur (T2A pour les établissements hospitaliers ou CCAM), sans que la spécificité de la télémédecine soit prise en compte. Certains établissements bénéficient de dotations spécifiques dans le cadre des missions d'intérêt général ou des réseaux de santé, comme par exemple les forfaits accordés aux médecins libéraux pour qu'ils participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP). L'absence de rémunération clairement identifiée de l'activité de téléconsultation et de téléexpertise freine le développement de la télémédecine dans le contexte du financement à l'activité.

Des divers moyens financiers ont été alloués par les pouvoirs publics pour lancer les expérimentations.

Cependant cet effort financier de l'Etat ne sera pas suffisant pour que les établissements puissent passer au déploiement opérationnel de la télémédecine et financer les dépenses inhérentes au fonctionnement et à son développement.

Il est aussi à souligner que, dans les quelques pays où certaines applications de la télémédecine sont devenues opérationnelles, un financement des actes de télémédecine a été attribué par les pouvoirs publics, avec toutefois des approches variables, certains surcotant les actes, notamment en téléradiologie, d'autres les sous-cotant, ou encore d'autres reprenant simplement le tarif des actes en dehors de la télémédecine, sans pour autant avoir une ligne tarifaire spécifique.

9.2. Les sources de financement

La télémédecine est un acte de nature médicale et son exercice s'inscrit dans le droit commun de l'exercice médical et du droit des patients (loi n° 1577-2002 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale et loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie). Si le décret délimite l'exercice de la télémédecine en définissant 5 actes, décrit les conditions de mise en œuvre et confirme les principes de financement de l'activité en inscrivant la télémédecine dans le droit commun des activités médicales, il reste imprécis quant aux différents modes

de rémunération de son fonctionnement. A ce titre, plusieurs ressources de financement peuvent être identifiées :

9.2.1. Au niveau européen

Les fonds européen de développement régional (FEDER) ont pour objectif principal le développement équilibré et durable de l'Union Européenne, en réduisant les écarts de développement entre les régions. Elles visent à assister la résolution des problèmes rencontrés par les régions naturellement désavantagées (régions insulaires, montagneuses ou peu peuplées), ainsi que les régions les plus isolées du fait de leur situation géographique. Les zones souffrant d'une « désertification médicale » peuvent en faire partie.

9.2.2. Au niveau national

Au niveau national, le financement de la télémédecine renvoie tout d'abord à l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013, relatif au financement de la sécurité sociale pour 2014 et qui permettait la réalisation d'expérimentation pour une durée de quatre ans. Cette expérimentation est autorisée dans des régions pilotes, fondée sur un cahier des charges défini par arrêté. Son pilotage repose sur les ARS en dérogeant aux règles de facturation, de tarification et de remboursement de droit commun. En détail, voici les sources de financement possibles au niveau national :

- Les Fonds de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés (FMESPP), Missions d'Intérêt Général (MIG), sont des fonds des Caisses d'Assurance Maladie
- Les Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et depuis 2012, le fonds d'intervention régional (FIR), nouveaux moyens financiers alloués aux Agences Régionales de Santé, afin de soutenir l'effort de déploiement fourni par les divers acteurs de télémédecine de leur région et accompagner les projets pilotes (octroyé suite aux appels à projet).
- Plan Hôpital 2012 : inclus le cadre du Plan Stratégique Régional, au moment du début de l'expérimentation, ce plan était une des sources possibles. Il a été annoncé le 13 février 2007 par le ministre de santé

à l'époque. En privilégiant l'efficience hospitalière, ce fonds majorait la part des aides en capital pour atténuer les recours à l'emprunt. L'objectif principal était de cofinancer des projets de modernisation. Le plan a mobilisé entre 2007 et 2012 un total de 1.110 milliards d'euros d'investissements. Ensuite, le plan d'investissement accessible à ce niveau est devenu, depuis juin 2013, le programme Hôpital Numérique 2013-2017, qui poursuit ses actions sur le développement des systèmes d'information et de sécurité informatique à travers deux axes majeurs, la Télémédecine en Structure médico-sociale (TISSE) et le Partage Régional d'Applications de Télémédecine et d'Imagerie Clinique (PRATIC).

- Dans le cadre du financement de l'activité des établissements de santé : prise en compte de la télémédecine dans le cadre d'une activité hospitalière financée par un forfait ou dans le cadre d'une prestation inter-établissements intégrée au séjour de l'établissement de santé où séjourne le patient.
- Dans le cadre d'une expérimentation, s'appuyant sur Projet de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS). Il s'agit d'une loi de financement et non pas de finances : elle n'a donc pas de caractère budgétaire. Elle vise à maitriser les dépenses sociales et de santé de la Sécurité Sociale. Le PLFSS est voté par le Parlement tous les ans, en même temps que la loi de finances, déterminant le budget de l'Etat.

9.2.3. **Au niveau local** : financement par les collectivités locales, les entreprises, etc.

9.3. Méthodes de rémunération

La rémunération des médecins exerçant la télédermatologie peut être obtenue en utilisant trois méthodes : la tarification à l'acte, la tarification forfaitaire et l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération. Pour mieux comprendre, on peut imaginer dans ce sens quelques exemples :

9.3.1. Tarification à l'acte

Exemple : le système de télésurveillance des défibrillateurs implantables a fait l'objet d'une première inscription sur la liste des produits et prestations (arrêté du 3 février 2010 - JO du 10 février 2010). Ce mode de financement dont l'arrêt était programmé en 2013 a été prolongé jusqu'en 2014 dans l'attente de nouvelles données d'évaluation médico-économique.

9.3.2. Tarification forfaitaire

Exemple : dans le cadre de la télésurveillance à domicile d'un patient traité par dialyse péritonéale, un forfait hebdomadaire a été inscrit à la CCAM

9.3.3. Expérimentation des nouveaux modes de rémunération

Un autre mode de financement serait l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte (forfait pour l'activité coordonnée, nouveaux services aux patients, coopération entre professionnels de santé, forfait pour les maladies chroniques). Afin de répondre aux contraintes juridiques et fiscales soulevées par les ENMR, des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) ont été créées, ayant pour objectif la mise en commun de moyens pour faciliter l'activité professionnelle de chacun des associés.

9.4. Le rapport de l'Assurance Maladie concernant la cotation des actes en télémédecine

Dans son rapport sur les charges et les produits pour l'année 2013, l'Assurance Maladie reconnaît les obstacles au financement de la télémédecine et le besoin d'aménager les dispositions générales de la CCAM. Elle signale que des modes de financement sont à l'étude (par forfaitisation notamment), dans le cadre des projets financés par l'ASIP Santé, des projets pilotes accompagnés par la DGOS et d'autres expérimentations en cours. Elle insiste sur la nécessité de mettre en œuvre des évaluations médico-économiques, de capitaliser sur les expérimentations en cours les plus matures afin de déterminer l'opportunité d'une généralisation lorsqu'il existe des gains en termes de qualité des soins et d'efficience.

10. L'expérimentation en Haute-Normandie

L'utilisation de la télémédecine n'est pas nouvelle dans la région. Depuis 1996, la Région de Haute-Normandie a initié et a poursuivi le déploiement de stations de téléradiologie dans les Hôpitaux de la région pour permettre le transfert d'images médicales inter-établissements. Afin de moderniser les stations et de résoudre les problèmes de dysfonctionnements, il a été décidé en 2009, dans un premier temps, de mettre à jour l'ensemble des stations de téléradiologie déployées dans la région, puis dans un second temps, de doter la région à moyen terme d'une solution pérenne répondant aux attentes des professionnels de santé, du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) et du Schéma Interrégional de l'Organisation Sanitaire (SIOS)(44) .

Le projet est inscrit au programme régional de télémédecine (PRT) de Haute-Normandie (45).

La mise en œuvre effective d'une solution régionale de téléimagerie est portée par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Télésanté - Télémédecine Haute-Normandie (46).

La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé s'est penchée sur les apports possibles des ces techniques d'information et de communication électronique dans l'exercice des soins de proximité (soins de premier recours ou soins primaires) (47).

10.1. L'appel à projet en Haute-Normandie

L'appel à candidature régionale, portait uniquement sur la réponse aux objectifs suivants :

- renforcer l'accessibilité à un avis spécialisé dermatologique pour les territoires fragiles en offre de spécialité,
- réduire les délais de prise en charge en cas de doute diagnostique,
- éviter le déplacement des patients si non nécessaire,
- l'expérimentation d'actes de télédermatologie par des médecins de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).

Dans ce cadre, les équipes de médecins généralistes des MSP répondant à l'appel à candidature, acceptaient les conditions de rémunération expérimentales en Haute-Normandie.

