

Création d'une fiche d'information à l'usage des médecins généralistes pour réaliser une demande de télé-expertise en dermatologie, concernant les cancers cutanés

Julia Petiteau, Léa Mairot

▶ **To cite this version:**

Julia Petiteau, Léa Mairot. Création d'une fiche d'information à l'usage des médecins généralistes pour réaliser une demande de télé-expertise en dermatologie, concernant les cancers cutanés. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01580432

HAL Id: dumas-01580432

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01580432

Submitted on 1 Sep 2017

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.

UFR de Pharmacie
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n’a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l’utilisation de ce document.

D’autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

CREATION D'UNE FICHE D'INFORMATION A L'USAGE DES MEDECINS GENERALISTES POUR REALISER UNE DEMANDE DE TELE-EXPERTISE EN DERMATOLOGIE, CONCERNANT LES CANCERS CUTANES

THESE*
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par Julia PETITEAU, *[Données à caractère personnel]*
Et
Léa MAIROT, *[Données à caractère personnel]*

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 01/09/2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Pr IMBERT Patrick

Membres du jury :

Me la Pr LECCIA Marie Thérèse

Me la Pr CARPENTIER Françoise

M. le Dr. HENRIOT Aymeric

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

REMERCIEMENTS

- A notre président de Jury : **M. le Professeur Patrick IMBERT,**

Merci pour votre engagement pour la médecine générale, et pour votre présence en tant que tuteur. Vous nous avez fait honneur en acceptant de présider notre jury. Veuillez trouver en ces mots, l'expression de notre profonde estime.

- A notre directeur de thèse : **M. le Dr Aymeric HENRIOT,**

Merci de nous avoir orienté, guidé, et aidé à synthétiser notre travail. Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse. Nous te remercions de la confiance que tu nous as accordée, et de la patience dont tu as fait preuve.

- A notre juge : **Me la Professeur Marie Thérèse LECCIA**

Merci d'avoir accepté de juger notre travail, soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

- A notre juge : **Me la Professeur Françoise CARPENTIER**

Merci d'avoir accepté de juger notre travail, soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

- Aux 6 experts ayant participé à notre thèse :

Merci encore pour votre disponibilité, et votre aide à la réalisation de ce travail.

- A Thibaut :

Merci pour ta précieuse aide pour la rédaction de notre fiche informatique, merci mille fois.

REMERCIEMENTS DE JULIA

- A Léa. Merci tout simplement d'être toi, d'être mon amie depuis si longtemps, et d'avoir partagé cette « grosssse thèse » avec moi. Merci pour nos fous rires (et larmes), nos moments privilégiés passés ensemble, et tout le reste qu'il serait trop long de citer. A notre amitié, qui j'espère ne s'estompera jamais !

- A Simon. Merci pour ta patience à m'écouter, tes encouragements, ta présence, ta douceur, et ton soutien à toute épreuve. Je n'y serai probablement jamais arrivé sans toi. Je t'aime.

- A mes parents. Pour votre amour, votre soutien, et pour avoir cru en moi depuis le début, surtout quand je n'y croyais pas moi-même.

Maman, pour tes encouragements, pour nos longs moments au téléphone, et ta relecture de dernière minute.

Papa, pour nos moments détente piscine ping pong, pour ton aide dans tous les soucis du quotidien, et pour ta patience.

- A mon papi Michel, qui hélas n'est plus là aujourd'hui, mais qui je pense aurait été fier de moi.

- A ma tante Christine, pour m'avoir autant gâtée pendant toutes ses années, et pour avoir cru en moi.

- A mes 2 frères Damien et François, mes geeks dans l'âme, que j'aime.

- A Marie Claude et Domi pour m'avoir accueilli bras ouverts, et pour votre soutien pendant les préparatifs de l'internat.

- A Bat pour ton aide dans la correction du résumé en anglais.

- A PM et Toinou, mes amis de toujours, vous êtes comme « la famille ». Pour tous nos souvenirs de longue date, et pour nos retrouvailles semestrielles.

- A Lulue, pour notre longue amitié, et nos coups de téléphones à rallonge. Nous n'avons qu'un jour de différence, on se suit depuis toutes ses années.

Merci pour nos vacances au ski, à la mer, à l'étranger, et pour les prochaines encore j'espère.

- Aux copines de Besac : Léa, Lulue, Gratin, Juju, Chacha, Pichon, Blondy, Nanous et Mama, merci d'être toujours là, et pour votre amitié sincère. En espérant qu'on poursuive nos weekend de bande de folles encore et encore !

- Aux copains du premier semestre : Cucu, Mouty, Bruno, Chloé, Nico, Estelle, Audrey, Julian, Charles, Cécile et Eva. Merci pour tous ses riches souvenirs du premier semestre (dont la cuite du lundi soir façon Dark Julia), puis, pour tous ses moments passés ensemble (coloc' ou non), et pour nos vacances mémorables (ski, kite, rando…).

- A Ludo et Yoann, mes amis Grenoblois. Pour nos sessions sportives, ski de fond, rando, course à pied… Merci pour votre écoute, et votre soutien.

- A la bande des Chambériens du dernier semestre (trop longue à citer), pour ce semestre inoubliable riche en émotions! Mon internat s'est commencé et fini en beauté.

- A mes co internes des différents stages, pour tout ce qu'on a partagé.

- A Jeff, mon mentor en médecine générale. Merci pour ton accueil, ton soutien, ta générosité, et ta disponibilité.

- A mes maitres de stage, pour m'avoir toujours encouragé et soutenue.

- A l'ensemble de l'équipe de la réanimation d'Annecy, pour votre accueil, votre enseignement, et pour me stimuler à apprendre toujours plus chaque jour.

REMERCIEMENTS DE LEA

Je veux remercier toutes celles et ceux qui ont rendu cet accomplissement possible, avec *par ordre chronologique d'apparition dans ma petite vie* :

- Mes chers parents : « à mon père pour son génie du bricolage, à ma mère pour celui du raccommodage ». Vous êtes un modèle d'éducation, d'amour, de patience, de travail, de tolérance, d'humour, et j'en passe... Vous m'avez farcie de tellement de valeurs, et vous continuez encore à l'aube de mes 30 ans, avec toujours autant de passion et d'acharnement ! Vous avez toujours réussi à me persuader que tout allait bien se passer pour moi, sans jamais me montrer votre inquiétude, notamment dans mes grands moments de désespoirs et de doutes d'étudiante, et il y en a eu ! Merci de votre soutien sans faille, pourvu que ça dure.

- Ma sœur Apo : quelle chance de grandir à tes côtés, d'être ta petite sœur puis ton amie, et bientôt ta témoin. Tu me rappelles tous les jours que oui, c'est possible d'approcher la perfection ! Je partage avec toi et ton double cette victoire (avec une petite fierté quand même de passer ce cap avant toi!).

- Mes grands-parents : j'aimerais que vous soyez tous là, mais il ne reste que ma petite mamie Nicole, tu seras fière pour les 4 j'en suis persuadée. (Ne te sens pas pour autant obligée de lire ce travail !)

- Ma plus vieille amie, qui s'avère être ma co-thésarde : Julia. S'il y a bien une personne que je dois remercier pour cette thèse, c'est toi. Tu m'as invitée à travailler sur ce projet que tu faisais naître, et c'est une chance, merci. Sans toi, je n'aurais pas été docteur avant le dernier des derniers moments, c'est certain, étant la reine de la procrastination !
On est copine depuis 22 ans, c'est fort ! Le nombre de fous rires et de discussions, terrasse largement les moments difficiles de cette thèse, qui ont été finalement très rare. Le dernier fou rire en date est celui de la mise en forme de la biblio : je la re-re-referais cette fichue biblio, s'il fallait rire encore.

- Serge mon vieux pote : ta présence téléphonique est assidue, je connais tellement ta voix que te voir physiquement devient presque bizarre.

- Mes grosses copines de Besac : Julia, Maé, Chacha, Nanouss, Blondy, Pichon, la bonne Lulue (et nos voyages chaotiques), Gratin (quelle joie que tu sois venue à Grenoble), et la Juj' (amie fidèle, mon bureau des lamentations toujours ouvert). Merci pour toutes nos vacances, pour notre vie étudiante à Besac, qui s'est

transformée en retrouvailles semestrielles dans toute la France (mais qu'est ce qu'on est allée faire à Nans ss St Anne ?). Génial de vous voir encore ! On reste debout !

- La TLB team et ce 1er semestre trop cool : Momo, Auriac, Soso, Sylvain, Antho, Fab, et les autres.

- Momo : ta joie de vivre incroyable et ton dynamisme continuent de me clouer, j'aime ta façon de profiter de tout, tu es un exemple, et tu as tellement enrichi ma vie, merci !

- Thomas, mon teania : découverte tardive, mais quelle découverte ! Je crois que c'est l'épisode du tandem qui a scellé notre amitié à jamais ! Tout ce qu'on fait ensemble nous amène à une « bonne tranche de rire », même quand c'est la crise de chouinite aiguë. Je ne sais pas si je te dois cette thèse, je ne crois pas, mais en tout cas, je peux te dire : cchhhaaaaaa, je la passe avant toi !

- Les 10 co-internes des urgences : Thibault, Amina, Iris, Charly, Carole, Robin, Clément, Marisa, Elise, et mon petit Amaumau (de nouveau mon co-interne et de nouveau mon coloc au princi cette fois, quel bonheur d'être avec toi !) : pour ce semestre de folie, nos staffs difficiles du vendredi, nos voyages en semaine off... Longue vie au dispensaire !

- Pauline et Steph : à ce semestre pas comme les autres (je reprends tes termes Paupau !), mais on s'y est rencontrées, et on a quand même beaucoup ri ! J'ajoute notre assistante de choc : Julie, qui a tellement adouci notre semestre !

- Private groupe Chambé : Julia, Cante, Durex, Thotho le gastro, Thomas, Amau, Bandeira, Flo, La Soularde, Davy, Steph, Jenny, Marie B., Juan, Nico, Elo et les autres... : au nombre incalculable de traquenards, à la pierrade du lundi soir, aux apéros sur la plage, aux barbecues dans les jardins de Sainte Hélène, aux champs matinaux de Flo, au ventrigliss et aux côtes de Thotho. C'était fabuleux, merci.

- Les copains de ce dernier semestre (surtout ceux du Princi, restons soudés !) : Amau, Nico, Thib', Cante, Juan, Jeg, La grosse Dud', Thotho, Julie...

- Les ami(e)s encore plus vieux, et un peu plus loin : Stouf, Edouard, Vic, Lolo, Guignol, Charles, Guillon, Estienne, Mona, Maudite, Caro...

- Toutes les personnes, médecins ou non, que j'ai croisées et qui m'ont inspirées.

Table des matières

REMERCIEMENTS **2**

RESUME **9**

RESUME EN ANGLAIS **11**

ABREVIATIONS **12**

ARTICLE **13**
Contexte **13**
Méthode **14**
Résultats **16**
Discussion **21**

CONCLUSION **24**

ANNEXES **26**
Annexe 1 : L'onco-dermatologie en France **26**
1. Carcinome basocellulaire (CBC) 26
1.1 Définition 26
1.2 Epidémiologie 26
1.3 Aspect clinique 27
2. Carcinome spino-cellulaire = carcinome épidermoïde cutané 28
2.1 Définition 28
2.2 Epidémiologie 28
2.3 Aspect clinique 29
3. Mélanome 30
3.1 Définition 30
3.2 Epidémiologie 30
3.3 Aspect clinique 31
Annexe 2 : L'offre de soins en dermatologie, l'évolution à venir **32**
Annexe 3 : Définitions en télé-médecine **35**
1. La télé-médecine 35
2. La télé-dermatologie 37
Annexe 4 : Cadre de la télé-médecine **38**
1. Cadre Juridique 38
2. Cadre déontologique 41
Annexe 5 : Etat des lieux de la télé-dermatologie en France **45**
1 Dans la région Rhônes Alpes 45
1.1 En Isère 45
1.2 En Savoie 45
1.3 En Haute Savoie 46
1.4 Lyon 46
2. En Corse 46
3. Pour le suivi des plaies chroniques 47
4. En EHPAD 48
5. En milieu carcéral 49
6. Partenariat France/ Dom Tom 50
Annexe 6 : Type d'étude **52**
Annexe 7 : Méthode **58**
1. Sélection des experts 58
2. Choix des notations et des votes 58

3. Items d'emblée sélectionnés 59
4. Organisation de la réunion 60
5. A l'issue de la réunion 60
Annexe 8 : Déroulement de la réunion 61
1 Présentation (durée 20 minutes) 61
2 Réflexion (5 minutes) 61
3 Premier tour de table (25 minutes) 61
4 Reformulation et éclaircissement des items (15 minutes) 61
5 Premier vote (40 minutes) 62
6 Deuxième tour de table (55 minutes) 62
7 Deuxième vote (5 minutes) 62
8 Discussion et conclusion (5 minutes) 62
Annexe 9 : Critères ABCDE 63
Annexe 10 : Résultats 64
1. Items retenus au premier tour 64
2. Items exclus 64
2.1 Exclus par le vote 64
2.2 Exclus lors de la discussion 64
2.3 Fusionnés à d'autres items 66
2. Item voté au second tour 67
3. Liste définitive d'items 68
4. Retour des experts par rapport au produit fini 68
Annexe 11 : Fiche de demande d'avis dermatologique à la recherche d'un cancer cutané. 69
Annexe 12 : Avantages et limites de la télé-expertise dermatologique 71
1. Avantages 71
2. Limites 73
Annexe 13 : Phototypes 76
Annexe 14 : Fiche Varces 77
Annexe 15 : Fiches corses Plaie 78
Annexe 16 : Fiches corses tumeur cutanée 81
Annexe 17 : Programme soirée 83
Annexe 18 : Qualité de l'image 85
BIBLIOGRAPHIE 87
SERMENT D'HIPPOCRATE 92

RESUME

Contexte
L'incidence des cancers cutanés augmente, alors que la densité de médecins généralistes et de dermatologues en exercice, continue de baisser. La télé expertise est une solution proposée pour pallier à l'allongement des délais d'obtention d'un avis dermatologique. Cependant le support des échanges de télé expertise est peu standardisé, notamment dans le domaine de l'onco-dermatologie.
L'objectif primaire de ce travail a été de déterminer les items clinico-biologiques et thérapeutiques indispensables, que les médecins généralistes devaient indiquer dans une fiche pour télé expertise dermatologique, en cas de suspicion de cancers cutanés.
L'objectif secondaire a été la réalisation d'une fiche standardisée à partir de cette liste d'items.

Méthode
Etude qualitative par consensus à partir de la technique du groupe nominal modifié. Les experts recrutés étaient des dermatologues et des MG répartis en nombre équilibré. La réunion a été animée par les deux auteurs et leur directeur.
Les items ont été retenus par un vote selon la technique des pancartes. Les items proposés puis retenus par le groupe d'experts ont été organisés dans une fiche standardisée avec l'aide d'un informaticien, qui a ensuite été soumise aux experts pour acceptation.
Ce travail n'a pas nécessité de déclaration à la CNIL.

Résultats
Le groupe d'experts (trois MG, trois dermatologues) a retenu 26 items en plus des photographies. La fiche de télé expertise a été acceptée par les experts en relecture.

Discussion
Il s'agit de la seule fiche de télé expertise d'onco-dermatologie réalisée par une méthode de consensus reconnue. Le manque d'expérience des auteurs/animateurs du groupe nominal a pu diminuer les possibilités d'expression des experts. Une autre limite a été que le groupe d'experts a exclu des items durant la phase de discussion entre les deux tours de vote, au lieu de les éliminer par un deuxième vote.
Cette fiche devra être évaluée, tant sur le plan de la satisfaction des utilisateurs, que sur le coût d'utilisation.
Les propriétés psychométriques de cette fiche devront être également testées.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 20/07/16

LE DOYEN

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR Patrick IMBERT

RESUME EN ANGLAIS

Context
In France, cutaneous cancer incidence rises while general practitioners (GP) and dermatologist's (DE) demography decreases. Tele expertise is a leading solution to answers the increasing lack of quick DE's opinion. Despite the growing number of initiatives, there is no standardized short form for information exchange between DE and GP about patient and their diseases.
This study aimed to define the exhaustive list of clinical, biological and therapeutic items that GPs had to specify when asking for a DE's advice through a tele-expertise procedure regarding a suspicion of cutaneous cancer. The secondary objective was to propose a standardized form to use.

Method
A qualitative study using a modified nominal group consensus technique was performed. Experts were DE and GPs in equal numbers. The study researchers recorded and facilitated the entire session. Items were sorted through a 2 dimensions and 4 levels scale voting process. The final list of items was structured in a pdf short form format by the researchers and a computer technician. The form was submitted to the experts for approval. This work didn't require any specific ethical approval.

Results
The expert group of 3 GPs and 3 DEs kept 26 items for which they added 2 photos of the cutaneous lesion. Experts unanimously approved the pdf short form.

Discussion
This is the first oncodermatology french tele-expertise short form issued from a consensus technique. One of the limitations was the lack of expertise of the researchers to animate a nominal group. This could have decreased the quality of the procedure. The other limitation was that the expert group excluded 2 items through discussion without resorting to a vote. This is not allowed in such a consensus method, however as there was a clear consensus among the experts it reduces the impact of this limitation. The form needs to be evaluated for psychometric proprieties and users satisfaction. Lastly the short form will be compared to a simple tele-expertise request.

ABREVIATIONS

CEC : Carcinome épidermoïde cutané
CBC : Carcinome baso-cellulaire
KA : Kératose actinique
MB : Maladie de Bowen
PVH : Papillomavirus humain
TIC : Technologie de l'Information et de la Communication
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Loi HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
CSP : Code de Santé Publique
HAD : Hospitalisation A Domicile
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ARS : Agence régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHAL : Centre Hospitalier Alpes Léman
HCL : Hospices Civils de Lyon
ADSL : Asymmetric Digital Subscriber Line
PC : Personal Computer
FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
IC : Intervalle de confiance
MG : Médecins Généralistes
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM : Comité National de l'Ordre des Médecins
PS : Praticien Spécialiste

ARTICLE

Contexte

Les cancers dermatologiques regroupent les carcinomes baso-cellulaires (CBC), les carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC) et les mélanomes.

De 1980 à 2000, le taux d'incidence du mélanome standardisé sur la population mondiale a augmenté de 2,4 à 7,6 pour 100 000 personnes/années chez les hommes, et de 3,9 à 9,5 pour 100 000 personnes/années chez les femmes.
Cette incidence double tous les dix ans (1).
Les taux de mortalité standardisés sur la population mondiale étaient de 1,6/100 000 personnes/années chez l'homme et 1,1/100 000 personnes/années chez la femme (1).

L'incidence des CBC et CEC est difficile à évaluer (2) (3) compte tenu de registres fragmentaires et des destructions de lésions évocatrices sans contrôle histologique.
La mortalité annuelle estimée pour les CBC et CEC est respectivement de 0,1% et <0,01% (2) (3). En revanche 1 homme/11 et 1 femme/15 avant 75 ans risque d'être touché par un CBC ou un CEC. (3). (Annexe 1)

Au premier janvier 2012, la DREES comptait 101 896 médecins généralistes (MG) et 4100 dermatologues en activité en France. La densité de dermatologues était de 6,3 pour 100 000 habitants. L'estimation prévoyait une baisse des médecins toutes spécialités confondues de 10,6% de 2006 à 2030. (4) (Annexe 2)

Face à une pathologie fréquente et une baisse des effecteurs de soin, plusieurs pistes de réponses ont été étudiées. La télémédecine a été fortement développée, en dermatologie notamment la télé expertise. (5). Celle-ci utilise un médecin à distance qui donne son avis à un ou plusieurs confrères sur la base d'informations médicales pour la prise en charge des patients. (Annexe 3)

Sur le plan juridique, la responsabilité des actes et de la sécurité des informations, est définie dans la loi HPST 2009. (6) (Annexe 4)
Le support des informations médicales entre les MG et le dermatologue n'est pas consensuel. Certains utilisent des courriers, d'autres des fiches d'expertises pour leurs échanges.
En France, de nombreuses initiatives locales existent notamment pour l'évaluation

des plaies cutanées. (7) (8). (Annexe 5)
Cependant les auteurs n'ont pas trouvé de fiche standardisée spécialisée pour les demandes de télé-expertise en onco-dermatologie.

L'objectif primaire de ce travail a donc été de déterminer les items clinico-biologiques et thérapeutiques indispensables, que les médecins généralistes devaient indiquer dans une fiche de télé expertise dermatologique, en cas de suspicion de cancers cutanés.
L'objectif secondaire a été la réalisation d'une fiche standardisée à partir de cette liste d'items.

Méthode

Etude qualitative par consensus à partir de la technique du groupe nominal modifié (9) (10).
Un groupe nominal regroupait de six à dix participants, « experts » de la question à traiter. L'expertise était définie comme l'expérience de la situation à investiguer. Si plusieurs points de vue devaient être représentés, il fallait constituer des groupes homogènes selon les critères de recrutement définis pour l'étude. Le nombre de participants devait être suffisant pour assurer la saturation du contenu et la représentation de tous les points de vue. Les étapes de la réunion en groupe étaient standardisées selon un modèle reconnu (tableau 1). (Annexe 6)

Le groupe d'experts a été choisi en fonction des dimensions suivantes : le lieu d'exercice, le mode d'exercice, et la spécialité médicale (dermatologie, médecine générale). Les auteurs avaient choisi 6 experts :

- Un MG exerçant une activité de médecine de montagne, en milieu rural, dans une population plus exposée au soleil
- Un MG exerçant une activité semi rurale en zone de démographie médicale déficitaire
- Un MG exerçant une activité urbaine
- Un dermatologue exerçant au CHU, centre de référence de dermatologie
- Un dermatologue exerçant en centre hospitalier régional
- Un dermatologue exerçant une activité de médecine libérale.

Le système de vote des items se faisait selon la méthode des pancartes, avec des notes allant de 0 à 3 en valeur absolue :

- 0 pour inutile
- 1 pour utile mais pas important
- 2 pour utile et important
- 3 pour utile, important et indispensable

Si un item avait une note totale de 6, et qu'aucun expert ne lui avait attribué une note de 3, l'item était éliminé dès le premier tour.
Un vote à 0 n'éliminait pas l'item, c'est à dire qu'un item dont la note totale était supérieure à 6, était retenu même en présence d'un vote à zéro parmi les experts. Cette note plancher visait à garder la plus grande diversité des items dans un premier temps. (Annexe 7)
Ce système des pancartes limitait l'influence respective des experts, qui exprimaient leur avis simultanément.

Plusieurs items ont été présélectionnés par les auteurs :

- L'âge, l'identité du patient, le sexe, les antécédents personnels et familiaux, les traitements en cours, les allergies, et la date de consultation, qui constituaient des éléments indispensables à toute communication médicale d'après les auteurs.
- Le phototype, qui était un élément récurrent de la littérature, et qui orientait sur le risque de cancer cutané.
- La date d'apparition de la lésion, qui paraissait nécessaire pour préciser son évolutivité.

Tous les items présélectionnés devaient être soumis à la validation par le groupe nominal.

L'ensemble de l'entretien du groupe était enregistré en audio sur ordinateur.

Pour l'objectif secondaire, l'ensemble des items retenus à l'issue de la réunion devait être mis en page par les auteurs avec l'aide d'un informaticien. Le rendu final devait être soumis pour validation aux experts du groupe nominal.

Ce travail n'avait pas nécessité de déclaration auprès de la Commission Nationale

Informatique et Liberté (CNIL) après avis du référent local.

Étapes	Méthode	Objectifs
Énoncé de la question	L'animateur situe le contexte de la recherche, énonce les règles de fonctionnement du groupe, puis lit la question	Mise en situation des participants
Réponses à la question	Chaque participant note toutes ses propositions par écrit et en silence	Production d'un grand nombre de propositions pertinentes
Énoncé des réponses	Tours de table itératifs où chaque participant ne donne qu'une seule proposition à la fois. L'animateur vérifie que chaque proposition ne contient qu'une seule idée	Visualisation par le groupe des propositions (numérotées) au tableau
Clarification	L'animateur a une vue d'ensemble des propositions et veille à faire séparer distinctement par le groupe les propositions différentes et regrouper les propositions similaires. Des reformulations sont souvent nécessaires	Formulation univoque de chaque proposition par le groupe
Vote individuel	Vote écrit et anonyme. Classement dégressif d'un nombre prédéfini de propositions (de 5 à 10)	Hiérarchisation des propositions du groupe
Compilation des résultats	Noter et totaliser les points obtenus par chaque proposition au tableau. Noter la fréquence des votes.	Production du résultat. Restitution aux participants.

Tableau 1 : Fonctionnement classique du groupe nominal tiré de Letrillart (12)

Résultats

Les caractéristiques des experts retenus correspondaient aux critères de sélection établis (tableau 2).
La réunion s'est déroulée au domicile d'une des auteurs le 9 mars 2016 de 19h30 à 23h30. Après le premier tour de table, 59 items étaient proposés (tableau 3). (Annexe 8)

Lors du premier vote, 14 items ont été exclus par une note éliminatoire : douleur, pilosité du cuir chevelu, examen des ongles, lésion familiale similaire au 1er degré, prurit, antécédents (ATCD) d'exérèse de naevus, degré d'inquiétude et d'angoisse du patient, xeroderma pigmentosum, inflammation chronique, chimiothérapie locale, exposition au tabac/arsenic/hydrocarbures/radiations ionisantes/pesticides, infection à Human Papilloma Virus (HPV), comportement psychiatrique du patient, possibilité de biopsier sous anesthésie locale.

Certains items ont été exclus par consensus de groupe, lors de l'étape de clarification des items après le premier vote :

- Les items « critères ABCDE » (annexe 9) et « caractéristiques de la lésion » ont été jugés redondants avec les items « taille » et « évolution » de la lésion.

De plus, le groupe a estimé qu'une description écrite avec un vocabulaire non technique ou par opposition trop spécialisé, serait chronophage et rébarbative pour le MG. Les experts s'accordaient sur le fait que les items « critères ABCDE » et « saignement » étaient accessibles par une photographie de qualité.

- L'item « Présence de naevi par ailleurs sur la peau » a été remplacé par deux autres items : « autres lésions pigmentées similaires » et « présence d'un grand nombre de naevi ».

- L'item « présence de naevi atypiques » a été exclu car jugé redondant avec « autres lésions pigmentées similaires ».

- L'item « patient examiné nu dans sa totalité, y compris les sous-vêtements » a été jugé inutile par les experts.

- L'item « suivi par un dermatologue et si oui, son nom » a été exclu, car jugé non confraternel. De plus, les MG experts estimaient qu'ils sollicitaient spontanément le dermatologue habituel de leur patient.

Certains items ont été fusionnés lors de la clarification :

- Les items « localisation de la lésion » et « lésion en zone photo-exposée » ont été regroupés en « localisation anatomique précise de la lésion ».

- Les 6 items « habitudes d'exposition solaire », « profession », « activité extérieure exposant au soleil », « coups de soleil dans l'enfance », « exposition aux UV artificiels», « antécédent de vie en Outre mer» ont été groupés pour former l'item unique « antécédents d'exposition importante aux UV » avec des cases à cocher des différentes propositions précédentes. Les experts ont considéré que tous ces items étaient redondants.

- L'item « espérance de vie » a été fusionné avec « stade OMS », qui recoupe la même idée. Le but étant de pouvoir proposer une prise en charge adaptée à l'état général du patient.

- Les items « possibilité de déplacement », « possibilité de biopsie sous anesthésie locale », « comportement psychiatrique du patient » ont été regroupés dans un nouvel item intitulé « facteurs pouvant compliquer la prise en charge », avec des exemples entre parenthèse.
Deux de ces items avaient été exclus au 1er tour de vote, et ont été réintégrés par reformulation dans « facteurs pouvant compliquer la prise en charge ».

- L'item « traitement » que les auteurs avaient choisi d'intégrer d'emblée à la fiche sans le discuter, a finalement été complété par d'autres idées. D'une part, les traitements immuno-modulateurs (corticothérapie et immunosuppresseurs) ont été ajoutés. Le groupe estimait que ces facteurs de risque de cancer cutané devaient

être renseignés. D'autre part, la présence de traitements anticoagulants et antiagrégants plaquettaires, modifiait la préparation d'un geste chirurgical. Le groupe estimait donc qu'ils devaient être précisés pour anticiper l'intervention du dermatologue.

- Les items « antécédents personnels de cancers cutanés » et « traitement de cancer cutané antérieur », ont été regroupés sous la forme : « antécédents personnels de cancers cutanés, oui / non, et si oui, quel traitement a été entrepris ? ».

Les items présélectionnés par les auteurs ont été validés par le groupe d'expert.

Lors du second tour, tous les items ont été acceptés à l'unanimité. Seul l'item « facteurs pouvant compliquer la prise en charge du patient » a fait l'objet de 2 formulations proches :

- « facteurs pouvant compliquer la prise en charge (démence, troubles psychiatriques, troubles du comportement, troubles neurologiques, difficulté de déplacement) », avec une case à cocher oui/non et si oui, un texte libre était proposé
- soit le même item sans exemple, avec seulement un texte libre.

La première proposition a été retenue après une discussion spécifique et un nouveau vote.
(Annexe 10)

Au final, 26 items ont été retenus (tableau 4) par le groupe d'expert.