10.2. Les objectifs

La première réunion du groupe de travail a eu lieu le 30 novembre 2013. A l'époque, le groupe de travail initial réunissait le Dr Matthieu SCHUERS (médecin généraliste MSP de Neuchâtel en BRAY), le Dr Priscille CARVALHO LALLEMENT (dermatologue au CHU de Rouen), le Dr Claire BAUDE (Mission de l'Organisation des Soins de Proximité, ARS), le Dr Martin REVILLION (directeur médical de l'URPS de Haute-Normandie), le Dr Jean Claude SOUBRANE (dermatologue) et Me Anne DE CADEVILLE(Télémédecine et Système d'information de Santé, ARS), ainsi que les deux internes en DES de Médecine Générale, Me Hélène SECEMBER et l'auteur de cette thèse. Lors de cette réunion, le groupe a tracé les objectifs principaux et secondaires du projet. A noter qu'initialement, l'expérimentation incluait aussi, au niveau des pathologies ciblées, en plus des lésions « de novo », la prise en charge des plaies complexes et le suivi de cicatrisation. Cette palette de pathologies a été restreinte à la prise en charge uniquement des lésions d'apparition récente ou semi-récente, publiée dans le cahier des charges régional le 10 octobre 2014.

L'objectif principal était de renforcer l'accessibilité à un avis spécialisé dermatologique pour les territoires fragiles en offre de spécialité.

Les objectifs secondaires, étaient liés au dépistage précoce, la diminution du pourcentage des consultations inutiles et l'économie des frais de santé.

Concernant le dépistage précoce, prenons l'exemple des mélanomes. La réduction de la mortalité liée au mélanome est surtout liée à un dépistage précoce, qui est la meilleure solution, dans la mesure où aucune thérapeutique efficace n'existe une fois atteint le stade de métastases. Grâce au « tri » des lésions pigmentées cutanées par les médecins traitants, le pourcentage des mélanomes « de novo » peut diminuer. En rajoutant une téléexpertise dermatologique en cas d'incertitude, on estime que la qualité du dépistage devrait augmenter.

Ensuite, améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique, c'est aussi permettre la réduction du nombre de déplacements inutiles vers un cabinet ou un service d'urgence dermatologique. Les situations « limite » devraient en bénéficier le plus de cette expérimentation.
Enfin, une économie des frais de santé devrait être mise en évidence en épargnant les frais liés aux transports des malades.

10.3. Méthodes

10.3.1. Critères de choix des MSP et des Dermatologues

Suite aux réunions du groupe de travail, les discussions ont abouti à la conclusion que des conditions spécifiques étaient requises afin de mettre en œuvre cette téléexpertise dans la région :

- Le volontariat : les professionnels de santé sont volontaires pour entrer dans l'expérimentation, tant les professionnels de la MSP que les dermatologues libéraux dont l'avis est requis ;
- L'expérimentation est formellement intégrée au projet de santé de la MSP ;
- La rémunération des actes est prise en charge par le Fonds d'Intervention Régional de 2014 d'une valeur limitée : les requérant et les requis doivent comprendre qu'il s'agit d'un travail volontaire dans le cadre d'une expérimentation bien circonscrite ayant une durée de vie limitée.
- Le transfert des données : la technologie utilisée permet de prendre et de transmettre des photos et des vidéos, ainsi que tenir des visioconférences depuis la MSP. Une connexion internet haut-débit est souhaitable
- Identification : les professionnels de santé, requis comme requérants, doivent posséder une carte CPS (Carte Professionnel de Santé)
- La facilité d'accès aux photos peut être un vecteur important dans la réussite du projet, dans ce cadre les accès WIFI sont à intégrer.

10.3.2. Les acteurs de l'expérimentation en Haute-Normandie

10.3.2.1. Les MSP- Sites d'expérimentation

L'objectif du projet de la télédermatologie en Haute-Normandie est l'expérimentation d'actes de télédermatologie par des médecins de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).

Les professionnels « requérants » sont les médecins généralistes libéraux de la MSP, et les professionnels de santé « requis » sont des dermatologues libéraux.

Dans ce cadre, les équipes de médecins généralistes des MSP répondant à l'appel de candidature ont été choisis progressivement. A qualité de projet égale, les MSP retenues étaient les plus éloignées d'un cabinet de dermatologie libérale. Le périmètre initial de l'expérimentation était de cinq MSP s'engageant à participer pendant toute la durée de l'expérimentation, fixée à un an.

Des contacts étaient établis, dès la deuxième réunion du groupe de travail, qui a eu lieu le 6 décembre 2013. Les MSP de Conches en Ouche, 27190 (représenté aux réunions par le Dr BARBOT), de Neuchâtel en BRAY, 76270 (représenté par le Dr SCHUERS) et de Saint Romain de COLBOSC, 76430 (représenté par le Dr LABBE) ont été intégrées dans le projet. L'appel à projets a eu lieu au mois d'octobre 2014.

Malheureusement, suite aux mécontentements liés à la rémunération des médecins généralistes impliqués dans le projet, les médecins du MSP de Conches en Ouche se sont retirés du groupe de travail. En 2015 par contre, les médecins du MSP de Gaillon (27600), représentés par le Dr FAINSILBER, ont exprimé leur souhait de participer à l'expérimentation et ont été inclus dans le projet.

10.3.2.2. Les dermatologues

Chaque MSP est associée au minimum à un dermatologue libéral pendant l'expérimentation.

Le dermatologue référent CHU du projet est le Dr Priscille CARVALHO-LALLEMENT, praticien hospitalier dans le service de dermatologie au CHU de Rouen.

Concernant les dermatologues libéraux, après le départ du Dr SOUBRANE en début d'année 2014, la solution arrive à la fin de la même année, avec l'intégration aux réunions du groupe de travail, du Dr Brigitte REMOND (dermatologue à Evreux, 27000), du Dr Emmanuelle SANDRAPS (exerçant à Bois Guillaume, 76230), ainsi

que du Dr Delphine FIRMIN-LEFEBVRE (exerçant au Havre,76620). Le Dr Pascale BOHU (exerçant à Rouen) s'est également montrée intéressée par le projet.

10.3.2.3. L'ARS de Haute-Normandie

Les médecins traitants et les dermatologues sont accompagnés par l'Agence Régionale de Santé et par le chef de projet du Groupement de Coopération Sanitaire de Télésanté de Haute-Normandie PRATIC, dans la mise en place organisationnelle et technique des actes. Les représentants de l'ARS aux réunions étaient Me Anne de CADEVILLE, Chargée de Mission Système d'Information et Télésanté et le Dr Claire BAUDE, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Haute-Normandie (DRASS), Me Carole AUMONT, assistante de direction, et Me Karima BOURQUARD, consultante télésanté.

10.3.2.4. L'URPS de Haute-Normandie

Le projet a bénéficié du soutien de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Haute-Normandie, avec la participation au groupe de travail du Dr Martin REVILLION, directeur médical. L'URPS poursuit le déploiement des messageries sécurisées comme Apicrypt® et développe continuellement le dossier médical personnel (DMP). A terme, les informations contenues dans les dossiers de téléexpertise pourront être intégrés aux DMP des patients.

10.3.2.5. Le GCS Télésanté

Le GCS Télésanté Haute-Normandie est un Groupement de Coopération Sanitaire, créé en 2010. Il s'agit d'une structure coopérative à but non lucratif qui assure la maîtrise d'ouvrage opérationnelle des projets en E-Santé dans la région de Haute-Normandie, en corrélation avec le Programme Régional de Télémédecine. Sa mission consiste à rendre les projets de services performants, interopérables et sécurisés, contribuant au partage et à l'échange des informations entre les acteurs des secteurs sanitaires. Parmi les participants aux réunions de la part du GCS HN, on comptait Me Isabelle LIETTA, délégué général et le Mr Philippe LE DREAU, chef

de Projets Télémédecine. Concernant les opérations de télédermatologie réalisées en Haute-Normandie, le GCS a retenu l'offre du consortium BULL/GIOL/COVALIA.

10.3.2.6. Les Sociétés ATOS et BULL

ATOS Société Européenne (SE), est une entreprise active dans les services numériques avec des collaborateurs dans 66 pays. Elle fournit des services de conseil et d'intégration des systèmes, d'infogérance, de Big Data et de Sécurité, ainsi que des opérations Cloud pour le stockage des données.
Bull est la marque qui regroupe les technologies d'ATOS : tous les matériels et les logiciels.

10.3.2.7. Au sujet de SANTEOS et WORLDLINE

SANTEOS est la marque de la société WORLDLINE de services transactionnels d'E-santé. WORLDLINE développe son activité dans le secteur des paiements électroniques.

10.3.2.8. A propos d'AGFA HeathCare

AGFA HealthCare est une société qui développe des solutions intégrées pour les besoins des établissements de santé. Elle propose des solutions concernant le système d'information de santé pour la gestion des processus administratifs et médicaux, des solutions transversales de diagnostic, des consultations et stockage d'images radiologiques (PACS), et aussi propose des dispositifs médicaux au service de l'imagerie médicale.