Concernant la qualité des photographies des lésions, le groupe a jugé suffisant de réaliser 2 photographies : un plan large et un agrandissement sur la lésion. Selon une revue systématique de la littérature de 2015, il n'existe pas de standard universel pour la prise de photographie, mais il existe un certains nombres de critères de qualité à respecter. (11)

Le document final (annexe 11) a été soumis aux experts qui l'ont approuvé.

Age	Sexe	Spécialité	Exercice professionnel	Fonction universitaire ou d'enseignement	Conflits d'intérêt
62 ans	Masculin	MG	Semi rural	Maitre de stage SASPAS	aucun
33 ans	Masculin	MG	Médecin de montagne	Maitre de stage UPL	aucun
33 ans	Féminin	MG	Urbain	Tutorat	aucun
37 ans	Féminin	Dermatologue	CHR	Aucun	aucun
33 ans	Féminin	Dermatologue	CHU	Chef de clinique	aucun
45 ans	Féminin	Dermatologue	Libéral	Aucun	aucun

Tableau 2 : caractéristiques des experts du groupe nominal

Phototypes par catégorie	Stade OMS du patient de 1 à 5	Empâtement de la base de la lésion
Localisation écrite par le médecin	ATCD de vie en Outre mer	Lésion de novo ou sur lésion préexistante
Critères ABCDE	ATCD de coups de soleil dans l'enfance	Corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs ?
Présence de naevi par ailleurs sur la peau	Douleur	ATCD de brûlure de la peau ou des plaies chroniques
Évolutivité de la lésion	Le patient a-t-il été examiné dans sa totalité y compris les sous vêtements ?	Traitements précédents déjà entrepris sur cette lésion
Professions et histoires professionnelles	ATCD d'immunodépression, dont transplantation	Lésion en zone antérieurement radiothérapée
Importance de l'activité extérieure exposant au soleil : rare / fréquente / très fréquente	Lésions suspectes uniques ou multiples	Pilosité du cuir chevelu
Taille de la lésion	Somme des activités extérieures	Présence d'éphélides : oui / non
Adénopathie ? Oui / non	ATCD familiaux de cancers cutanés	Examen des ongles
Exposition aux UV artificiels	ATCD personnels de cancers cutanés	Taille actuelle de la lésion

Question posée au dermatologue	Naevi supérieur à 50 ou inférieur à 50	Inflammation chronique
Mobilité du patient	Saignement	Présence de lésions précancéreuses (Maladie de Bowen, Kératose actinique)
Espérance de vie du patient	Prurit	Exposition au tabac, arsenic, hydrocarbures, radiations ionisantes, pesticides)

Métiers ou loisirs exposants au soleil	Identité du dermatologue qui suit le patient	Y a-t-il eu une chimiothérapie locale prolongée ?
Lésion familiale similaire au 1er degré	ATCD d'exérèse de naevus	Présence d'autres naevi atypiques ?
Traitement anticoagulant ou antiplaquettaire	Degré d'angoisse et d'inquiétude du patient	Comportement psychiatrique du patient
Caractéristiques cliniques de la lésion : achromique, ulcérée, pigmentée, crouteuse, nodulaire, kératosique	Souhait du traitement du patient (refus, disposé à chirurgie, radiothérapie, traitements locaux, incapacité de s'exprimer)	Traitement de cancers cutanés antérieurs
Présence de nodules sous cutanés à proximité de la lésion	Demande de prise en charge	Biopsie faite : oui / non ? Et résultats si oui
Métastases en transit	Xeroderma pigmentosum	Possibilité de réaliser une biopsie sous AL
Qualité de la photographie	Infection à HPV	

Tableau 3 : liste des items cités au premier tour

Discussion

Ce travail constitue le premier pas vers une fiche d'avis de télé-expertise en onco-dermatologie issue d'une méthode rigoureuse de consensus.

La sélection du groupe d'experts était conforme aux objectifs de la méthode. Aucun expert n'avait de conflit d'intérêt pour ce travail.
Néanmoins, 5 des 6 experts étaient connus des auteurs sur le plan professionnel.
De plus, le recrutement des experts a été fait sur l'ex-région Rhône Alpes. Un biais lié à un particularisme régional ne peut donc être exclu.
Tous les MG exerçaient des fonctions d'enseignement (maitrise de stage ou tutorat). Cependant il n'y a pas à notre connaissance de données qui justifient d'estimer que ces MG ne soient pas représentatifs des autres MG (12).

Bien que le protocole ait été respecté, deux éléments limitent la qualité méthodologique du travail.
D'une part les auteurs ont choisi de présélectionner des items pour la fiche. Ces items auraient dû être proposés par le groupe et faire l'objet d'un vote au cas par cas.
Cependant les experts ont validés dans leur globalité ces propositions sans réserve. Ils ont bien intégré ces éléments puisqu'ils ont même remanié un des items (« traitements »).
D'autre part, les items exclus durant la discussion entre les deux tours de vote, auraient dû l'être par le vote. Cependant leur retrait avait fait l'objet d'un consensus verbal.

Certains points retrouvés par les auteurs lors de leur recherche préliminaire n'ont pas été évoqués par le groupe.
Par exemple, l'utilisation du dermatoscope qui, d'après les auteurs pourrait être utile pour le dépistage des lésions pigmentées et le dépistage précoce des cancers cutanés (13)(14), mais qui n'est pas utilisé par l'ensemble des MG. Ainsi, l'ajout de cet item à la fiche créée par les auteurs, serait problématique pour les MG ne disposant pas d'un dermatoscope. La fiche ne pourrait être alors utilisée que par des MG « experts » ce qui est contraire à l'objectif de ce travail.

Le manque d'expérience des animateurs a pu être un frein au bon déroulement de la réunion. Cependant, la supervision par le directeur de thèse, formé tant à l'animation de groupe qu'aux méthodes qualitatives, a permis de réduire ce phénomène.

Les experts ont choisi de mentionner « joindre deux photographies (…) », sans préciser les autres critères de qualité de l'image qui auraient pu être requis (11)(15). (Annexe 18)
En effet, ces critères de qualité de photographie, pourraient être abordée lors de la formation des MG à l'utilisation de cette fiche.

La technique du groupe nominal aurait pu également se réaliser par croisement de travaux de plusieurs groupes nominaux ; en pratique, il n'était pas possible d'obtenir un recrutement suffisant d'expert.

Age	Localisation anatomique précise :
Sexe	Taille de la lésion (plus grand diamètre en mm) :
Traitement en cours (préciser si anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, corticothérapie, immunosuppresseurs)	Date d'apparition de la lésion :
Allergies connues	Si évolutivité, date de début :
Antécédents personnels (préciser si immunodépression, cicatrice, plaies chroniques, brûlure, radiothérapie)	Infiltration / induration de la lésion : oui / non
Antécédents personnel de cancer cutané : oui/non ; si oui, quel traitement entrepris	Adénopathie satellite : oui / non
Antécédents personnels de lésions précancéreuses : présence d'une maladie de Bowen, présence d'une kératose actinique. Sous forme de cases à cocher.	Nodules sous cutanés : oui / non
Antécédents d'exposition importante aux UV (une ou plusieurs réponses possibles, en cases à cocher) : professionnelle, coups de soleil dans l'enfance, loisirs, UV en cabines, vie en Outre mer	Métastases en transit : oui / non
Antécédents familiaux de mélanome : oui / non	Biopsie faite : oui / non ; si oui : quel résultat ?
Phototypes : case à cocher pour chaque phototype	Traitement déjà entrepris pour la lésion :
Stade OMS du patient : avec cases à cocher pour chaque stade	Facteurs pouvant compliquer la prise en charge (démence, troubles du comportement, troubles neurologiques, maladie psychiatrique, difficulté de déplacement) : oui / non : Puis texte libre
Présence d'un grand nombre de naevi : oui / non	Commentaires :
S'il s'agit d'une lésion pigmentée, existe-t-il d'autres lésions pigmentées similaires sur le corps : oui / non	Question posée au dermatologue :

Tableau 4 : liste définitive d'items

CONCLUSION

Maintenant que cette fiche a été développée, plusieurs travaux doivent encore être réalisés pour améliorer cet outil.

Dans un premier temps, un infographiste pourrait retravailler la fiche et son ergonomie. Les propriétés psychométriques de la fiche devront être évaluées. La satisfaction des utilisateurs, le coût, ainsi que le temps d'utilisation en consultation seront des critères d'évaluation centraux.

Dans un second temps, cette fiche devra être évaluée en comparant son efficacité par rapport à celle d'une demande d'avis de télé-expertise sans fiche. Par exemple, un groupe d'avis à partir des photos et de l'âge du patient pourrait être comparé à un groupe qui donnerait son avis avec la fiche complète. Les critères de jugement pourraient être une mesure de la modification du diagnostic ou de la prise en charge.

De très nombreuses expériences existent dans le domaine de la télé-dermatologie en France et dans le monde, depuis une vingtaine d'années.

Les cibles prioritaires ont été les personnes âgées dépendantes au sein des EHPAD, la prise en charge des détenus en centre pénitentiaire, la prise en charge ambulatoire des plaies, et le dépistage de pathologies cancéreuses.

L'importance de la demande en soins dermatologiques associée à une densité décroissante des médecins spécialistes, entraine un isolement des médecins généralistes et des patients. Tout cela induit des conséquences médico-économiques, telles que des retards dans la prise en charge, un traitement plus lourd et plus coûteux, une augmentation du nombre d'hospitalisations, et des transports prescrits. (Annexe 12) La télémédecine, dont fait partie la télédermatologie, tend à pallier à ces difficultés.

Depuis 2009 et la loi HPST, la télé-médecine bénéficie en France d'une assise juridique fiable, étape préalable à son fonctionnement.

Une fiche d'observation standardisée dédiée pour chaque demande d'avis dermatologique, consignée dans le dossier du malade nous paraît indispensable à la bonne pratique de la télé-expertise dermatologique.
L'intérêt de cet outil serait de faire gagner du temps au médecin généraliste lors de la rédaction de la demande, et au dermatologue lors de son expertise, en ayant l'ensemble des informations nécessaires au diagnostic.
Il sera donc nécessaire de tester l'efficience de cette fiche, et également de revoir l'intérêt du dermatoscope dans la rédaction de la demande d'avis.

La formation des professionnels de santé à l'utilisation précise de l'outil minimisera le risque d'erreurs.

ANNEXES

Annexe 1 : L'onco-dermatologie en France

D'après un rapport de l'HAS en 2004 (2), les données épidémiologiques concernant les cancers cutanés autres que mélanomes sont fragmentaires et incomplètes, car de nombreux registres des cancers ne les prennent pas en compte. En effet, ils sont rarement inclus dans les statistiques des registres nationaux ou régionaux du cancer et, lorsque c'est le cas, ils sont le plus souvent regroupés entre cancers cutanés épithéliaux, sous l'étiquette commune de « carcinomes cutanés » ou « cancers cutanés autres que mélanomes ».
Ces carcinomes cutanés sont en effet difficiles à recenser, car parfois détruits sans analyse histologique préalable.

1. Carcinome basocellulaire (CBC)

1.1 Définition

Le CBC est une tumeur épithéliale développée aux dépens du tissu épidermique, survenant le plus souvent de novo, localisée uniquement à la peau, jamais sur les muqueuses, et de malignité locale.

1.2 Epidémiologie

La France ne compte à ce jour de registres généraux du cancer que dans 9 départements (Bas-Rhin, Doubs, Calvados, Isère, Tarn, Somme, Hérault, Haut-Rhin et Vendée). Parmi eux, seuls les registres du Haut-Rhin, du Doubs et plus récemment du Calvados comptabilisent les CBC. (16)
Le registre des cancers du Haut-Rhin a étudié l'épidémiologie des cancers cutanés, dont les CBC sur la période 1988 à 1996.

Les chiffres d'incidence ont tendance à augmenter au cours des dernières années comme le montrent les données du Haut-Rhin :
- l'incidence des CBC croît de manière linéaire après l'âge de 40 ans ;
- 1 homme sur 11 et 1 femme sur 15, risque de développer un CBC avant 75 ans ;
- au-delà de 85 ans, l'incidence annuelle est de 863 cas masculins pour 100 000

habitants et 550 cas féminins pour 100 000 habitants ;
- le CBC est le plus fréquent des cancers de la femme de plus de 85 ans et chez l'homme, il est le deuxième cancer après le cancer de la prostate.

La topographie du CBC est essentiellement cervico-faciale puisque 2/3 siègent dans cette zone photo-exposée.

L'incidence varie fortement en fonction du lieu géographique.
Elle dépend du phototype **(**annexe 13) des populations et du lieu de vie. Elle est ainsi comprise entre 1/100 000 habitants dans les populations noires d'Afrique et plus de 1 500/100 000 dans les populations blanches d'Australie équatoriale.

Les CBC peuvent être observés à tout âge, mais sont rares chez les jeunes et nettement plus fréquents après 50 ans. Ainsi, la proportion de CBC observés chez des malades de moins de 40 ans est de moins de 5 %, tandis qu'elle est de plus de 15 % au delà de 80 ans.

La plupart des séries montrent une prédominance des cas masculins, avec un rapport homme/femme allant de 1,1 en Suisse et Grande-Bretagne à 2,59 aux Etats-Unis.
Cette prédominance masculine est encore plus marquée dans les pays tropicaux. Elle a été attribuée à une exposition solaire professionnelle plus importante chez les hommes. La tendance pourrait s'inverser, certaines études ayant montré une augmentation de la proportion de femmes lors des deux dernières décennies. Une légère prédominance féminine a pu être constatée dans la plus importante série de CBC, reflétant peut être le vieillissement de la population et la durée de vie plus longue des femmes.

Les estimations les plus récentes suggèrent un taux de mortalité de l'ordre de 0,1 % des CBC. La moyenne d'âge du décès est de 85 ans. Un refus d'intervention chirurgicale a pu être documenté dans 40 % des cas de décès.

Le risque métastatique est faible et a été évalué à 0,002 % des tumeurs.

1.3 Aspect clinique

Le CBC doit être évoqué devant toute lésion chronique de la peau qui a récemment augmenté de taille, qui s'ulcère ou qui saigne légèrement. Cette lésion peut survenir sur une peau jusque-là saine ou à un endroit où la peau présentait auparavant des anomalies connues (lésion de radiodermite, ulcération, cicatrice de brûlures…).

Il se présente le plus souvent sur les zones photo-exposées, (60% des cas) sous forme nodulaire (tuméfaction ferme, bien limitée, lisse, pouvant simuler un kyste) ou sous forme superficielle (lésion ne touchant que la zone extérieure de la peau, sans infiltration, et qui s'étend en surface très progressivement).
Une forme plus rare, le CBC sclérodermiforme, se présente sous forme d'une plaque pseudo-cicatricielle mal limitée.