10.3.2.9. La société COVALIA

COVALIA, société spécialisée dans la télémédecine, conçoit, développe et commercialise des solutions de téléconsultation, téléexpertise et téléassistance pour diverses spécialités médicales. Les solutions conçues par COVALIA portent sur les domaines de la neurologie, radiologie, cardiologie et dermatologie.

10.3.2.10. Le projet PRATIC

Le projet PRATIC e été initié fin 2011. En 2012, Le GCS Télésanté, soutenu par l'ARS Régional, a crée un groupement de commandes regroupant 35 structures

publiques et privées, y compris des cabinets de radiologie, pour lancer un appel d'offres. A la fin des consultations, qui ont duré plusieurs mois, l'offre Bull-Global Imaging On Line (GIOL) avait été retenue.
Depuis le rachat de Bull par le Groupe Atos en août 2014, les travaux démarrés début 2014 ont été repris ave un nouveau sous-traitant , SANTEOS, en remplacement de GIOL, qui s'appuiera sur les outils d'Agfa et de COVALIA (48).
Le projet a pour objectif principal une meilleure couverture territoriale en permettant la lecture à distance des examens, notamment dans le cadre de la permanence des soins, via une plate-forme régionale de télémédecine. Les principaux domaines sont représentés par le télé-AVC, la télé-radiologie, la télé-neurochirurgie, le télé-RCP et la télédermatologie.
Le partage et l'archivage des examens vont s'appuyer sur un service de PACS (traitement des images) régional.
Suite aux discussions entre les acteurs de santé régionaux, la signature d'un avenant au marché du projet PRATIC a pu être possible mi-avril 2015.

10.3.2.11. Les patients

Sont inclus dans le projet tous les patients consultant en médecine générale dans les MSP décrites antérieurement pour des problèmes dermatologiques. Les participants s'accordent sur les indications suivantes :

- Tumeurs pigmentées, tumeurs noires
- Lésions (sans limitation de ce type de lésion)

10.4. Le déroulement de la prise en charge

La troisième réunion du groupe du travail du 17 février 2014 a stipulé les formes sous lesquelles cette expérimentation pourrait se dérouler. Lors de la cinquième réunion, en mois d'octobre 2014, l'ARS a informé les participants que la branche « prise en charge des plaies complexes » ne pouvait plus être continuée dans ce projet, mais que cette procédure pourrait par contre devenir le premier acte de télémédecine intégré faisant l'objet du cahier des charges national pour l'expérimentation de la facturation des actes de télémédecine. En conséquence, l'appel à projets régional ne concernait plus que les téléexpertises délivrées par les dermatologues libéraux aux

médecins généralistes ainsi que la prise en charge des lésions dermatologiques par le médecin généraliste sur avis des dermatologues.
Le support informatique pour l'acquisition des images, discuté dès la réunion de février 2014, a été finalement décidé plus tard, le 10 octobre 2014, lors de cette cinquième réunion du groupe de travail. Les échanges avec le consortium BULL-GIOL-COVALIA ont abouti à l'utilisation de tablettes pour réaliser les téléexpertises.
Selon le cahier des charges, le processus de téléexpertise se déroulera d'une manière spécifique pour chacune des parties impliquées selon l'ordre suivante :

- Le médecin traitant requérant :
  - Au cours de la consultation de médecine générale concernant une pathologie dermatologique, il pose l'indication d'une expertise dermatologique
  - Il informe ensuite son patient qu'il va soumettre son cas à distance à un dermatologue dans le cadre d'une téléexpertise, et recueille son consentement
  - Dépose les images (photos ou vidéos) et des informations médicales sur la plate-forme régionale PRATIC,
  - Reçoit une alerte lorsque l'avis aura été délivré, et se connecte sur la plate-forme,
  - Ensuite, il intègre le compte-rendu dans son dossier patient,
  - Se met en contact avec le patient pour organiser la suite (soit prescription, soit orientation)

- Le secrétariat de la structure de soins ambulatoire de médecine générale va :

  - prendre rendez-vous dans le centre offrant la téléexpertise
  - compléter le dossier patient (fiche de rendez-vous et les informations patient)
  - après réception du compte-rendu par le médecin traitant, prendre rendez-vous avec le patient pour orientation ou prescription

- Le dermatologue requis :
  - Reçoit une alerte lorsqu'un médecin de la MSP souhaite avoir son avis

- Se connecte à la plate-forme PRATIC
- Prend connaissance du dossier soumis
- Rend un avis écrit (sur la plate-forme) s'il est en mesure de le faire à partir des images transmises (sinon il invite le patient à prendre rendez-vous)
- Si cela est pertinent l'avis comprend une recommandation de traitement et conduite à tenir

10.5. Le processus de téléexpertise

Le processus informatisé s'appuie sur l'application produite par COVALIA après paramétrages basés sur les demandes du groupe de travail. La sauvegarde des données se réalise sous forme de PACS, solution proposée par AGFA HealthCare et le workflow se réalisera sur le CLOUD développé par ATOS et BULL. Le paramètre de chaque processus est décrit en détail selon chaque partie composante, la plate-forme informatique, le workflow avec ses contenus et la cotation des actes.

10.5.1. La plate-forme informatique

L'application COVOTEM, développée par la société COVALIA, permet de réaliser de la téléexpertise, de l'assistance et de la surveillance. Cette application sera utilisée dans le cadre du projet PRATIC pour les services de télémédecine. Les premiers services déployés visent la télé-AVC, la télé-radiologie et les RCP. Le seul workflow défini jusqu'à ce jour est le workflow de télé-AVC en cours d'intégration sur la plate-forme PRATIC (48).

Concernant la télédermatologie, l'application est actuellement déployée en Franche Comté, Martinique, Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie pour les plaies chroniques. En Lorraine, l'application assure la gestion des grands brulés, endroit où elle fonctionne également sur Smartphone et Tablette.

Pour l'instant, la forme finale de cette application était en cours de définition pour la région Haute-Normandie au moment de la réalisation de cette étude.

10.5.2. Le workflow

Les discussions sont toujours en cours au moment de la rédaction de cette étude, quant à la forme finale de l'interface et au contenu des menus. Lors de réunions du groupe de travail, le schéma initialement proposé était inspiré du modèle de workflow utilisé par Covalia® dans les projets de Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie (voir annexe 3).

La dernière réunion, qui date du mois de juillet 2015, a apporté les modifications quant aux détails de fiches de recueil et de réponse, exigés par les professionnels de santé participant à l'expérimentation.

Selon les dernières propositions, l'interface pourrait être conçue de la manière suivante:

10.5.3. La création d'un dossier initial de demande d'examen

A cette étape,

- L'identification se fera via la carte CPS pour le professionnel de santé et par la carte vitale pour le patient.
- Le type de demande (choix entre une téléconsultation ou une téléexpertise)
- Le type de pathologie (tumeur / plaie / autre : précision en texte libre)
- Lors de la création d'une demande, le logiciel permettra la vérification de la disponibilité de l'expert requis. Un onglet agenda pourrait mieux renseigner les requérants de la disponibilité des experts requis.
- En cas d'indisponibilité de l'expert référent d'un des territoires inclus dans l'expérimentation, une notification est délivrée par le logiciel. Le choix pourrait alors être orienté vers un autre dermatologue participant à l'expérimentation, si l'expert référent a choisi de rediriger la demande initiale en cas d'absence.

10.5.4. Une fiche « patient »

Elle devrait contenir :

- Les renseignements démographiques : Le nom usuel, le(s) prénom(s), le nom de naissance et l'âge du patient ainsi que les noms et prénoms des requérants et des requis
- Un onglet concernant le consentement du patient (choix entre oui ou non), avec identification de la structure requérante de la télé expertise ainsi que de

la structure requise. Cela représente un élément bloquant du processus, son absence faisant arrêter le processus.

- La date de naissance du patient ainsi que les autres informations du patient : le sexe, la ville de naissance, l'adresse actuelle avec le code postal et la ville de résidence
- Concernant la structure requérante: précision des détails de contact (numéro de téléphone et adresse mail), choix entre les médecins requérants
- Concernant la structure requise : choix du nom du spécialiste requis experte avec les détails de contact (numéros de téléphone et adresse mail)

10.5.5. Une fiche de demande de téléexpertise (voir ANNEXE 1)

Elle devrait contenir :

- Le degré de la capacité de déplacement des patients : choix par sélection
- Antécédents : le groupe de travail souhaiterait que le volet médical de synthèse du logiciel utilisé pour les consultations des médecins généraliste soit intégré comme fichier PDF au logiciel de téléexpertise. En cas d'impossibilité, la saisie se réalisera en texte libre
- Contexte clinique particulier : si existant, saisie en texte libre
- Date d'apparition des lésions : choix par sélection
- Type de lésions : choix par sélection
- Ensuite, le choix se fait en fonction de l'existence d'une lésion unique ou d'une éruption diffuse :
    - En cas de lésion unique :
        - Localisation de cette lésion, le choix se faisant sur une silhouette cliquable, mais les précisions éventuelles seront faites dans une zone de texte libre
        - Caractéristiques de la lésion : choix par sélection
        - Traitements antérieurs appliqués : choix par sélection et détails à compléter en texte libre
        - Hypothèses diagnostiques du médecin généraliste : texte libre
        - Estimation d'un degré de certitude : sur l'Echelle de LIKERT, choix par sélection de 1 à 10

        - Les questions posées : sur le diagnostic, sur le traitement ou sur le besoin d'une consultation classique et si ou, dans quel délai. Choix par sélection
    - En cas d'une éruption diffuse :
        - Description de la lésion élémentaire : choix par sélection suivi d'une zone de texte libre pour les détails de l'évolution
        - Caractéristiques de la lésion : choix par sélection et détails en texte libre
        - Introduction récente d'un médicament : texte libre
        - Date d'introduction : choix sur un calendrier intégré
        - Traitements antérieurement appliqués : choix par sélection suivi d'une zone de texte libre
        - Hypothèses diagnostiques médecin généraliste : texte libre
        - Estimation d'un degré de certitude : sur l'Echelle de LIKERT, choix par sélection de 1 à 10
        - Les questions posées : sur le diagnostic, sur le traitement ou sur le besoin d'une consultation classique et si ou, dans quel délai. Choix par sélection
- Ensuite, un document « PDF™ » sera généré et enregistré sur le bureau.
- A la fin, le logiciel demandera une signature pour clôturer le dossier et l'envoyer via le workflow.

10.5.6. Une fiche de bilan initial

Permettant de faire le suivi du ressenti initial des médecins généralistes, elle devrait contenir :

- Un onglet pour coter la satisfaction du requérant, avec choix possible entre extrêmement utile /très utile/ utile/ peu utile
- Un onglet pour définir l'impression sur la prise en charge du patient, avec des réponses fermées:
    - En l'absence de dispositif de télémédecine, auriez-vous adressé ce patient à un dermatologue ? Oui/ Non
    - Si oui, aurait-il bénéficié d'une prise en charge financière pour son transport ? Oui/ Non

10.5.7. Une fiche de réponse (Voir ANNEXE 2)

Elle devrait contenir :

- Les renseignements démographiques : Le nom usuel, le(s) prénom(s), le nom de naissance et l'âge du patient ainsi que les noms et prénoms des requérants et des requis.
- S'il s'agit d'un suivi (en cas de téléexpertise déjà effectuée pour une lésion : case à cocher)
- Un résumé des principaux éléments de la demande effectuée par le médecin généraliste (copier-coller du texte initial et complété éventuellement pas une zone de texte libre).
- Les images fournies permettent-elle au spécialiste de répondre à la ou les questions posées ? case à cocher : si la réponse est non, le formulaire n'est plus complété, avec ajout des commentaires du médecin requis à ce sujet.
- Une zone de texte libre pour décrire la proposition diagnostique.
- Une zone de texte libre pour décrire la proposition thérapeutique.
- Adressage du patient : choix par sélection
- Est-ce qu'un suivi télédermatologique serait utile pour ce patient : case à cocher.
- Dans quel délai : choix par sélection.

10.6. Le financement pour le projet de Haute-Normandie

Les médecins traitants et les dermatologues sont accompagnés par l'Agence Régionale de Santé et par le chef de projet du Groupement de Coopération Sanitaire de Télésanté de Haute-Normandie pour la mise en place organisationnelle et technique des actes.

Les conditions de rémunération s'appliquent uniquement à la présente expérimentation.

Concernant l'investissement technologique total, la subvention est de 7500 € par MSP : le circuit d'acquisition et de subventionnement n'est pas encore arrêté.

10.6.1. Financement par l'ARS

La rémunération forfaitaire s'élève à 3000€ pour 300 actes, à répartir entre les 3 MSP candidates retenues en fonction du nombre de médecins et de leur activité moyenne.
Pour l'expérimentation, compte tenu du faible volume d'actes et de l'archivage dans le dossier patient de la MSP, le coût d'utilisation de la plate-forme sera subventionné pour les médecins pendant la durée d'expérimentation.

10.6.2. Indemnisation pour le Dermatologue

Initialement, les dermatologues ont exprimé lors des discussions avec l'ARS leur souhait pour une rémunération attractive pour le milieu libéral, à hauteur d'une cotation C3. Le recrutement des dermatologues libéraux, sur la base du volontariat, a été beaucoup aisé grâce aux relations collégiales des dermatologues initialement présents dans le groupe de travail. Ceux-ci plaidait pour une tarification forfaitaire suffisamment attractive pour que les dermatologues potentiellement intéressés par l'expérimentation, soient motivés à inclure dans leur agenda des consultations, un créneau dédié à la téléexpertise. L'enjeu serait de créer une plage spécifique, en pénalisant ainsi une demi-journée de consultations toutes les deux semaines, voire tous les semaines, sur un agenda souvent bien chargé. Concernant l'expérimentation actuelle, l'ARS a affirmé qu'il s'agissait d'une assiette forfaitaire qui ne permettrait pas une rémunération trop importante des dermatologues libéraux.
La convention finale statue que la rémunération du dermatologue concernant l'expérimentation est cotée C2, soit 46 €.

10.6.3. Indemnisation pour le médecin généraliste

Les discussions du groupe de travail ont démontré qu'il était assez difficile d'estimer le coût de la coordination réalisée par les médecins traitants.
Certains généralistes présents aux réunions auraient souhaité qu'ils soient rémunérés à hauteur d'1 C pour chaque acte de télédermatologie. En motivant cette position, ils ont expliqué que le processus de téléexpertise déclenché par le médecin généraliste requérant était assez chronophage, puisque c'était le rôle de ce dernier de remplir la fiche de demande avec tous les détails concernant le dossier médical initial du patient. A ce sujet, l'ARS a exprimé son désaccord, motivant qu'il s'agissait

d'une assiette forfaitaire qui ne permettait pas d'expansion si importante de la rémunération des médecins généralistes.
Finalement, les participants aux discussions conviennent que l'indemnisation en fonction du nombre total de médecins et de leur activité, soit de l'ordre d'environ 1000 euros par 100 actes et par MSP. Soit 10€ par avis demandé, pour chacune des trois MSP bénéficiant de la rémunération par l'ARS. Suite à cette décision, le Dr BARBOT ainsi que les médecins du MSP de Conches en Ouche ont quitté le groupe de travail en janvier 2015.
L'ARS a néanmoins indique qu'une évolution du périmètre pourrait intervenir en cours d'expérimentation selon la montée en charge du dispositif et en fonction des coûts générés.

10.6.4. Investissement technologique

L'ARS a prévu une aide à l'acquisition des tablettes selon un cahier des charges régional qui reste à préciser (a priori utilisation d'outils du marché, car c'est le logiciel d'échange avec la plate-forme régionale PRATIC qui sécurisera la transaction). A ce jour, le montant estimé de la subvention est de 7500€ par MSP.
Actuellement, les discussions ont abouti à la proposition commerciale et technique stipulant que l'utilisation de tablettes pour expérimenter la télédermatologie en téléexpertise sur la plate-forme régionale PRATIC est assumée par l'ARS.
Un autre point, qui reste à confirmer serait lié aux frais d'utilisation de la plate-forme pour les utilisateurs occasionnels, qui devraient être supportés également par l'ARS, d'une part puisqu'il s'agit d'une application peu consommatrice de services, et d'autre part puisque l'acquisition des composants pour la télédermatologie est prise en charge par des subventions. Le but de ce dernier point serait, à terme, d'inciter d'autres médecins généralistes à participer à l'expérimentation.

11. Le suivi et l'évaluation de l'expérimentation

Le suivi quantitatif des actes réalisés sera assuré sous forme de tableaux de bord édités par la plate-forme PRATIC.
Le suivi qualitatif concerne aussi bien l'impact médical des téléexpertises sur les prises en charge des patients que la mesure des aspects liés aux dispositifs de télémédecine eux-mêmes (satisfaction professionnels et patients, ergonomie

générale et acceptabilité par les utilisateurs, incidents techniques et maintenabilité du système, etc.…)
Selon un cadre qui reste a définir, le groupe de travail en concertation avec les expérimentateurs a fixé lors des rencontres plusieurs indicateurs qui pourraient assurer l'évaluation du projet.

11.1. Indicateurs de qualité

11.1.1. Qualité des photographies

Le processus débutera avec un protocole de réalisation des photographies que chaque requérant est tenu de respecter afin d'assurer un minimum de qualité satisfaisante.