2. Carcinome spino-cellulaire = carcinome épidermoïde cutané

2.1 Définition

Les carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC), regroupent les tumeurs malignes cutanées primitives exprimant une différenciation malpighienne, et distinctes des autres tumeurs épithéliales cutanées primitives comme les CBC. (3)

Ainsi ce terme recouvre de multiples entités anatomo-cliniques, dont certaines seulement paraissent distinctes du fait de leur présentation clinique ou de leur degré d'agressivité.

Deux lésions pré cancéreuses sont rattachées aux carcinomes épidermoïdes cutanés : la maladie de Bowen (MB), et la kératose actinique (KA).

La vaste majorité des CEC apparaît en zone photo-exposée, à partir d'une KA dont il partage les facteurs de risques.
Certains co-carcinogènes sont identifiés ; ils peuvent être assez spécifiques de localisations particulières : tabac et CEC de la lèvre inférieure, Papillomavirus Humain (PVH) et CEC génitaux ou anaux.
Plus rarement le CEC survient sur une MB, une ulcération chronique, une cicatrice, une inflammation cutanée chronique (ex : maladie de Verneuil, radiodermite), ou *de novo*.
Les CEC surviennent également avec une fréquence accrue chez les immunodéprimés.

2.2 Epidémiologie

Deux registres départementaux des cancers ont systématiquement recueilli les CEC,

respectivement depuis 1983 (Doubs) et 1991 (Haut-Rhin).

L'évolution entre 1983 et 2002 montre une augmentation des taux d'incidence de 18,48 à 31,47 chez l'homme et de 6,26 à 16,87 chez la femme, faisant du CEC l'un des cancers augmentant le plus rapidement dans ce département.

Les données du Haut-Rhin confirment la prédominance masculine et les tendances évolutives observées dans le Doubs, avec une augmentation de l'incidence standardisée sur la population mondiale, de 15,8 à 22,3 chez l'homme et de 7,5 à 8,4 chez la femme entre les périodes 1988 à 1999.

Une étude prospective en Champagne-Ardenne estime l'incidence annuelle brute du CEC à 30/100000 dans la population générale. Elle est au minimum 4 fois inférieure à celle du CBC. La prévalence et l'incidence du CEC augmentent du fait du vieillissement de la population et des habitudes d'exposition solaire dans la deuxième moitié du XXème siècle.

La prévalence du CEC varie en fonction de la zone géographique : elle augmente quand la latitude diminue.

Le risque de développer un CEC est également influencé par le phototype, qui est déterminé génétiquement.

L'âge moyen au diagnostic (74,4 ans chez les hommes et 77 ans chez les femmes) est supérieur de près de 10 ans à celui des CBC.

Les données du registre du Doubs montrent des taux d'incidence nettement supérieurs chez l'homme, avec un sex ratio proche de 2.

Les CEC peuvent être responsables de métastases locales, régionales ou à distance entraînant le décès. La dissémination par voie lymphatique est responsable de 80% des localisations métastatiques. Le risque métastatique (apprécié grossièrement dans la littérature par le rapport nombre de métastases/nombre de cas décrits) est évalué à 2,3% à 5 ans et à 5,2% après un suivi supérieur à 5 ans pour les CEC en zone photo-exposée.
La mortalité par CEC reste faible, inférieure à 1 pour 100 000 habitants par an (3).

2.3 Aspect clinique

Les CEC doivent être évoqués devant toute lésion chronique de la peau qui a récemment augmenté de taille, qui s'ulcère ou qui saigne légèrement. Cette lésion

peut survenir sur une peau jusque-là saine ou à un endroit où la peau présentait auparavant des anomalies connues (lésion de radiodermite, ulcération, cicatrice de brûlure…).

Il apparaît le plus souvent sur une peau anormale, à partir d'une KA ; il peut également apparaître sur une MB, une ulcération chronique, une cicatrice, une radiolésion ou même *de novo*.
La lésion associe de façon variable trois composantes : bourgeonnement, ulcération, infiltration.
La forme ulcéro-végétante, la plus fréquente, est une tumeur saillante, infiltrante, à surface irrégulière, siège d'une ulcération à fond bourgeonnant et saignotant.
L'infiltration dépasse les limites visibles de la lésion.

3. Mélanome

3.1 Définition

Le mélanome est une tumeur développée aux dépens des cellules pigmentaires de la peau, les mélanocytes.

3.2 Epidémiologie

En France, entre 1980 et 2000, le taux d'incidence du mélanome standardisé sur la population mondiale a augmenté de 2,4 à 7,6 pour 100 000 personnes/années chez les hommes et de 3,9 à 9,5 chez les femmes. Cette incidence augmente de manière importante et double tous les dix ans (17).

Dans le département du Haut-Rhin où les indices de Breslow (= indice mesurant l'épaisseur du mélanome) ont été enregistrés, l'augmentation de l'incidence s'est accompagnée d'une augmentation de la proportion des mélanomes peu épais.
En 2000, le nombre estimé de nouveaux cas de mélanomes cutanés était de 7 231, avec 58 % de cas féminins et 42 % de cas masculins.
On notait d'importantes disparités géographiques entre les neuf départements français pourvus de registres.

L'incidence est très variable dans le monde avec un gradient Nord-Sud, les populations nordiques étant les plus touchées.

Les phototypes I et II sont les plus touchés. (Annexe 13)

Il touche surtout les sujets caucasiens et est très rare chez les populations à peau noire.

Le pic de fréquence est autour de 50 ans.

Le mélanome touche un peu plus fréquemment la femme que l'homme, avec en France en 2000, un taux d'incidence standardisé sur la population mondiale qui était de 7,6 pour 100 000 personnes/années chez les hommes et de 9,5 pour 100 000 personnes/années chez les femmes. (18)

L'augmentation de l'incidence s'est accompagnée d'une augmentation de la mortalité. Entre 1969 et 1997, la mortalité par mélanome a été multipliée par 2,7 chez la femme et par 2,9 chez l'homme. En 2000, 1364 décès étaient attribués au mélanome. Les taux de mortalité standardisés sur la population mondiale étaient de 1,6/100 000 personnes/années chez l'homme et 1,1/100 000 personnes/années chez la femme (1).

3.3 Aspect clinique

Le mélanome se présente sous forme d'une lésion pigmentée répondant dans la plupart des cas aux critères ABCDE. (Annexe 9)

Cette évolution peut concerner la taille, la surface, la couleur ou l'apparition de signes fonctionnels comme le prurit. Elle peut être lente et progressive, la lésion s'étendant en tache d'huile sur plusieurs mois ou au contraire être de croissance rapide en quelques semaines.

Tous ces signes sont hautement évocateurs du diagnostic. Celui-ci peut être affiné par la réalisation d'un examen dermoscopique par un examinateur entraîné. Cet examen peut conforter le diagnostic et surtout aider au diagnostic différentiel avec d'autres lésions pigmentées non mélaniques, au premier rang desquelles les kératoses séborrhéiques (19).

Annexe 2 : L'offre de soins en dermatologie, l'évolution à venir

Selon la DREES, au 1er janvier 2012, la France comptait 216762 médecins en activité dont 101 896 médecins généralistes et 4100 dermatologues. (4)

La répartition des dermatologues selon leur mode d'exercice était la suivante :

- 17,6% exerçaient en milieu hospitalier public ou privé
- 75,7% exerçaient en cabinet seul ou de groupe
- 7,7% exerçaient dans d'autres structures telles que les centres de santé, établissements pour personnes âgées.

La densité au niveau national était de 6,3 dermatologues pour 100 000 habitants.

Les dermatologues se répartissaient de la façon suivante sur le territoire :

- 1,4% dans les communes rurales de moins de 5000 habitants
- 6,8% dans les communes de 5000 à moins de 20 000 habitants
- 15,9% dans les communes de 20 000 à moins de 100 000 habitants
- 71,3 % dans les communes de plus de 100 000 habitants dont le tiers en agglomération parisienne
- 4,5% non renseignés

L'âge moyen des dermatologues était de 52,4 ans. Les femmes représentaient 66,7% des dermatologues. (4)

Selon la DREES, le scénario tendanciel prévoit une baisse des médecins toutes spécialités confondues de 10,6% de 2006 à 2030.
Les médecins généralistes devraient diminuer de 9,1% contre 12,2% pour les autres spécialités médicales (20).
En zone à prédominante rurale, on prévoit une baisse de 20% de généralistes et de 51% des autres spécialistes. Ainsi dans les zones rurales, n'exerceraient plus que 6% des médecins.
Au contraire, dans les zones urbaines avec CHU, exerceraient 71% des spécialistes (20).

L'évolution démographique prévisionnelle des dermatologues semble défavorable.
Les dermatologues devraient baisser de 32% d'ici 2030. (Tableau 5)
Les femmes devraient représenter 82,7% des dermatologues en 2030 contre 66,7% en 2012.

L’évolution démographique défavorable et la féminisation importante tendent à accentuer la diminution du temps médical disponible.
En effet, comme le montre l’étude du DREES sur l’emploi du temps des médecins libéraux, la grande majorité des médecins libéraux, travaillant à temps partiels sont des femmes.
Elles travaillent moins de jours (10% de moins), moins d’heures par semaine (10h de moins en moyenne) et réalisent moins d’actes par jour (20% de moins) que les hommes. (21)

Nombre de médecins par spécialité en 2006 et 2030 d'après le scénario *tendanciel*

	Nombre de médecins en 2006	Nombre de médecins en 2030	Évolution (en %) du nombre de médecins de 2006 à 2030
Médecine générale	103 939	104 559	0,6
Anesthésie-réanimation	10 101	9 602	-4,9
Biologie médicale	2 677	2 448	-8,6
Gynécologie-obstétrique	5 155	5 816	12,8
Médecine du travail	6 139	2 353	-61,7
Pédiatrie	6 655	7 976	19,9
Psychiatrie	12 946	11 891	-8,1
Santé publique	1 576	2 313	46,8
Spécialités chirurgicales			
Chirurgie	11 043	15 454	39,9
Ophtalmologie	5 565	3 590	-35,5
Otorhinolaryngologie (ORL)	2 912	2 369	-18,7
Spécialités médicales			
Cardiologie	6 055	5 832	-3,7
Anatomie et cytologie pathologique	1 512	1 230	-18,7
Dermatologie-vénérologie	4 005	2 717	-32,2
Endocrinologie	1 507	1 870	24,1
Gastro-entérologie	3 297	2 882	-12,6
Médecine interne	2 384	2 094	-12,2
Neurologie	1 814	2 674	47,4
Pneumologie	2 578	2 085	-19,1
Radiologie	8 414	7 592	-9,8
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 778	940	-47,1
Rhumatologie	2 549	1 790	-29,8
Autres spécialités	3 157	5 517	74,8
Ensemble	**207 758**	**205 593**	**-1,0**

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Tableau 5 : Nombre de médecins par spécialité en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel

Annexe 3 : Définitions en télé-médecine

« L'article 78 de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST), du 21 juillet 2009, a reconnu la télémédecine comme une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication (TIC).
Cette définition figure désormais au code de la santé publique.
La télémédecine ne se substitue pas aux pratiques médicales actuelles mais constitue une réponse aux défis auxquels est confrontée l'offre de soins aujourd'hui. » (22)

D'après M. Lasbordes (23), la signification de la télé-santé reste quant à elle encore imprécise.
Son champ d'application est plus vaste que celui de la télémédecine par sa vocation à couvrir, outre le domaine médical au sens strict, le domaine très large et divers du médico-social.
La télésanté est l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiquestant médicales que médico-sociales.
Quelques exemples d'applications : télé-information, télé-vigilance, télé-monitoring, télé-animation, télé-formation, télé-prescription.
La télémédecine relève du champ exclusivement médical de la télésanté.

1. La télé-médecine

« La télémédecine est **une pratique médicale** qui met en rapport entre eux, par la voie de nouvelles technologies :
- soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels un professionnel médical,
- soit plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels au moins un professionnel médical.
Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention 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, d'effectuer une surveillance de l'état des patients. » (24)

Les 5 actes de télé-médecine réalisables et précisés dans l'article R. 6316-1. CSP, (tableau 6) introduit par le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010, sont : (25)
- La télé-consultation : un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé.
Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin à distance pose le diagnostic.
- **La télé-expertise** : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- **La télé-surveillance médicale** : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- **La télé-assistance médicale** : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- **La régulation médicale** : les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

ACTES DE TELEMEDECINE
(hors réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale)

Dénomination de l'acte	Personnes présentes		Moment de la réalisation de l'activité	Activité réalisée
	Sur place	A distance		
Téléconsultation	Patient et éventuellement un professionnel de santé	Professionnel médical	En direct	Consultation d'un professionnel médical
Téléexpertise	Professionnel médical et éventuellement le patient	Professionnel médical	En direct ou différé	Avis d'expert pour diagnostic ou traitement thérapeutique
Télésurveillance médicale	Patient et éventuellement professionnel de santé	Professionnel médical	Eventuellement en différé	Interprétation de données cliniques, radiologiques ou biologiques
Téléassistance médicale	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	En direct	Aide d'expert pour l'accomplissement de l'acte médical

Tableau 6 : Modalités de réalisation des actes de télémédecine

La télé-médecine, actuellement en plein essor en France et dans plusieurs autres pays, offre une des solutions au problème de démographie médicale (26). Elle est aussi une aide pour les patients difficilement déplaçables, en HAD, dans les EHPAD et en milieu carcéral.
Elle a pour objectif de réduire les inégalités d'accès aux soins, tout en maintenant une qualité des soins pour le patient ; et peut avoir un impact sur la formation des professionnels de santé.
La télé-dermatologie, déjà utilisée dans d'autres pays, semble être une réponse à cette problématique dans le domaine de la dermatologie.

2. La télé-dermatologie

La télé-dermatologie est une télé-expertise dermatologique, utilisée lorsqu'une pathologie dermatologique nécessite un avis spécialisé.

De part l'importance de l'examen visuel, elle est la spécialité la plus déployée en télé-médecine. (5)

Lorsqu'un patient consulte en cabinet de médecine générale pour une pathologie dermatologique source d'hésitation diagnostique, avec son consentement, le médecin généraliste photographie la lésion à l'aide d'un appareil numérique (Smartphone, appareil-photographique numérique...)
Il remplit, ensuite, sur un site agréé, une fiche dermatologique descriptive à laquelle sont jointes les photos ; il envoie le tout, via une adresse mail et un serveur sécurisés, à un dermatologue pour un avis spécialisé.
Ce dernier donne en retour, et dans un délai qui lui incombe, son avis diagnostique, ses propositions de prise en charge thérapeutique. Il peut aussi exprimer son désir de voir personnellement le patient en consultation s'il le juge nécessaire, ou pour réaliser un acte technique.
Il n'existe pas à l'heure actuelle, à notre connaissance, de fiche descriptive pour une demande d'avis télé-dermatologique validée par des experts.