En cas de qualité insatisfaisante, un enregistrement du nombre de demandes d'images supplémentaires sera réalisé.

11.1.2. Qualité des soins

La qualité de soins sera évaluée durant l'expérimentation de façon indirecte par l'enregistrement :

- Du pourcentage de consultations pour un deuxième avis.
- Du nombre d'envois au dermatologue en vue d'une consultation classique en première et en deuxième intention (après une consultation de télédermatologie, suite à un changement de situation ou à l'évolution de la maladie ou si le requérant n'est pas satisfait du premier avis).
- Des délais des réponses de la part de l'expert.
- D'une estimation de l'effet éducationnel du médecin généraliste par l'analyse dans la période de l'expérimentation du nombre d'avis demandé par les médecins généralistes (par exemple, diminution du nombre des avis avec le temps).

11.2. Indicateurs de processus

11.2.1. Accessibilité

Les indicateurs d'accessibilité évaluent les délais d'attente pour les patients afin de prouver ou d'infirmer le gain de temps jusqu'à la réponse de l'expert par rapport à une consultation classique.

L'expérimentation fixera également un délai moyen recommandé de réponse une fois que la demande du requérant est lancée sur la plate-forme. L'enregistrement des respects du délai moyen permettra d'analyser cet aspect.

11.2.2. Faisabilité

Les indicateurs de faisabilité quantifieront le temps passé dans l'expérimentation pour l'acte de télédermatologie par rapport au temps total de la consultation afin de pouvoir estimer la soutenabilité du processus.

Également, ces indicateurs seront analysés dans le temps pour chaque requérant afin d'évaluer l'apprentissage lié au processus (analyse d'une courbe d'apprentissage pour chaque médecin généraliste entre le temps dédié au processus et le nombre de consultations en télédermatologie).

11.2.3. Indicateurs de volume

L'évaluation du pourcentage de participation à la télédermatologie dans le cadre d'une consultation dermatologique pour chaque médecin généraliste se fera dans le cadre d'un tableau comparatif par rapport au nombre des patients adressés pour avis spécialisé en consultation classique.

11.3. Indicateurs de satisfaction

11.3.1. Satisfaction des professionnels de santé

Des indicateurs évalueront la satisfaction des professionnels de santé concernant la formation médicale initiale en télédermatologie ainsi que la satisfaction liée à l'utilisation du processus dans le temps.

11.3.2. Ressenti du patient

Ces indicateurs évalueront l'acceptabilité du processus par le patient, son impression sur le gain de temps, les apports de la télédermatologie liés aux soucis de transport ainsi que la confiance que les patients font au processus.

11.4. Indicateurs de coûts

11.4.1. Coût de la télédermatologie par patient versus la consultation traditionnelle

Via la plate-forme, il sera réalisé un tableau mensuel pour les actes réalisés par chaque médecin requérant ainsi que par l'expert requis.

Après, il sera réalisé une comparaison des valeurs des actes en télédermatologie avec leurs équivalents en consultation classique.

11.4.2. Coûts secondaires

Ensuite, il sera réalisé un tableau comparatif avec l'estimation des coûts secondaires, par exemple les coûts liés au transport des patients via un centre de dermatologie en consultation classique et le transport des patients.

Concernant la télédermatologie, il sera évalué le coût lié au processus, notamment liés à l'acquisition technologique et aux transferts de l'information médicale via la plate-forme informatique (éléments fournis dans le cadre de l'expérimentation actuelle par l'ARS Haute-Normandie).

Un bilan intermédiaire à 6 mois d'expérimentation sera réalisé. La forme finale des critères d'évalutation reste à définir.

Une autre étude analysera la mise en place, le fonctionnement, les premiers résultats et l'impact dans le cadre de ce bilan provisoire à 6 mois du début de l'expérimentation.

12. Discussions

La région de Haute-Normandie est, comme décrit initialement, sous dotée en médecins spécialistes en dermatologie. A ce manque de médecins se rajoute l'urbanisation de cette profession, qui est pour la Haute-Normandie à l'hauteur de 80%. Par conséquent, la population rurale est pénalisée dans la prise en charge de proximité.

Le besoin principal du médecin généraliste requérant l'avis du spécialiste est d'évaluer le degré d'urgence, pour adresser le patient à un dermatologue libéral ou bien d'attendre un rendez-vous classique, avec bien entendu les délais afférents. Le médecin généraliste peut également requérir l'avis du dermatologue pour la prise en charge de dermatoses (avis diagnostique et/ou thérapeutique).

Le projet de télémédecine actuel révèle des innovations organisationnelles menées à lutter contre les déserts médicaux. Le développement de ce projet intervient dans un contexte de modernisation des systèmes d'information des cabinets médicaux, dont la création de nouvelles formes d'échanges interprofessionnels entre les maisons pluridisciplinaires de santé et les dermatologues référents.

L'objectif de l'étude actuelle est l'expérimentation des actes de télédermatologie entre les médecins généralistes de 3 Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) dans la région de Haute-Normandie et les dermatologues référents.

Au sujet de la disponibilité des parties impliquées, les craintes des médecins généralistes, étaient surtout liées aux besoins des délais de réponses courts (quelques jours). En effet, les médecins généralistes participant à l'expérimentation voulaient naturellement intégrer les demandes de téléexpertises à leur pratique quotidienne. Ils exigeaient, pour l'intérêt du projet et aussi dans la logique de prise en charge rapide des pathologies, la possibilité de création d'un temps dédié pour l'expérimentation, dans l'idéal hebdomadaire, dans le planning des dermatologues.
Egalement, ils ont exprimé des inquiétudes quant aux périodes d'absence (congés ou autres) au vue du faible nombre de spécialistes impliqués, et que le relais pourrait être difficilement assuré en cas de non-disponibilité par un autre dermatologue

participant au projet. L'outil Agenda disponible dans Covotem™ pourrait permettre une gestion adéquate des créneaux des disponibilités. A ce jour, les délais maximaux de réponse ne sont pas encore définis.

Quant au consentement des patients, le formulaire de consentement sous format papier pourrait être scanné et téléchargé via la plate-forme. Il pourra être également imprimé et fourni au patient. Il sera nécessaire d'informer les patients que le dermatologue qui donne l'avis de téléexpertise ne sera pas forcément le dermatologue habituel du patient mais qu'en cas de consultation nécessaire, il garde le libre choix du dermatologue qu'il souhaite consulter.

Concernant le dossier médical informatisé, les dermatologues souhaitaient l'inclusion d'un dossier suffisamment complexe pour donner une réponse correcte. Dans l'argumentaire, il exprimaient leur craintes par rapport à la responsabilité engagée en cas de jugement inadéquate, dans le contexte de manque d'information et de limites visuels imposée par un processus de télémédecine en mode différé. Ce formulaire doit rester cependant accessible et aussi non encombrant pour le médecin requérant, qui doit remplir tous ces informations. Dans la fiche de demande, une formule mixte avec des questions fermés à type de cases à cocher (majoritaires) et des zones de texte libre, semblait un bon compromis. Egalement, le télédossier devrait être intégré dans le dossier patient de façon simple et rapide.

Les discussions dans le groupe de travail ont également porté sur le besoin de donner des outils en mobilité aux MSP participantes, des outils faciles à transporter et peu encombrantes lors d'une consultation habituelle, mais pouvant assurer une qualité satisfaisante des images pour un avis spécialisé adapté. Le choix de tablettes semblait satisfaire les membres du groupe de travail.

Les discussions ont également porté sur la rémunération des actes de téléexpertise concernant l'actuel projet expérimental en Haute Normandie. La variante finalement accepté par les parties impliquées représente la proposition faite par l'ARS, basée sur l'assiette commune de financement du projet actuel. Elle ne représente pourtant pas les souhaits exprimés par les parties présentes aux réunions. D'autant plus dans

une région déficitaire en accès médical, la tarification de la téléexpertise devrait susciter l'intérêt de chacune des parties impliquées.

Enfin, le délai de mise en route du projet d'expérimentation était la difficulté principale. Si pour les projets pilotes d'autres régions, l'expérimentation est en cours, concernant l'expérimentation en télédermatologie dans la région de Haute Normandie, malgré un début de réunions en septembre 2012, aucune inclusion sur la plate-forme n'a pas été réalisé jusqu'en mars 2016.

13. Conclusion

Plusieurs études ont démontre la nécessité incontestable de trouver une solution à la prise en charge dermatologique compliquée, pour la population consultant en médecine générale, dans les zones défavorisées.

Le choix des MSP est justifié pour cette expérimentation puisqu'il s'agit d'une structure adapté au bon déroulement de la téléexpertise, d'une bonne représentativité pour les trois zones parmi les plus déficitaires en dermatologues de la région mais aussi d'un fonctionnement permettant le remplacement médical en cas d'absence du médecin requérant. Un dernier point, les MSP représentent à ce jour le meilleur exemple de lutte contre la désertification médicale en territoires difficiles, modèle agrée aussi par les ARS. Ce point représente l'enjeu principal et c'est lui qui à déclenché au tout début la recherche des solutions alternatives à la consultation classique.La télédermatologie pourrait être une des solutions acceptées par l'ARS tout comme par le reste des pouvoirs publics en réponse aux problèmes d'augmentation alarmante de la moyenne d'âge des médecins dermatologues dans la région ainsi qu'à l'urbanisation de la profession dermatologique.

Bien qu'innovante et suscitant grand intérêt parmi les médecins impliqués dans le projet, elle connait pourtant beaucoup de limites, surtout du fait d'un financement non défini à ce jour.

L'expérimentation actuelle a proposé une rémunération provisoire en mode forfaitaire, celle-ci étant finalement acceptée par les professionnels de santé mais

jugée insatisfaisante sous la forme actuelle pour la pérennisation d'un tel projet. Si un modèle forfaitaire sera envisagé par les pouvoirs publics en cas de généralisation de la télédermatologie, ce modèle devrait satisfaire les demandes de tous les professionnels impliques afin de rendre la télédermatolgie attractive. L'application à une large échelle de la télédermatologie est la recette qui pourrait engendrer une réduction de couts par rapport à la pratique actuelle. Plus de recherche dans ce sens seront nécessaires. Un autre facteur demeurant difficile, est le fait qu'il s'agisse d'une innovation informatique et technologique, qui devrait voir le jour selon un schéma expérimental. Le challenge principal était que ce format devait répondre principalement a deux questions, c'est-à-dire être à la fois facile à exploiter et donc peu chronophage, mais aussi satisfaisant du point de vue de l'information médicale transmise et donc similaire en complexité à une consultation standard de dermatologie.

D'autres projets de télémédecine sont déjà en cours et certaines régions de la France ont même débuté l'expérimentation de la télédermatologie sous diverses formes. Concernant la Haute-Normandie, malgré un l'appel à projets en octobre 2014, et une importante avancée des discussions du groupe de travail, la forme finale de la plate-forme informatique n'est pour l'instant pas paramétrée pour la téléexpertise dermatologique, ce qui retarde la date des premières inclusions.

Les indicateurs de suivi qualitatif vont pouvoir donner un aperçu de l'efficacité de l'expérimentation. Néanmoins, une première étude à six mois d'utilisation demeure incontournable afin de tester la viabilité du processus et suggérer si le rapport cout-bénéfice est favorable pour la télédermatologie. Une deuxième étude parait nécessaire après inclusion d'un nombre significatif des demandes, afin de pouvoir répondre au critère principal de jugement concernant l'expérimentation, c'est-à-dire de vérifier si la télédermatologie réduit les inégalités d'accès aux soins tout en maintenant une qualité de soins adéquate pour tous les patients.

Malgré une forte volonté du groupe de travail dans le bon développement du projet, il existe actuellement un retard significatif dans la Haute Normandie par rapport aux autres régions, ce qui ne permet pas encore l'expérimentation régionale de cette solution potentiellement intéressante dans le contexte actuel.

14. Bibliographie

1. Les médecins au 1er janvier 2012. DREES Etudes Résultats. 2012;(796):8.

2. Tableau 1. Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. DRESS; 2015. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=1168

3. Stéphan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. A propose de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Toulouse III– Paul Sabatier – Faculté de médecine; 2012.

4. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Paris: Conseil national de l'ordre des médecins; 2014 janv p. 274. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

5. Avogadro-Leroy S. Pathologies cutanées en médecine générale: une étude quantitative en Haute-Normandie [Thèse pour le doctorat en médecine]. Faculte mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2012.

6. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer. 2014;(114):148‑57.

7. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale: dificultés et propositions des généralistes [Internet] [Thèse pour le doctorat en médecine]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2012. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768344/document

8. Merenstein D, Meyers D, Krist A, Delgado K. How well do family physicians manage skin lesions? J Fam Pract [Internet]. 01 2007;vol 56(No 1). Disponible sur: http://www.jfponline.com/fileadmin/jfp_archive/pdf/5601/5601JFP_Article2.pdf

9. Bureaux V. la prise en charge des pathologies dermatologiques en médecine générale : une étude qualitative. rouen; 2012.

10. Windemuth D, Stucker M, Hoffman K, Altmever P. The prevalence of psychological changes in dermatologic patients in an acute care setting. Hautarzt. 1999;50(5):338‑43.

11. Perdu-Laplace S. Prise en charge des pathologies cutanées en médecine générale: le regard des dermatologues [Internet]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2012. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768298/document

12. Micheau J, Molière E, Sens P. L'emploi du temps des médecins libéraux [Internet]. Paris: DRESS; 2010 mai p. 15. (Dossiers Solidarité et Santé). Report No.: 15. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf

13. GHH | AffichageDepuisRecherche [Internet]. [cité 25 oct 2012]. Disponible sur: http://eportail.ch-

havre.fr/portal/page/portal/WWW_UTILS/RECHERCHE/AffichageDepuisRecherche?_piref560_155728_560_155709_155709.selpageid=563,267691

14. Pôles médicaux CHI Eure-Seine - Dermatologie Vénérologie - Evreux [Internet]. [cité 25 oct 2012]. Disponible sur: http://www.chi-eureseine.fr/page/pageLibre000102c3.html

15. CHU de Rouen - Accueil [Internet]. [cité 8 oct 2012]. Disponible sur: http://www3.chu-rouen.fr/internet

16. Eco-Santé 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=

17. Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 [Internet]. Paris: IRDES; 2012 juil p. 227. (Les rapports de l'IRDES). Report No.: 553. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf

18. Déontologie médicale sur le web - Le Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2011 déc p. 48. (Déontologie médicale sur le web). Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/livre_blancdeontoweb2012.pdf

19. Santée Connectée - de la E-Santé à la santé connectée [Internet]. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; 2015 janv p. 36. (Le livre blanc du conseil national de l'Ordre des médecins). Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins-sante-connectee.pdf

20. 2ème baromètre sur les médecins utilisateurs de smartphone en France [Internet]. Vidal; 2013. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CP_Barometre_VIDAL_CNOM_2.pdf

21. Epiderm - service de téléconseil dermatologique [Internet]. Epiderm. 2016. Disponible sur: https://epiderm.co/

22. eHealth and innovation in women's and children's health: A baseline review [Internet]. Genève: World Health Organization; 2014 mars p. 164. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111922/1/9789241564724_eng.pdf?ua=1&ua=1

23. Tesnière A, Leloup P, Quéreux G, Maillard H, Pedailles S, Leccia M-T, et al. Avis dermatologiques à distance: une enquête interrégionale. Elsevier Masson. 2015;85‑93.

24. La loi HPST à l'Hopital : les clés pour comprendre [Internet]. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2011. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

25. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. 2010-1229 oct 19, 2010. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id

26. Direction générale de l'offre de soins. Télémédecine et responsabilités juridiques engagées [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2012. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf

27. Code de la santé publique - Article R6316-4. Code de la santé publique.

28. Code de la santé publique - Article R4127-4 [Internet]. Code de la santé publique août 8, 2004. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912862&cidTexte=LEGITEXT000006072665

29. Code de la santé publique - Article R4127-72 [Internet]. Code de la santé publique août 8, 2004. Disponible sur: Code de la santé publique - Article R4127-72

30. Code de la santé publique - Article R4127-64 [Internet]. Code de la santé publique août 8, 2004. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912933&cidTexte=LEGITEXT000006072665

31. Code de la santé publique - Article L5211-1 [Internet]. Code de la santé publique mars 21, 2010. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690281

32. Code de la santé publique - Article R6316-9 [Internet]. Code de la santé publique déc, 2013. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022934345&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131228

33. Bonnans V, Droz-Bartholet L, Garcia É, Lecuyer P. Mise en oeuvre d'un service de télédermatologie en Franche-Comté. Elsevier Masson. 09 2012;1(764):96‑103.

34. Lancement du projet DOMOPLAIES [Internet]. Télésanté Basse Normandie. 2014. Disponible sur: http://www.telesante-basse-normandie.fr/l-enrs-et-les-projets/domoplaie,1641,1099.html

35. Présentation de la plateforme PRATIC [Internet]. Gcs Telesante Haute Normandie; 2015. Disponible sur: http://www.gcs-telesante-haute-normandie.fr/portail/projets-services/gallery_files/site/1706/1871.pdf

36. Bara C, Maillard H, Beneton N, Serre P, Celerier P. La télédermatologie dans la prise en charge des patients en milieu carcéral : expérience d'un centre régional. Elsevier Masson. 9 mars 2013;140(3):216‑8.