Annexe 4 : Cadre de la télé-médecine

1. Cadre Juridique

La loi HPST 2009 (art. L. 6316-1) a proposé de donner aux actes de télé-médecine un statut juridique plus précis et de les inscrire dans le Code de la Santé Publique.

« Les responsabilités juridiques des professionnels de santé demeurent inchangées en ce qu'elles sont fondées sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle. »

Des protocoles doivent ainsi être évalués régulièrement afin que la responsabilité de chaque professionnel soit clairement identifiée dans le dossier du patient. Enfin, les professionnels de santé doivent s'assurer que le dispositif technologique utilisé dans la télémédecine soit fiable.

Traçabilité des actes

Des exigences supplémentaires quant à la traçabilité de l'acte de télémédecine sont demandées. Ainsi, selon l'article R. 6316-4 du Code de Santé Publique « sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télé-médecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45, le compte-rendu de la réalisation de l'acte, les actes et les prescriptions médicamenteuses effectuées, l'identité des professionnels de santé participant à l'acte, la date et l'heure de l'acte, le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte. L'ensemble des intervenants à la prise en charge du patient, à savoir médecin requérant, requis ou auxiliaire médical, est chargé, pour sa part, de tracer dans le dossier les informations pertinentes concernant son intervention. Le médecin requérant doit s'assurer de l'exhaustivité des informations fournies avant de poser un avis diagnostique. De même, les auxiliaires médicaux concernés doivent avoir accès au dossier du patient ».

Information et consentement du patient

« Le médecin est tenu d'informer le patient sur l'acte médical réalisé (art. L. 1111-2 CSP) ainsi que sur le procédé de télé-médecine utilisé (art. R. 6316-2 CSP).

Il doit expliquer au patient en quoi consiste l'acte de télé-médecine, la différence avec une prise en charge classique, les risques spécifiques inhérents à ce type d'acte et les garanties en matière de secret des informations médicales.
L'entretien physique demeure indispensable pour pouvoir délivrer cette information avant tout recours à un processus de télé-médecine.
En cas de refus du patient de se soumettre à un acte de télé-médecine, le médecin doit respecter ce refus et informer le malade de ses conséquences (art. R. 4127-36 CSP). Il lui est conseillé de consigner ce refus dans le dossier médical et de tout mettre en œuvre pour que le patient puisse être pris en charge via un autre procédé médical ».

Protocole de coopération

En cas de transfert d'activités ou d'actes de soins entre médecins et auxiliaires médicaux (infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, orthoptistes...), un protocole de coopération, soumis à l'ARS et validé par la HAS (L. 4011-1 CSP) devra être conclu afin d'encadrer ce transfert de compétences et les conséquences pouvant en résulter en termes de responsabilité.

Le tiers technologique

« Le médecin doit connaitre l'usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mises en œuvre. Il 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 télé-médecine, médecins requérants, médecins requis, ou établissements de santé pourront voir leur responsabilité engagée en l'absence de faute. 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 ».

Les tiers technologiques regroupent les intervenants techniques impliqués dans le fonctionnement des technologies de l'information et de la communication. Ils 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).

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 CSP).

Préconisation de la CNIL

Le décret « confidentialité » du 15 mai 2007 impose, lors des échanges de données médicales personnelles, l'authentification des professionnels à l'aide de la carte professionnelle de santé (CPS). (27)
Pour cela, le GIP-CPS a homologué depuis quelques années plusieurs messageries sécurisées (système CPS.82).

Depuis le 15 mai 2010, les plates-formes régionales de télé-santé ont vocation à fournir les services d'une messagerie sécurisée, pour toute transmission de données médicales personnelles.
Cette réglementation s'applique aux médecins qui participent à une télé-expertise.

De plus, dans son avis datant de juin 2011, la CNIL a rappelé qu'un haut niveau de sécurité des échanges doit être assuré compte tenu des risques que comporterait la transmission d'informations dégradées et la divulgation de celle-ci à des tiers.

Elle estime que les dispositifs de télémédecine doivent garantir, outre l'authentification des professionnels de santé, la confidentialité des données, le chiffrement des données transmises, la traçabilité des connexions, l'intégrité des données et mettre en place un archivage sécurisé des données.

Formation continue

Le CNOM recommande (28) que tout projet de télémédecine comporte un volet relatif à la formation permanente des professionnels impliqués, quel que soit leur secteur d'exercice, public ou libéral.
Les parlementaires Jean Dionis du Séjour et Jean- Claude Etienne, dans leur rapport de 2004 sur « Les télécommunications à haut débit au service du système de santé », ont avancé l'idée d'une qualification spécifique en télémédecine.

En résumé

« Il appartient au médecin *requis* de tenir compte des limites inhérentes à la pratique de la télé-expertise telles que la sélection ou l'altération de l'information transmise par le médecin *requérant*, et en cas de doute, de requérir une expertise complémentaire.
- Le médecin *requis* est responsable du diagnostic qu'il pose au regard des informations fournies par son confrère.
- Le médecin de proximité, dit *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 du diagnostic. »

En cas de dommage suite à la télé-expertise :
- Mauvais avis d'expertise du médecin *requis* :
  => Le patient se retournera contre lui sur « le terrain délictuel ».
  => Le patient devra apporter la preuve que le médecin *requis* a donné au médecin *requérant* une information médicale non conforme aux données acquises de la science médicale.

  - Mauvaise décision du médecin *requérant* :
  ⇨ Le médecin *requérant* doit apporter la preuve qu'il a bien informé le patient sur les risques encourus.

- 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.

  - Mauvaise transmission de l'image :
  ⇨ Responsabilité du tiers technologique. (
Il s'agit d'une responsabilité « sans faute du professionnel de santé ou de l'établissement tenus à une obligation de sécurité-résultat pour le matériel de télé-médecine assimilé à un dispositif médical » (L. 1142-1 CSP).
(6)

2. Cadre déontologique

Dans son livre blanc de la télémédecine, le CNOM rappelle en préambule que «

l'acte de télé-médecine constitue un acte médical à part entière quant à son indication et sa qualité. Il n'en est pas une forme dégradée ».
Cet acte doit respecter la déontologie médicale qui demeure la même que dans une pratique traditionnelle sans télé-médecine.
« La pratique de la télé-médecine ne saurait venir contribuer à une déshumanisation de la relation avec le patient ».
Le CNOM tient tout particulièrement à ce que l'utilisation de la télé-médecine soit réservée aux situations permettant d'améliorer les chances du patient en égalisant l'accès aux soins et en améliorant la qualité des soins.
Par ailleurs, chaque professionnel intervenant est responsable de ses actes et de ses décisions.

Le CNOM avait émis douze principes que tout médecin se doit de respecter lorsqu'il pratique un acte médical par télémédecine :

« 1. La réalisation d'un acte de télé-médecine doit être fondée sur une nécessité, justifiée par l'absence de l'acte dans la proximité géographique du patient d'une offre de soins similaire de même qualité.

2. Le patient doit être informé de la nécessitée, l'intérêt, les conséquences et la portée de l'acte ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour sa réalisation, et doit donner librement son consentement.

3. Le secret professionnel doit être respecté par toutes les personnes qui assistent le médecin, au cours de cette activité, dans l'obtention de données personnelles de santé, comme dans la circulation et les échanges de ces données, que celles-ci soient cliniques, biologiques, fonctionnelles, anatomiques ou thérapeutiques.

4. Les coopérations entre médecins, ou entre médecins et autres professionnels de santé impliqués dans un protocole de télé-médecine, doivent respecter les champs de leurs compétences réciproques afin que chacun reste responsable de ses actes et de ses décisions.

5. L'acte thérapeutique qui découlerait immédiatement d'un acte diagnostique effectué par télé-médecine doit être couvert par la responsabilité médicale du médecin qui le prescrit sans exclure celle du médecin ou du professionnel de santé qui le réalise.

6. La réalisation d'un acte professionnel par télé-médecine doit être reconnue et valorisée pour tous les médecins et autres professionnels qui participent et ne doit pas s'apparenter à une pratique de dichotomie ou de compérage.

7. Tous les professionnels impliqués doivent être en situation d'exercice légal de leurs professions, en France ou sur le territoire de l'UE. A cet égard, ils doivent être inscrits en ce qui concerne la France aux tableaux de leurs ordres respectifs, et couverts par une assurance en responsabilité précisant le lieu de compétence juridictionnelle.

8. Le médecin, lors d'une activité faisant appel à la télémédecine, doit formuler ses demandes et ses réponses avec toute la clarté indispensable et veiller à leur compréhension par son interlocuteur : médecin, professionnel de santé ou professionnel technique qualifié dans l'usage des instrumentations utilisées.

9. Le médecin doit connaître l'usage, le maniement, et les limites des technologies, qui sont mises en œuvre, et doit faire appel, en tant que de besoin, à des tiers compétents dans l'utilisation des technologies les mieux adaptées à la situation.

10. Le médecin doit pouvoir s'assurer de la compétence de ces tierces personnes ainsi que du respect du secret professionnel auquel elles sont aussi personnellement soumises.

11. Les documents générés dans la pratique de la télé-médecine doivent être tracés et faire l'objet d'un archivage sécurisé en étant considérés comme partie intégrante des dossiers professionnels des médecins impliqués ou des dossiers d'établissement de santé.

12. Les médecins ayant contribué à un acte de télé-médecine doivent consigner, dans les conclusions de cet acte, que la continuité de la prise en charge et des soins qu'ils ont indiqués seront assurés par des tiers compétents, s'ils ne peuvent y pouvoir eux-mêmes. »

En 2011, le Pr Jacques Lucas, vice-président du CNOM, rappelle la différence entre télé-conseil médical en ligne et télésanté. Les sites Internet de santé sont forcés d'obtenir la certification « HON code» délivrée par l'HAS. Ce label impose le respect d'un certain nombre de principes déontologiques fondamentaux. Si ces conseils en ligne sont donnés par un médecin, ce dernier doit respecter les

recommandations « Déontologie médicale sur le web » définies par le CNOM et disposer d'une responsabilité civile professionnelle couvrant cette activité. Il doit également signer un contrat avec ce site et le transmettre pour visa au conseil départemental de l'Ordre.

Annexe 5 : Etat des lieux de la télé-dermatologie en France

1 Dans la région Rhônes Alpes

1.1 En Isère

Le CHU a un projet de télé-expertise dermatologique avec la prison de Varces. Une fiche a d'ailleurs été créée afin de faciliter la demande d'avis (Annexe 14).
Elle n'est pas spécifique des cancers cutanés. Elle regroupe des éléments d'examen clinique : biométrie, lésion dermatologique avec sa description et son évolution, les traitements déjà entrepris, ainsi que des informations administratives.

1.2 En Savoie

A l'hôpital de Chambéry, les dermatologues ne possèdent pas de plateforme ou réseau organisé pour les avis à distance. Il existe le forum Infmed, plutôt axé sur la prise en charge infectiologique, sur lequel des avis dermatologiques sont parfois requis, mais sans rapport avec le cancer cutané.

L'ARS Rhône Alpes est en train de soutenir un projet de téléexpertise entre l'association des dermatologues de Savoie et plusieurs médecins généralistes de Maurienne.
En effet la vallée de la Maurienne, longue de 120km compte 41 000 habitants, mais aucun dermatologue n'y exerce.
L'ARS Auvergne Rhône Alpes compte rémunérer le temps de travail de l'expert sollicité à distance ; ceci dans un but de réduction des inégalités d'accès des populations à l'expertise médicale, compte tenu des distances et/ou des limitations d'accès à l'expertise dermatologique si elle se trouve submergée.
Le projet concerne :
- Le dépistage, diagnostic et traitement des tumeurs cutanées : les tumeurs cutanées diagnostiquées plus précocement avec une taille limitée seront alors traitées chirurgicalement au CH de St Jean de Maurienne, sans nécessiter le recours au dermatologue et/ou au chirurgien du secteur chambérien.
- des urgences dermatologiques
- le suivi de traitement per os du psoriasis

Les demandes d'avis ou actes de télé-expertise pourraient être effectués par un outil nommé MonSisra (version fixe ou mobile), déjà opérationnel. Il s'agit d'un mode d'accès simple et unique vers l'ensemble des services SISRA, conçu par un groupe

de travail de l'URPS Médecins Rhône alpes. Outre le fait de pouvoir "solliciter" un autre praticien spécialiste (PS), il permet d'échanger plus simplement des informations entre PS de ville, et entre la ville et l'hôpital.

1.3 En Haute Savoie

CH Annecy : Il existe une adresse mail d'avis dermatologique :
dermatologie.avis@ch-annecy-genevois.fr
Chaque jour un dermatologue du CH consulte les mails et y répond par une conduite à tenir, et éventuellement un rendez vous de consultation.
Il existe environ 5 demandes par jour de télé-expertise, dont la moitié consiste à une recherche de cancer cutané.
Il n'existe pas de fiche préétablie de questionnaire pour le médecin requérant l'avis.
Les dermatologues ne sont pas rémunéré(e)s dans cette démarche.

1.4 Lyon

L'ARS de la région Rhône Alpes a plusieurs projets de télé-dermatologie en cours :

- Dans la partie « centre » de Rhône Alpes, autour de Lyon, les médecins généralistes peuvent demander des avis dermatologiques aux spécialistes des HCL. Ce projet est mené par le Professeur Thomas à Lyon Sud, depuis 2015, et il y a eu environ 1000 demandes d'avis pour lesquels il n'existe par de rémunération.

- Il existe également à Lyon un projet de télé-expertise dermatologique entre dermatologues de ville et dermatologues hyperspécialisés, notamment dans le domaine des mélanomes, toujours sous la direction du Professeur Thomas à Lyon Sud. Depuis 2012, il y a eu environ 8000 demandes d'avis national et international pour lesquels il n'y a pas non plus de rémunération.

2. En Corse

Il existe une expérience de télé-expertise dermatologique entre médecins généralistes et dermatologues corses, financé par l'ARS.
Elle concerne le dépistage des cancers cutanés et le suivi des plaies.

Les médecins dermatologues corses ont eux même produit une fiche destinée aux médecins généralistes leur demandant un avis à distance.
Il existe 2 fiches distinctes : une pour le dépistage des cancers cutanés, et l'autre pour le suivi des plaies. (Annexe 15 et 16)

3. Pour le suivi des plaies chroniques

Il existe un projet commun des deux régions, retenu après l'appel à projet par l'ASIP-Santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé) en 2010, nommé DOMOPLAIES, et coordonné depuis octobre 2012 par les deux réseaux de télé dermatologie 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).
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. (29)
L'innovation est d'utiliser des tablettes afin de réaliser des visioconférences à domicile et en institution. Un logiciel métier couplé à un logiciel de télé-médecine permet cette réalisation à domicile et en EHPAD. (29)

En Basse-Normandie, le réseau de télé-assistance des plaies au domicile (TELAP), mis en place en février 2011, combine un système de télé-expertise et de télé-consultation, permettant des échanges vocaux et la transmission de photographies pour le diagnostic et le suivi des plaies au domicile. Au préalable, ces plaies chroniques en difficulté thérapeutique sont évaluées au cours d'une courte hospitalisation, pendant laquelle un diagnostic précis est posé (prélèvements bactériologiques, histologiques, doppler) et un projet personnalisé de soins est établi. Le gain estimé pour les trois premières années d'activité s'élève à 18 millions d'euros, en terme de réduction des coûts liés aux transports des malades, de réduction des durées moyennes d'hospitalisation de 14 à 7 jours (environ 14 millions). On estime à environ 20 000 le nombre de patients porteurs de plaies à retard de cicatrisation en région Basse-Normandie. (29)

En Languedoc Roussillon, le réseau RVHPCLR (Réseau Ville Hôpital plaies et Cicatrisations Languedoc-Roussillon) est coordinateur de l'activité DOMOPLAIES. (29-31)

Au CHU de Besançon, le centre de traitement ambulatoire des plaies chroniques ouvert en 2006 s'est équipé de dispositifs permettant une télé-expertise à l'aide de tablettes PC médicales, équipées d'une caméra, et permettant l'utilisation complémentaire d'un appareil photo et d'un dermatoscope numérique. (7)(32)

4. En EHPAD

Au CHU de Limoges, une expérience de télé-expertise a été réalisée au sein d'une EHPAD à l'aide d'un appareil photographique numérique et d'une adresse de messagerie unique et spécifique, permettant d'éviter 20 déplacements de patients dépendants et l'orientation rapide de 9 d'entre eux vers le CHU . (33)

Le CHU de Bordeaux a également expérimenté une télé-consultation au sein de 6 EHPAD de la région, afin d'améliorer la prise en charge des plaies chroniques, notamment des escarres. Après avoir obtenu le consentement du patient, le médecin traitant et l'équipe de l'EHPAD se connectaient avec l'équipe du centre expert, soit dans la chambre du patient à l'aide d'un chariot de télé-médecine (EHPAD avec Wifi), soit depuis une salle dédiée (EHPAD sans Wifi). Suite à la télé-consultation, un compte rendu était écrit puis envoyé via une messagerie sécurisée à la structure demandeuse. Les résultats préliminaires montrent une amélioration significative de la cicatrisation des plaies et une diminution des dépenses en pansements en réduisant le rythme des changements de pansements. Une consultation spécialisée a été évitée dans 31,6% des cas et une hospitalisation dans 47,4% des cas (34).

Une étude datant de mars 2016 (8) porte sur sept projets de télé-médecine dans six régions : quatre sont à un stade développement avancé et trois sont en phase de démarrage. Cette étude a été menée par SANITA Consulting en coordination avec un comité de pilotage constitué de membres représentatifs de la Fondation de l'Avenir, de la FNMF et de Générations Mutualistes, de septembre à décembre 2015. Les données ont été collectées entre septembre et octobre 2015. Cela a donné lieu à un rapport édité en mars 2016.

Quatre de ces projets comportent de la télé-dermatologie :

- En Côtes d'Armor : projet TELEHPAD en Bretagne en cours depuis 2012. Sont organisées des téléconsultations / télé-expertises avec trois spécialités (Gériatrie, Dermatologie et Plaies) actuellement, et deux spécialités prochainement

(Cardiologie et Psychiatrie) pour les patients en EHPAD, en lien avec les CH de la région.

- Anjou Mayenne : projet e-Consult49 : il s'agit de télé-consultation programmée en EHPAD depuis 2014.
Sont organisées des téléconsultations avec 5 spécialités (Psychiatrie, Cardiologie, Vasculaire, plaies et médecine interne) pour les patients en EHPAD, en lien avec le CHU d'Angers.

- En Loire Atlantique : projet télé-santé (forfait autonomie et hospitalisation raisonnée et humaniste) en EHPAD en cours depuis 2015.
Sont organisées des télé-consultations / télé-expertises / télé-surveillances avec quatre spécialités (Gériatrie, Plaies Chroniques et Cardiologie) pour les patients en EHPAD, en lien avec le Centre hospitalier de Saint-Nazaire.

- En Isère : projet TELEMUT 38 en cours depuis 2012.
Sont organisées des téléconsultations / télé-expertises / Télé-staff / Télé-formations avec quatre spécialités (Gériatrie, Psychogériatrie, Dermatologie et Cardiologie) pour les patients en EHPAD, en lien avec le CHU de Grenoble.

Les résultats partiels de cette étude concernant la partie dermatologie montrent que la télé-dermatologie est fiable pour le triage des consultations de dermatologie des patients hospitalisés, et a le potentiel d'améliorer l'efficacité de la prise en charge. Le rythme de changement des pansements a été amélioré, passant de tous les 3,8 jours à 1,5 jour, une diminution du coût moyen par semaine en pansements, de 35,2 à 4,5 euros, diminution des coûts pour les maladies chroniques.

5. En milieu carcéral

Les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont des unités de soin situées dans un établissement pénitentiaire. Une dizaine d'UCSA sur les 186 établies en France disposent d'un système de télé-médecine.

En Ile-de-France, un réseau de télé-médecine reliant les services de dermatologie du CH d'Argenteuil (Val d'Oise) et celui de l'hôpital Saint-Louis (AP-HP) à 13 UCSA situées dans la région a été déployé en novembre 2013.
Une expérience préliminaire entre le CH d'Argenteuil et la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy (Yvelines) a été menée, pour répondre à la problématique du coût d'extraction d'un détenu, du délai d'accès et des contraintes de la vie carcérale

(restrictions de sorties, etc.). Une formation à la prise de photographies des lésions cutanées et à la biopsie a été dispensée aux médecins de la prison. Des traitements incluant des conseils d'hygiène ont ainsi pu être dispensés ; aucun détenu n'a refusé la télé-expertise, alors qu'une consultation classique est refusée dans 10 à 20% des cas (35).

Une activité de télé-dermatologie a été initiée en 2008 à la prison de Fresnes, en partenariat avec l'hôpital Kremlin-Bicêtre et l'hôpital Saint-Louis.
La prison de Fresnes est l'un des plus grand centre pénitentiaire de France avec près de 2300 prisonniers.
Une étude rétrospective a été menée prenant en compte les 500 avis rendus entre Septembre 2010 et Septembre 2013.
Les auteurs indiquent que les pathologies retrouvées étaient comparables à celles retrouvées dans la population générale avec des caractéristiques similaires. Le programme a aussi permis de faire de la formation auprès des médecins requérant, ce qui a permis d'améliorer les demandes au cours du temps.
Les auteurs concluent que ce service permet d'assurer aux prisonniers une prise en charge médicale améliorée. (36)

Une autre expérience en milieu carcéral a été réalisée au centre hospitalier du Mans, entre mars 2010 et mai 2012. 73 patients en ont bénéficiés, avec 107 téléconsultations. Un système de visioconférence reliait l'hôpital à l'UCSA de la prison de Coulaines. Chaque avis était valorisé financièrement sous la forme d'une consultation spécialisée. Le délai de consultation virtuelle était de seulement un mois contre cinq pour une consultation traditionnelle (37).

6. Partenariat France/ Dom Tom

La Guyane a été pionnière en terme de télé-médecine depuis les années 1990, en raison des contraintes imposées par une géographie difficile et une sous-démographie médicale (trois fois moins de médecins qu'en métropole). Depuis 2000, un partenariat entre le Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR), le Centre National d'Etudes Spatiales (CNES) et l'Institut de Médecine et Physiologie Spatiales (MEDES) a permis la mise en place d'une expérimentation de télé-consultation par satellite. Il concerne 20 centres de santé équipés et 10 disciplines médicales, dont la dermatologie (38).
Ces recours à la télé-médecine ont permis de limiter le nombre d'évacuations

sanitaires, avec un prix unitaire de 6 000 euros.

A Saint Pierre et Miquelon, un système de télé-expertise et de télé-assistance permet aux généralistes, depuis septembre 2013, d'obtenir rapidement des avis spécialisés, par le biais de la cellule d'organisation et d'orientation des avis complémentaires, (CODAC) en lien avec le service de dermatologie de l'hôpital de Tours (39).

Annexe 6 : Type d'étude

Notre étude a été de type qualitative, avec comme objectif d'arriver à un consensus.

Dans le champ de la recherche qualitative, dominent deux techniques afin d'arriver à un consensus d'experts : la procédure Delphi, et la technique du groupe nominal. Après évaluation et comparaison de ces deux techniques, nous avons choisi pour notre étude la technique du groupe nominal.
Pour obtenir un consensus, les données de la recherche sont comparées et interprétées afin d'en produire une synthèse claire et cohérente (9). Lorsque l'information publiée est insuffisante, seule une synthèse qualitative, reposant sur la recherche d'un consensus, peut être envisagée. Certaines méthodes de consensus permettent néanmoins de produire des estimations quantitatives à partir de cette approche qualitative ; il s'agit principalement de la procédure Delphi, et de la technique du groupe nominal.

Les autres méthodes de consensus ne permettent de produire que des estimations qualitatives ; par exemple, la conférence de consensus ainsi que d'autres méthodes apparentées (remue-méninges, entretiens collectifs).

Les méthodes de consensus de type Delphi et groupe nominal relèvent d'une approche systématique et structurée, incluant des procédures itératives (questionnaires et/ou réunions), peuvent être conduites rapidement et sont peu coûteuses. Elles intègrent schématiquement les données empiriques disponibles ainsi que le jugement et l'expérience d'un panel de participants. Ces derniers sont habituellement des personnes représentatives de la profession, reconnues comme expertes et/ou capables de mettre en œuvre les recommandations attendues. Le but de ces méthodes est soit d'explorer le champ de la connaissance des experts (but exploratoire), soit de mesurer (but évaluatif) et/ou de développer (but interventionnel) le consensus.

Ces deux méthodes consistent à faire évoluer, quand c'est possible et de manière démocratique, l'opinion des membres d'un groupe de travail vers un consensus de groupe (experts et/ou représentants du public), en résolvant les éventuels désaccords observés. Ces méthodes permettent en principe d'éviter les dominations éventuelles (effets « leader d'opinion ») et de limiter les conflits d'intérêts.

- La technique du groupe nominal

La technique du groupe nominal sert à la fois à produire de la connaissance (mode

exploratoire) et à formaliser un consensus. Il est nécessaire de bien comprendre toutes les dimensions du problème à explorer, telles qu'elles sont perçues par les principaux intéressés (patients ou professionnels). Les groupes cibles doivent pouvoir rapporter, dans un climat de confiance, les difficultés éventuelles relatives au problème exploré.
Les acteurs à interroger peuvent appartenir à différents groupes dont les avis ne sont pas forcément convergents : hommes/femmes, catégories d'âge différentes, professions ayant à collaborer dans certaines situations cliniques (par exemple, médecins et paramédicaux ou, dans notre étude, médecins généralistes et médecins dermatologues), patients et professionnels de santé, planificateurs de santé publique et praticiens de terrain, etc.
La procédure, très structurée, favorise l'expression individuelle et limite les effets pervers de dynamique de groupe. Elle conduit à un vote, qui permet une hiérarchisation et une priorisation des réponses de chaque groupe. Des variantes de la technique initiale ont vu le jour, surtout dans la recherche de consensus, de façon à en simplifier l'organisation, à augmenter le degré d'éveil des participants à la question de recherche (par exemple en adressant une question par écrit avant la réunion du groupe) ou à proposer une variété de choix à hiérarchiser.

Un groupe nominal regroupe de six à dix participants, « experts » de la question à traiter. L'expertise est ici définie comme résultant de l'expérience de la situation à investiguer. Si plusieurs points de vue doivent être représentés, il faut constituer des groupes homogènes selon les critères de recrutement définis pour l'étude (par exemple, des groupes de patients et des groupes de professionnels). Le nombre de groupes doit être suffisant pour assurer la saturation du contenu et la représentation des différents points de vue complémentaires. Le fonctionnement du groupe est standardisé.

Un premier postulat de cette technique s'inspire des processus démocratiques. Comme tous les consommateurs de ce besoin (ici, la télé-expertise dermatologique) ne peuvent participer à cette réunion, la formule de la représentation est retenue comme voie d'expression. Ainsi, ce postulat se base-t-il sur la capacité de représentation de personnes-clés qui expriment des points de vue variés et représentatifs sur les priorités et les préoccupations de l'ensemble de la population visée dont elles font partie.

Un deuxième postulat veut que cette technique permette à tous une égale chance de s'exprimer. La communication est ainsi dirigée pour que tous et chacun puissent s'exprimer, le plus librement possible.

La rédaction de l'unique question demande un soin particulier pour susciter l'expression des participants sur toutes les facettes du problème qui intéressent les chercheurs, et uniquement sur celles-ci. La question doit être claire, simple, et aussi précise et concise que possible. Un pré-test de la question, en dehors de toute discussion, est utile. Dans les groupes cherchant spécifiquement le consensus, c'est parfois une liste de propositions préétablie à partir d'une phase préparatoire de la recherche (revue de la littérature, remue-méninges, entretiens collectifs) qui est soumise au vote. Les réponses ne doivent pas nécessairement être réalistes, dans la mesure où les sentiments, la subjectivité des avis sont également recherchés. Cette première étape est parfois réalisée par correspondance.

Certains auteurs enregistrent l'étape de clarification et l'analysent qualitativement pour compléter les résultats de recherche. Si l'objectif principal du groupe nominal est d'établir un consensus, un second tour de vote doit être organisé pour resserrer le consensus. Parfois, la discussion sert à reformuler des propositions établies dans une phase de recherche antérieure. L'ensemble de la procédure classique dure de 90 à 120 minutes (au maximum).

Pour chaque groupe, deux classements peuvent être établis. Le principal résulte du nombre de points attribués aux propositions, correspondant à la priorité. Un classement secondaire peut être établi selon le nombre de votes exprimés pour chaque proposition, correspondant à la popularité. Ces deux classements sont ou non superposables, et il peut être intéressant d'analyser les éventuelles différences (priorité forte mais soutenue par une minorité de votants, par exemple).

En pratique, d'après Ouellet, la démarche du groupe nominal est la suivante (10) :

- A la suite de la question posée par l'animateur, les participants, en silence, consignent le plus grand nombre d'opinions possibles dans un laps de temps pré-déterminé d'une dizaine de minutes. Ce travail étant personnel, il permet à chacun de contrôler le contenu et la forme de ces idées et/ou propositions. Ainsi, la production des idées n'est orientée ni par les discussions ni par les interactions, souvent inégales dans les groupes.

- L'animateur demande à chaque participant, à tour de rôle, de communiquer la première opinion inscrite sur sa feuille. Au fur et à mesure, il écrit cette opinion sur un tableau ou sur des feuilles volantes de grand format. On procède à autant de tour de table qu'il y a d'opinion à exprimer. Aucune discussion n'est permise durant cette étape.