37. Mahé E, Béatrice C, De Bailleux O. Télédermato: expérience préliminaire avant développement du réseau francilien unissant deux centres experts à quinze centres pénitentiaires. Elsevier Masson. 27 nov 2013;140(12S1):365‑8.

38. Ottavy F. Expérimentation novatrice: téléexpertise régionale en Corse en dermatologie libérale. Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine. oct 2015;(4):15‑6.

39. Janczewski A. Création et mise en place d'une expérimentation de télédermatologie pour la médecine générale [Internet] [Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine]. [Marseille]: La faculté de médecine de Marseille; 2012. Disponible sur: http://www.exercer.fr/numero/106/supp/2/page/38/

40. Assis T, Palhares D, Alkmim M, Marcolino M. Teledermatology for primary care in remote areas in Brazil. J Telemed Telecare. déc 2013;19(8):494‑5.

41. Thind CK, Brooker I, Ormerod AD. Teledermatology: a tool for remote supervision of a general practitioner with special interest in dermatology: Teledermatology remote supervision of GPSI. Clin Exp Dermatol. 13 janv 2011;36(5):489‑94.

42. Wootton R, Bahaadir K, Hailey D. Estimating travel reduction associated with theuse of telemedicine by patients and healthcare professionals: proposal for quantitative synthesis in a systematic review. BMC Health Serv Res. 8 août 2011;11(185):1‑10.

43. Classification des actes médicaux (CCAM) [Internet]. 2014 12. Disponible sur: http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php

44. Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) [Internet]. Direction générale de l'offre de soins; 2011 12 p. 1. (Bureau de l'évaluation, modèles et méthodes). Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/les-schemas-regionaux-d-organisation-des-soins-sros.html

45. Programme de développement de télémédecine haute normandie.pdf [Internet]. ARS Haute-Normandie; 2013. Disponible sur: http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/PRS/telemedecine_definitif.pdf

46. Présentation du CGS Télésanté Télémédecine [Internet]. Santé Haute Normandie. 2016. Disponible sur: https://www.sante-haute-normandie.fr/portail/je-suis-professionnel-de-sante/presentation-du-gcs-telesante/presentation-generale,547,530.html

47. Note télémédecine FFMPS.pdf [Internet]. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé; 2013. Disponible sur: http://www.ffmps.fr/index.php/la-federation/circulaires-d-information/nouvelles-circulaires/161-2013-circulaire-de-decembre

48. PRATIC (Partage Régional d'Applications deTélémédecine et d'Imagerie Clinique) [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.sante-haute-

normandie.fr/portail/je-suis-professionnel-de-sante/presentation-du-gcs-telesante-telemedecine/projet-pratic,1321,1096.html

15. Annexes

15.1. Annexe 1. Proposition de fiche de recueil

Colonne de gauche : données patient, colonne fixe
Renseignements démographiques
Nom :
Prénom :
Age :

Le patient est en capacité de se déplacer
☐Seul
☐Avec une tierce personne
☐En ambulance

☐Il s'agit d'un suivi (téléexpertise déjà effectuée pour cette lésion)

Antécédents (voir pour pousser le volet médical de synthèse du logiciel ou PDF, sinon prévoir un cadre libre)
Traitement de fond (voir pour pousser le volet médical de synthèse du logiciel ou PDF, sinon prévoir un cadre libre)
Allergies éventuelles (voir pour pousser le volet médical de synthèse du logiciel ou PDF, sinon prévoir un cadre libre)
☐Antécédents familiaux de mélanome

Contexte clinique particulier (grossesse, voyage récent…) : [Texte libre]

Date d'apparition des lésions
☐Moins de 3 jours
☐De 3 jours à 6 jours
☐1 à 4 semaines
☐Plus d'un mois

Il s'agit d'une :

☐Lésion unique
☐Eruption diffuse
☐Eruption à localisation particulière (cheveux, visage, plis, extrémités)
Colonne de droite : 3 options selon le choix à la dernière question de la colonne de gauche

Option 1 : Il s'agit d'une lésion unique
Localisation : silhouette cliquable [plusieurs zones possibles], zone de texte libre pour des précisions éventuelles
Caractéristiques de la lésion
☐Pigmentée
☐En croissance
☐Douloureuse
☐Prurigineuse
☐Saignant au contact
☐Infiltrée
Commentaire : [Texte libre]

Traitements antérieurs appliqués
☐Topiques [si coché : fenêtre supplémentaire « le ou lesquels ? » avec réponse en texte libre]
☐Médicaments per os [si coché : fenêtre supplémentaire « le ou lesquels ? » avec réponse en texte libre]
☐Aucun

Hypothèse diagnostique du MG : [Texte libre]
Degré de certitude : Echelle de Likert de 1 à 10

Questions posées
Quel est le diagnostic ?
Quel traitement proposer au patient ?
Faut-il adresser le patient à un dermatologue, et si oui dans quel délai ?
Autre : [Texte libre]

Option 2 : Il s'agit d'une éruption diffuse

Quelle est la lésion élémentaire ? [Brève description de chaque lésion, avec photos apparaissant en cliquant sur chaque description de lésion]

☐Macule

☐Vastes nappes érythémateuses

☐Papule

☐Nodule

☐Vésicule

☐Bulle

☐Purpura

Caractéristiques de l'éruption

☐Fébrile

☐Associée à des signes muqueux

☐Douloureuse

☐Prurigineuse

☐Il s'agit d'épisodes récidivants par poussées

Commentaire : [Texte libre]

☐Introduction récente d'un médicament

Nom du médicament : [Texte libre]

Date d'introduction (calendrier)

Traitements antérieurs appliqués

☐Topiques [si coché : fenêtre supplémentaire « le ou lesquels ? » avec réponse en texte libre]

☐Médicaments per os [si coché : fenêtre supplémentaire « le ou lesquels ? » avec réponse en texte libre]

☐Aucun

Hypothèse diagnostique du MG : [Texte libre]

Degré de certitude : Echelle de Likert de 1 à 10

Questions posées

Quel est le diagnostic ?
Quel traitement proposer au patient ?
Faut-il adresser le patient à un dermatologue, et si oui dans quel délai ?
Autre : [Texte libre]

15.2. Annexe 2- Proposition de fiche de réponse

Renseignements démographiques
Nom :
Prénom
Age :
☐ Il s'agit d'un suivi (téléexpertise déjà effectuée pour cette lésion)

Résumé des principaux éléments de la demande effectuée par le MG (type de lésions, durée d'évolution, localisation si unique, caractéristiques, questions posées).

Les images fournies me permettent-elles de répondre à la ou les questions posées ?
☐ Oui
☐ Non [Arrêt du formulaire, et réponse automatique au requérant, avec ajout éventuel de commentaires du médecin requis sur les ajouts/modifications à effectuer].

Proposition diagnostique : [Texte libre]
Proposition thérapeutique : [Texte libre]
Adressage éventuel du patient :

☐ Inutile pour le moment
☐ Utile si évolution défavorable malgré le traitement
☐ Nécessaire dans un délai habituel (prise de rendez-vous par le patient)
☐ Nécessaire dans un délai rapide (moins de 2 semaines)
[Si la case « Inutile pour le moment » est cochée, apparition de la question suivante]

Un suivi télédermatologique serait utile pour ce patient :

☐ Oui

☐ Non

[Si la case « Oui» est cochée, apparition de la question suivante]

Dans quel délai :

☐ 1 à 2 semaine

☐ 1 mois

☐ 3 mois

☐ 6 mois

15.3. Annexe 3 – L'ancienne schéma pour le flux de l'information

Initialement, le groupe de travail avait proposé un schéma concernant le flux de l'information, inspiré du workflow déjà utilisé par Covalia® en Basse-Normandie et Languedoc-Roussillon.