- Tous les énoncés étant bien en vue au tableau ou sur les feuilles volantes fixées au mur, on précise ensuite les idées les unes après les autres. Il s'agit de vérifier si tous

les participants attribuent le même sens aux énoncés, et s'ils comprennent la logique qui sous-tend chaque opinion. Aucune décision n'a été prise à ce stade de l'exercice, quant à la valeur des propositions. Le climat d'acceptation favorise l'expression d'idées personnelles, parfois divergentes parfois conflictuelles, mais toujours stimulantes. Cette étape se termine par quelques demandes de clarification. La discussion n'est toujours pas engagée. L'échange permet seulement au groupe de convenir d'une commune compréhension des idées et des propositions.

- Cette discussion de groupe est suivie d'un vote individuel sur l'importance relative des énoncés. Les énoncés qui reçoivent le plus de votes constituent les priorités du groupe.

- Discussion des résultats du vote.

- Deuxième et dernier tour de vote.

- L'analyse des résultats et leur interprétation ne font pas partie intégrante de la technique du groupe nominal.

La procédure Delphi et la technique du groupe nominal, ont l'avantage d'être très productives tout en restant économes en temps. Elles sont comparées dans le tableau 7.
Les experts réalisent une partie du travail d'analyse habituel du chercheur, ce qui ne dispense pas ce dernier de compléter la méthode de consensus par d'autres approches (bibliographie, enquête de terrain, mesures quantitatives).
Les techniques décrites ici, utilisées en mode exploratoire, ont été validées sous réserve du choix éclairé des questions explorées, de la sélection des experts interrogés et des modalités de recueil des données.
Le choix des participants détermine la qualité des résultats. Pour les experts professionnels, cela signifie que leur avis et leur légitimité sur la question de recherche doivent être reconnus. Dans tous les cas, les chercheurs doivent bien connaître la problématique pour garantir une variété suffisante des points de vue lors du recrutement.
Le choix de l'animateur en réunion présentielle détermine aussi la qualité et la validité des résultats. Il doit avoir des compétences en animation de groupe pour canaliser les échanges entre des participants que leur passion pour le sujet peut amener à enflammer le débat ou à s'écarter de l'objectif de travail.

La qualité des résultats dépend largement de la (des) question(s) initiale(s) posée(s) aux groupes. La formulation doit parfaitement correspondre à l'objectif de recherche, permettre d'évoquer tous les aspects de la question tout en restant concis, et être adaptée aux caractéristiques du groupe interrogé (diversité des niveaux de formation, des situations culturelles ou sociales). Une modification mineure de

formulation peut parfois orienter les participants vers une fausse piste, réduisant la pertinence des résultats.

Le niveau, les limites ou le type de consensus recherché doivent être bien définis à l'avance. Selon le contexte, l'opinion majoritaire suffit ou au contraire le consensus n'est acceptable qu'au-delà d'un seuil prédéfini. Les réponses « minoritaires » (quartiles extrêmes de la procédure Delphi, propositions ne recueillant pas ou peu de votes ou éliminées au second tour d'un groupe nominal) doivent être prises en compte dans l'analyse des résultats.
Il peut être utile de demander des justifications ou des avis complémentaires à leurs auteurs. Dans une analyse qualitative du produit de la recherche, ces avis apportent un éclairage qu'il serait dommage de négliger. Ils peuvent amener à formuler des précautions d'usage dans les recommandations issues des méthodes de consensus.

Les méthodes de consensus doivent être utilisées avec précaution et rigueur. Les connaissances, décisions et recommandations qui en sont issues correspondent à des opinions d'experts et sont destinées *a priori* à être intégrées dans un processus continu de recherche et d'évaluation.
La procédure Delphi a l'avantage de ne pas nécessiter de réunion physique et de préserver l'anonymat, alors que la technique du groupe nominal offre davantage d'interactivité.

	Delphi		Groupe nominal	
Coût	±	Courriers successifs, maintenance d'un site Internet	+	Organisation des réunions, comparaison entre les différents groupes
Nécessité de proximité géographique	–	Possibilité de consultation large, y compris internationale	+	Éventuellement, la question initiale peut être envoyée par courrier ; le vote peut être réalisé par voie électronique
Interactivité des participants	–	Pas de possibilité d'échange direct	+	Interactivité « contrôlée » lors de la phase de clarification et au 2e tour de vote
Effets indésirables de dynamique de groupe	–	Exclus car (quasi-) anonymat	–	Pas d'effet de dominance si l'animateur est compétent
Possibilité d'agréger un grand nombre de réponses	+	Nombre illimité de participants	+	Possibilité d'agréger les résultats de plusieurs groupes
Génération d'idées nouvelles	±	Sujet balisé par l'animateur	++	Expression libre dans un cadre balisé
Facilité d'analyse des résultats	±	Obtention parfois difficile d'un consensus	++	Matériel structuré en fin de réunion

Tableau 7 : caractéristiques comparées de la technique Delphi et de la procédure du groupe nominal

Nous avons décidé de travailler avec la procédure du groupe nominal.

En effet, le côté plus interactif, avec la possibilité pour nous de jouer le rôle d'animateur nous semblait être un exercice intéressant ; le petit nombre d'experts, réunis dans un cadre convivial, avec la possibilité pour ces derniers de s'expliquer, de discuter, de convaincre, et ce dans une unité de temps et d'espace nous a paru attractif.
Très structurée, elle permet d'avancer rapidement. Les productions individuelles et de groupe, en alternance, permettent à chacun de s'exprimer et d'influencer les décisions. L'intérêt et la motivation sont soutenus tout au long de la réunion. La satisfaction de la réalisation d'un produit fini et représentatif, et le fait de pouvoir montrer une ébauche de résultat au groupe d'expert dès la fin de la réunion nous ont semblé stimulants.
Certains inconvénients sont pourtant présents : sa forme très structurée et chronométrée engendre chez certains participants quelques frustrations. La planification serrée du temps, créant des contraintes explicites, laisse peu de place à la réflexion poussée sur le sujet de l'étude.

Nous avons décidé d'exclure la technique Delphi devant le manque d'interactivité, et ce malgré une organisation paraissant plus simple, notamment l'absence de rassemblement physique des différents experts, et un recueil de données possible sur plusieurs mois et pas lors d'une seule soirée.

De plus, il n'y avait pas de supériorité d'une méthode par rapport à une autre.

Annexe 7 : Méthode

1. Sélection des experts

Nous avons tenté de sélectionner un panel d'experts, représentatifs des potentiels utilisateurs de la fiche.

Il nous paraissait intéressant qu'ils aient différentes modalités d'exercice.

Tout d'abords 3 médecins généralistes, professionnels requérants l'avis de télé expertise.

- Un médecin exerçant une activité de médecine de montagne, en milieu rural, dans une population plus exposée au soleil.
- Un médecin exerçant une activité semi rurale, en en zone de démographie médicale est déficitaire.
- Un médecin exerçant une activité urbaine, pour lequel les dermatologues sont plus proches.

Puis 3 dermatologues, étant les professionnels requis pour leur expertise médicale.

- Un dermatologue exerçant au CHU, centre de référence de dermatologie.
- Un dermatologue exerçant en centre hospitalier régional.
- Un dermatologue exerçant en secteur libéral.

2. Choix des notations et des votes

Nous avons opté pour la méthode des pancartes, avec des notes allant de 0 à 3 en valeur absolue.
Ce système permet de limiter l'influence respective des experts, puisqu'ils montrent simultanément leurs pancartes.

Le système de vote/notation : en valeur absolue de 0 à 3.
0 : inutile
1 : utile mais pas important
2 : utile et important
3 : utile, important et indispensable

Nous leur avons expliqué quelles étaient les notes éliminatoires au premier tour. Si un item avait une note totale de 6, et qu'aucun expert ne lui avait attribué une note de 3, celui ci était éliminée dès le premier tour.
Un vote à 0 n'éliminait pas l'item, c'est à dire qu'un item dont la note était supérieure à 6, était retenu même en présence d'un vote à zéro parmi les experts. La raison de ce choix étant de garder la plus grande diversité des items dans un premier temps.

3. Items d'emblée sélectionnés

Certains items nous paraissaient évidents, et inutile de discuter lors de cette réunion :

Identification du patient
Date de consultation
Age
Sexe
Antécédents personnels/familiaux
Traitements en cours
Allergie connue
Phototype
Date d'apparition de la lésion

L'âge, le sexe, les antécédents personnels et familiaux, les traitements en cours et les allergies, sont des renseignements mentionnés systématiquement dans un courrier à un confrère. Ils sont indispensables pour toute prise en charge.

Le phototype est un élément récurent de la littérature, qui oriente sur le risque de cancer cutané.

La date d'apparition de la lésion, permet d'appréhender l'évolutivité et la potentielle agressivité de la lésion.

4. Organisation de la réunion

Par commodité, et dans une recherche d'échanges conviviaux, la réunion a eu lieu chez l'une des auteurs.

Nous avons envoyé aux experts le programme de la soirée **(**Annexe 17) afin qu'ils prennent connaissance de la trame et du cadre de la réunion.
Nous leur rappelions l'objectif de notre étude, et notre souhait de posséder avant la réunion, une liste des items qu'ils jugeaient indispensables à la création de cette fiche.
Cela nous permettait de créer une liste prévisionnelle, pour animer le vote et les discussions.
Avec leurs propositions, nous avons préparé un tableau Excel, facile à remplir avec les votes le jour de la réunion.
Bien sûr, de nouvelles idées d'items le soir de la réunion étaient les bienvenues, et pouvaient être rajoutées dans ce tableau.

5. A l'issue de la réunion

Nous avons enregistré l'intégralité de la réunion et de la discussion entre les experts.
Cela nous a permis durant la réunion d'être plus attentives sans prendre de notes.
Nous avons ainsi pu compléter ultérieurement et très fidèlement nos informations, en réécoutant les bandes.

Une fois l'ensemble des items votés, nous les avons classés dans l'ordre logique du déroulement d'une consultation de médecine générale.

Puis nous avons confié ces documents à un informaticien, pour rendre la fiche lisible sur un document compatible avec tous les types d'ordinateurs, et d'utilisation facile.

Enfin, nous avons communiqué ce résultat final aux experts, pour avis.

Annexe 8 : Déroulement de la réunion

1 Présentation (durée 20 minutes)

Nous avons tout d'abord rappelé l'objectif de notre étude, la question de recherche, et la méthodologie utilisée.
Nous voulions que la fiche tienne en 2 pages (1 feuille recto verso) avec un maximum de 30 items.
Nous avons expliqué le système de vote qui avait été retenu, et nous avons re-détaillé le programme de la soirée.
Il a été explicité aux experts qu'ils étaient souverains dans chaque décision, que notre avis n'intervenait pas dans ce vote, et qu'ils n'étaient pas jugés.
Puis, les items d'emblé intégrés dans la fiche ont été rappelés aux experts, tout en leur en expliquant qu'ils pouvaient en détailler certains.
Les protagonistes se sont ensuite présentés lors d'un tour de table.

2 Réflexion (5 minutes)

10 minutes ont été accordées aux experts pour rédiger leur liste d'items, sur une feuille où la question de recherche avait été écrite.
5 minutes ont suffi pour cette étape.

3 Premier tour de table (25 minutes)

Tour à tour, chaque expert a formulé une idée d'item.
Quelques items ont suscité des questions, mais le but de cette étape était uniquement de les citer, pas de les discuter. Il nous a fallu plusieurs fois recadrer la discussion.
Nous inscrivions les items sur un tableau en restant fidèle à la formulation de l'expert.
A l'issue du premier tour de table nous leur avons soumis notre propre liste d'items, retrouvés dans la littérature, et que nous pensions intéressant.
59 items ont été proposés.

4 Reformulation et éclaircissement des items (15 minutes)

Nous avons passé en revue l'ensemble des items, afin de vérifier leur bonne compréhension par les experts et les reformuler si nécessaire.
Ce n'était pas une phase de discussion non plus.

5 Premier vote (40 minutes)

L'ensemble des items a été voté.
14 items ont été exclus, par la note éliminatoire dont nous avions convenu.

6 Deuxième tour de table (55 minutes)

Il s'agissait pour chaque expert d'apporter des explications, des arguments des reformulations, et de supprimer des éléments redondants proches ou complémentaires.

7 Deuxième vote (5 minutes)

Il n'a pas été nécessaire de réaliser un deuxième vote, l'objectif du nombre d'items étant atteint.
Seul un item a été revoté, parce que divergent sur la forme.

8 Discussion et conclusion (5 minutes)

Remerciements, et confirmation de la satisfaction des experts.

Annexe 9 : Critères ABCDE

A : Asymétrie

Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale et dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour de son centre

B : Bords irréguliers

Bords déchiquetés mal délimités.

C : Couleur non homogène

Présence désordonnée de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc).

D : Diamètre / Dimension en augmentation

Une lésion susceptible d'être un mélanome a généralement une taille supérieure à 6 mm.

E : Evolution

Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur. Apparition de nouveaux symptômes également (prurit, saignement)

Annexe 10 : Résultats

1. Items retenus au premier tour

Après le premier tour de table, 59 items ont été cités par les experts, puis reformulés (tableau 3).

2. Items exclus

2.1 Exclus par le vote

Les items exclus étaient ceux dont la note était inférieure ou égale à 6, sans avoir reçu au moins une note de 3 par un expert.
En voici la liste exhaustive :

- Douleur
- Pilosité du cuir chevelu
- Examen des ongles
- Lésion familiale similaire au 1er degré
- Prurit
- ATCD d'exérèse de naevi
- Degré d'inquiétude et d'angoisse du patient
- Xeroderma pigmentosum
- Inflammation chronique
- Chimiothérapie locale
- Exposition au tabac, arsenic, hydrocarbures, radiations ionisantes, pesticides
- Infection HPV
- Comportement psychiatrique du patient
- Possibilité de biopsier sous AL

2.2 Exclus lors de la discussion

- Les « critères ABCDE » et l'item « caractéristiques de la lésion » :
=> Les généralistes défendaient une description de la lésion selon les critères ABCDE, qui nous ont été transmis durant nos études.
En revanche, les dermatologues trouvaient que la photographie suffisait à elle seule pour décrire la lésion, hormis le caractère évolutif, qui a été gardé comme item

dans la fiche.
De plus, les experts ont évoqué le fait qu'une description écrite avec un vocabulaire pas toujours adapté, et spécialisé, semblait chronophage et rébarbative pour le médecin généraliste.
Ces 2 items ont été jugés redondants avec « taille » et « évolution » de la lésion.

=> Une des dermatologues voulait diviser les descriptions en lésions achromiques et lésion pigmentée, avec 2 arbres descriptifs différents, sachant que les critères ABCDE ne sont adaptés qu'aux lésions pigmentées.
Après discussion cette idée rejetée, car la description leur semblait complète avec la photographie.