Schématiquement, le flux de l'information pouvait se résumer comme le suit dans les trois figures:

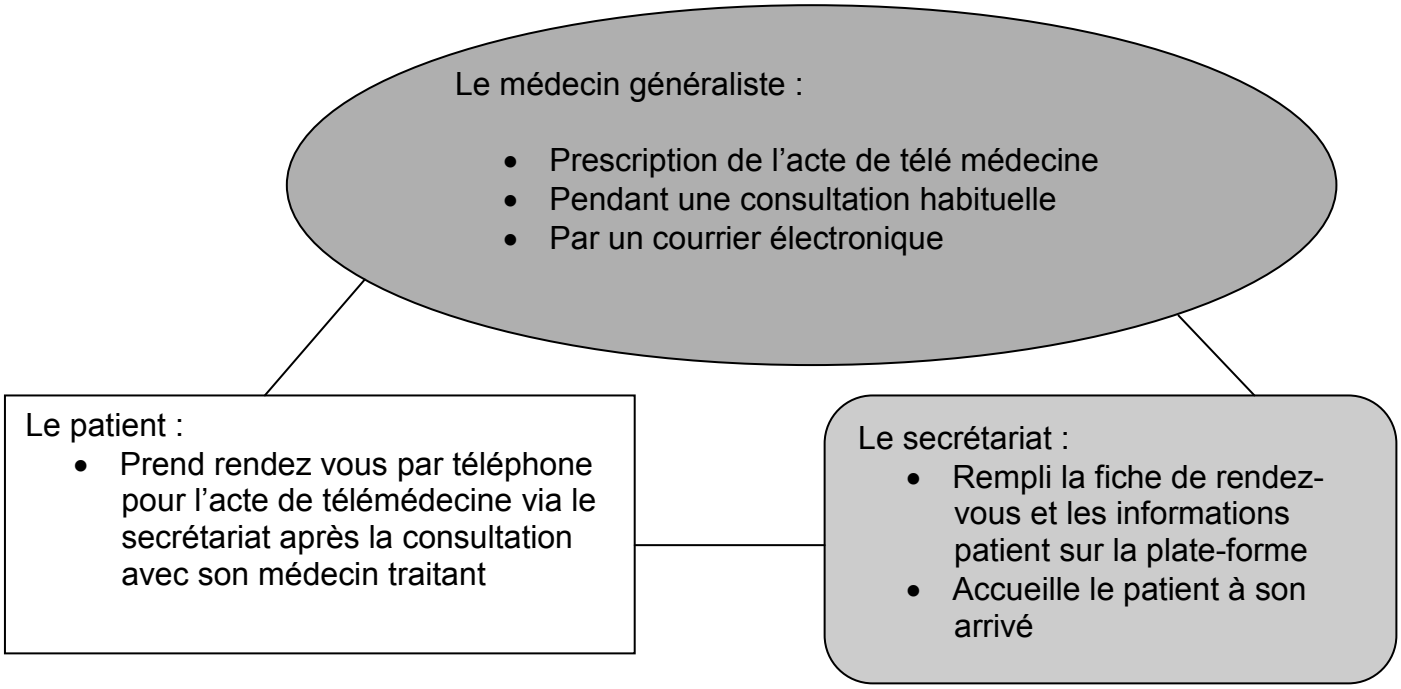

Figure 10. Préparation de la télé expertise

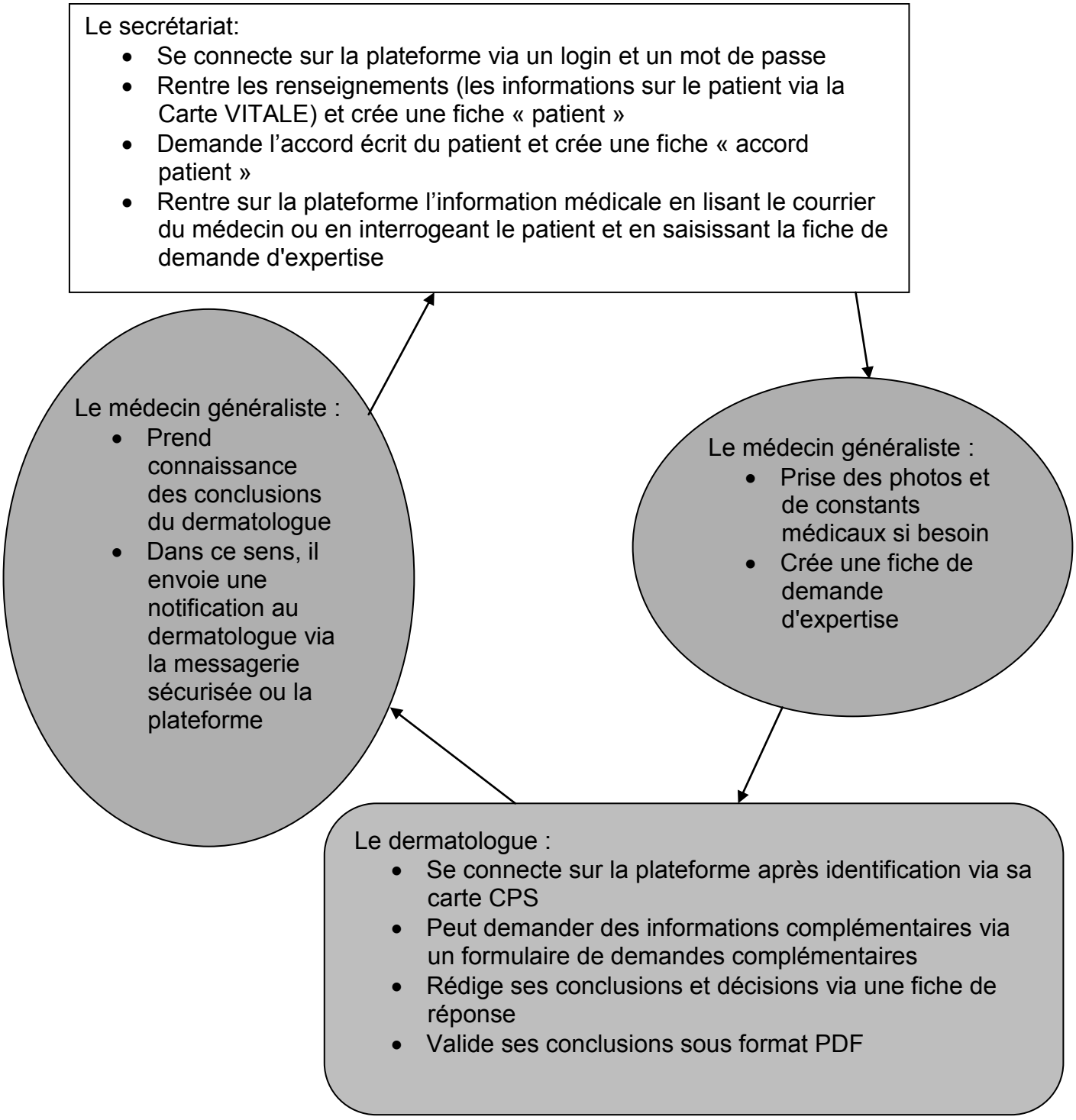

Figure 11. Résumé de la télé expertise

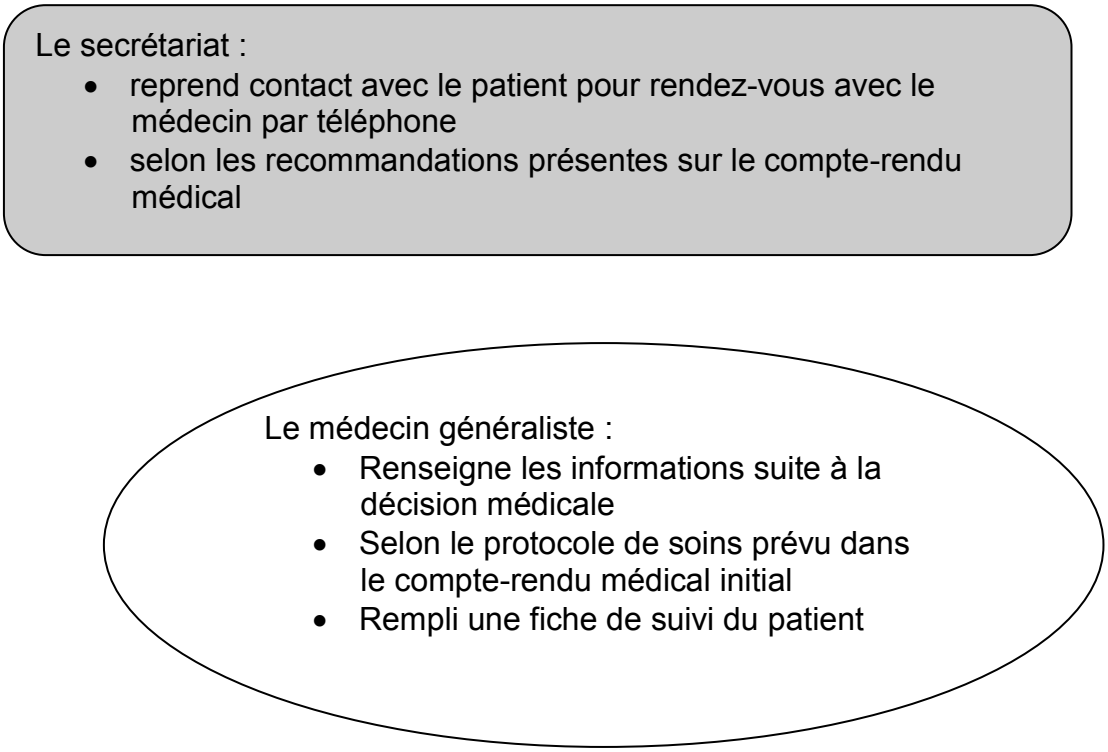

Figure 12. Suivi de la télé expertise