=> Les experts sont tombés d'accord pour dire que les critères ABCDE servaient plutôt à dépister une lésion suspecte, puis à demander l'avis spécialisé, plutôt qu'à décrire la lésion. Les dermatologues ont trouvé, et convaincu unanimement les médecins généralistes, que la photographie couvrait les critères A (lésion asymétrique), B (bords irréguliers), C (couleur inhomogène), et D (diamètre supérieur à 6 mm).

- <u>« Présence de naevi par ailleurs sur la peau » :</u>
Les experts ont essayé de reformuler l'item entre « plus de 50 naevi » ou « nombreux naevi » ou « innombrables neavi ».
Finalement, la discussion a dérivé : d'après les experts, certes, la présence de nombreux naevi était associée à un risque statistique de développer un cancer cutané ; mais pour donner un avis sur une lésion, il était plus intéressant pour eux de savoir si c'était la seule lésion suspecte, ou si le patient avait de nombreux naevi qui se ressemblaient tous.
Une dermatologue a évoqué la « théorie du vilain petit canard » : si tous les naevi sont atypiques mais semblables, ils ne sont pas inquiétants, en revanche, si un neavus se distingue des autres, il est fortement suspect et nécessite un avis spécialisé.
L'item a donc été modifié et divisé en « autres lésions pigmentées similaires », et « présence d'un grand nombre de naevi ».
Et l'item « présence de naevi atypiques » a été exclu car jugé redondant avec « autres lésions pigmentées similaires ».

<u>- « Patient examiné nu dans sa totalité, y compris les sous-vêtements » :</u>
Cet item a été jugé inutile. En effet, il a semblé aux experts que si le médecin généraliste demandait un avis spécialisé, il avait forcément déshabillé et examiné son patient en intégralité.

- « Saignement » :
Cet item a été exclu car considéré comme redondant avec la photographie qui est sensée montrer l'existence d'un saignement.

- « Suivi par un dermatologue et si oui, son nom » :
Cet item a été exclu, car jugé non confraternel. De plus, les médecins généralistes ont pour habitude de renvoyer vers le dermatologue habituel du patient.

2.3 Fusionnés à d'autres items

- « Localisation de la lésion » et « lésion en zone photo-exposée » ont été fusionnés en « localisation anatomique précise de la lésion ».
  - ⇨ Les experts ont considéré que la zone photo exposée était visualisée sur la photographie, et n'avait pas besoin d'être précisée par écrit.
  - ⇨ Il a été discuté d'insérer un schéma de corps humain de face, de dos, et de profil. Mais, l'ensemble du groupe, a finalement conclu que cela prendrait trop de place sur la fiche, et que la photographie associée à une description clinique éviterait la redondance.

- Les 6 items « Habitudes d'exposition solaire », « profession », « activité extérieure exposant au soleil », « coups de soleil dans l'enfance », « exposition aux UV artificiels», « antécédent de vie en Outre mer» ont été groupés pour former l'item unique « antécédents d'exposition importante aux UV » avec des cases à cocher des différentes propositions précédentes. Les experts ont considéré que tous ces items étaient redondants.

- « Esperance de vie » a été fusionné avec « Stade OMS », qui recoupe la même idée. Cet item vise à pouvoir proposer une prise en charge adaptée à l'état général du patient.

- « Souhait de traitement de la part du patient » a été retiré des items.
Il n'a pas paru nécessaire aux experts de discuter à ce stade des différents traitements (chirurgie, radiothérapie, traitement locaux, chimiothérapie), mais de réserver cette discussion à la consultation. Les experts ont considéré que si le patient refusait une prise en charge, aucune demande de télé-expertise ne serait réalisée (à l'exclusion des situations où le patient n'est pas apte à décider de sa prise en charge).

- « Possibilité de déplacement », « possibilité de biopsie sous anesthésie locale »,

« comportement psychiatrique du patient » ont été fusionné dans un nouvel item intitulé « facteurs pouvant compliquer la prise en charge », avec des exemples entre parenthèses. Deux de ces items avaient été exclus au 1er tour de vote, et ont été réintégrés par reformulation.
=> Il a été longuement discuté la difficulté de prise en charge des patients atteints de démence, avec des retards de prises en charge.
=> Les experts ont également parlé des patients agités, difficiles à biopsier, pour lesquels il pourrait être nécessaire d'organiser une sédation douce, dont ils souhaiteraient être préalablement prévenus.
=> Un avis de télé-expertise dermatologique, nécessite forcément l'accord du patient, ou de l'entourage à défaut. Une demande ne peut être envoyée sans cet accord.

- L'item « traitement » que nous avions choisi d'intégrer d'emblée à la fiche sans le discuter, a finalement été complété par d'autres idées.
=> En effet, certains items de leur liste appartenaient à la rubrique « traitement », et unanimement ils jugeaient important de citer quelques traitements entre parenthèses dans la fiche.
* D'une part, les traitements immuno-modulateurs, facteur de risque de cancers cutanés : corticothérapie et immunosuppresseurs ;
* D'autre part, les traitements anticoagulants et antiagrégants plaquettaires, dont il faudra tenir compte en cas de geste chirurgical (dosage de l'INR, aide opératoire...).

- Les items « antécédents personnels de cancers cutanés » et « traitement de cancer cutané antérieur », ont été regroupés sous l'item : « antécédents personnels de cancers cutanés, oui / non, et si oui, quels traitements ont été entrepris ? ».

2. Item voté au second tour

Le seul item revoté a été « facteurs pouvant compliquer la prise en charge du patient ». Deux formes de cet item ont été proposées durant la phase de discussion, avec impossibilité d'arriver à un consensus.
=> Certains médecins trouvaient utiles de faire connaître les notions de « démence » ou « troubles psychiatriques » ou « agressivité du patient » avant de demander une prise en charge.

Nous l'avons donc proposé au 2eme tour de vote. Les experts avaient le choix entre :

- « facteurs pouvant compliquer la prise en charge (démence, troubles psychiatriques, troubles du comportement, troubles neurologiques, difficulté

de déplacement) », avec une case à cocher oui/non et si oui, un texte libre
- soit le même item sans exemple, avec seulement un texte libre.

Après nouvelle discussion, la première formulation a été votée, unanimement, avec 3 points de la part des 6 experts. L'autre formulation a reçu la note de 0 de la part des 6 experts.

3. Liste définitive d'items

(Tableau 4)

4. Retour des experts par rapport au produit fini

Nous avons envoyé le produit fini aux experts qui ont participé à la recherche, afin qu'ils nous donnent leur avis sur le fond, et sur la forme de notre outil.

Un expert sur 6 a eu quelques difficultés à ouvrir le document, et à remplir le descriptif qu'il souhaitait dans les cases.
Il ne savait pas comment utiliser l'outil, après avoir rempli la demande. Fallait il utiliser la voie numérique, ou imprimer le document et l'envoyer par scanner ?
Nous lui avons précisé les modalités d'utilisation de la fiche.
Cela nous a montré combien il sera nécessaire de former les médecins généralistes et dermatologues à l'utilisation de la fiche lorsqu'elle sera diffusée.

Un des médecins experts a exprimé sa crainte que le terme « Date de début de l'évolutivité » soit mal compris, mais ne trouvait rien de plus clair pour exprimer cette idée d'évolutivité.

En ce qui concerne la photographie à joindre, nous avions précisé « de face » ; un des expert imaginait que certains médecins allaient joindre une photo avec le patient de face, et non pas sa lésion de face, et donc proposait de mettre le terme « photo de face centrée sur la lésion ».

Annexe 11 : Fiche de demande d'avis dermatologique à la recherche d'un cancer cutané.

Demande d'avis dermatologique à la recherche d'un cancer cutané

Date **Nom** **Prénom**

Age **Sexe** ○ F ○ M

Traitement en cours
(préciser si anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, corticothérapie, immunosuppresseurs)

Allergies connues

Antécédents personnels
(préciser si immunodépression, cicatrice, plaies chroniques, brulure, radiothérapie)

Antécédents personnels de cancer cutané : ○ oui ○ non

si oui, quel traitement entrepris

Antécédents personnels de lésions précancéreuses :
☐ présence d'une kératose actinique
☐ présence d'une maladie de Bowen

Antécédents d'exposition importante aux UV :
☐ professionnelle ☐ coups de soleil dans l'enfance ☐ loisirs
☐ UV en cabines ☐ vie en Outre mer

Antécédents familiaux de mélanome : ○ oui ○ non

Phototypes :
☐ Phototype I (peau très blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts avec souvent des taches de rousseur. Les coups de soleil sont systématiques, la peau ne bronze jamais et rougit toujours)
☐ Phototype II (peau claire, cheveux blonds roux à châtains, yeux clairs à bruns avec parfois des taches de rousseurs. Les coups de soleil sont fréquents, la peau bronze à peine ou très lentement)
☐ Phototype III (peau intermédiaire, cheveux châtains à bruns, yeux bruns. Les coups de soleil sont occasionnels et la peau bronze graduellement)
☐ Phototype IV (peau mate, cheveux et yeux bruns/noirs. Les coups de soleil sont occasionnels, notamment lors d'exposition intense, la peau bronze bien)
☐ Phototype V (peau brun foncée, cheveux et yeux noirs. Les coups de soleil sont rares, la peau bronze beaucoup)
☐ Phototype VI (peau noire, cheveux et yeux noirs. Les coups de soleil sont très exceptionnels)

Stade OMS du patient :
☐ 0 : Capable d'une activité identique à celle précédent la maladie, sans aucune restriction
☐ 1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
☐ 2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité moins de 50 % de son temps
☐ 3 : Capables de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps
☐ 4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence

Présence d'un grand nombre de naevi :	○ oui ○ non
S'il s'agit d'une lésion pigmentée, existe-t-il d'autres lésions pigmentées similaires sur le corps :	○ oui ○ non
Localisation anatomique précise	
Taille de la lésion (plus grand diamètre en mm)	
Date d'apparition de la lésion	
Si évolutivité, date de début	
Infiltration / induration de la lésion	○ oui ○ non
Adénopathie satellite	○ oui ○ non
Nodules sous cutanés	○ oui ○ non
Métastases en transit	○ oui ○ non
Biopsie faite	○ oui ○ non
si oui : quel résultat ?	
Traitement déjà entrepris pour la lésion	
Facteurs pouvant compliquer la prise en charge	○ oui ○ non
Si oui, indiquez les facteurs: (démence, troubles du comportement, troubles neurologiques, maladie psychiatrique, difficulté de déplacement)	
Commentaires :	
Question posée au dermatologue :	

NB : merci de joindre 2 photographies minimum (une centrée sur la lésion, et une vue d'ensemble) de face, avec un bon éclairage, et vérifier la qualité de la photographie avant de l'envoyer.

Département de médecine générale, université Grenoble-Alpes, thèse de médecine de Julia Petiteau et Léa Mairot 2016

Annexe 12 : Avantages et limites de la télé-expertise dermatologique

1. Avantages

Une thèse réalisée en novembre 2014, qui avait pour objectif l'analyse de la fiabilité diagnostique et thérapeutique de la télé-expertise dermatologique en médecine générale, dans les Hautes Alpes, retrouvait plusieurs éléments confortant le bien fondé de cette pratique (40).

- Bonne concordance diagnostique et thérapeutique

Plusieurs études sur la concordance diagnostique et thérapeutique de la télé-dermatologie versus consultation dermatologique, ont été réalisées dans différents pays. Ces études ont également porté sur la comparaison de la télé-dermoscopie versus consultation dermatologique conventionnelle (= face to face) et sur celle de la visioconférence versus face to face.

Une étude espagnole de 2010, retrouvait 69,05% d'exactitudes diagnostiques par télé-expertise versus « face to face » (avec un IC à 95% entre 0,66 et 0,71). Cette analyse a inclus 100 patients et 20 dermatologues différents (41).

En 2011, en Italie, lors d'une évaluation de cette concordance en milieu gériatrique, les résultats ont montré que 114 patients sur 130 ont eu un diagnostic identique entre les deux méthodes (soit 87,7%) ; et 69,4% de prise en charge identique (42).

Une étude californienne de 2013, comparant la concordance diagnostique et thérapeutique de la télé-dermatologie via un Smartphone et via la consultation, retrouve 82% de concordance diagnostique (avec un IC entre 0,73 et 0,89) et 81% de concordance thérapeutique (avec un IC à 95% entre 0,72 et 0,88) (43).

En revanche, une analyse multivariée, montrait que l'âge élevé et la présentation d'un naevus atypique étaient associés significativement, à un désaccord diagnostique entre télé-dermatologie et consultation conventionnelle, après réajustement d'autres facteurs (5).

Dans l'étude réalisée dans les Hautes Alpes, ces constatations se retrouvaient : la concordance diagnostique et thérapeutique était plus importante si les pathologies tumorales étaient exclues (respectivement, le pourcentage passe de 52 à 61,5% et de 52 à 57,7%) (40).

En 2013, une expérimentation a évalué le pourcentage d'exactitudes diagnostiques

de la télé-dermatologie versus « face to face » pour des problèmes dermatologiques tout venants, dans une armée coréenne. Elle retrouvait une moyenne de 71%, sur 100 patients inclus (avec un coefficient kappa de 0,73).

En Suède, une étude d'avril 2013 a évalué la faisabilité de l'utilisation d'un Smartphone (iPhone 4) avec une application pour télé-dermatologie et un dermoscope pouvant s'adapter au Smartphone afin de pouvoir effectuer une télé-dermoscopie.
L'objectif était de comparer les diagnostics obtenus via le Smartphone avec son application télé-dermatologie, la télédermoscopie et la « consultation face to face ».
L'étude s'est déroulée sur 16 semaines et a inclus des patients présentants des lésions dermatologiques nécessitant une biopsie ou une exérèse.
L'anatomopathologie devait confirmer ou non les diagnostics proposés.
69 lésions ont été évaluées. Ils retrouvaient 66,7% d'exactitude diagnostique avec la « consultation face to face » contre 50,7% via le Smartphone avec son application télé-dermatologie; et 66,7% via la télé-dermoscopie.
Par contre, le pourcentage de décisions thérapeutiques concordantes a été de 98,6% pour le Smartphone et 100% pour le télé-dermoscope (13).

En 2013, en Arabie Saoudite, une étude regroupant 166 patients a comparé la concordance diagnostique et thérapeutique, et a mesuré la satisfaction du patient, entre une consultation face à face, versus sur smart phone 4G avec une résolution de 8 Mégapixel.
Un questionnaire de satisfaction a été donné à chaque patient. La majorité d'entre eux s'est montrée très satisfaite de la télé-expertise dermatologique.
Vingt-trois patients ont refusé d'être photographiés, pour des raisons qui étaient d'ordre religieux ou social.
La concordance diagnostique variait en fonction des pathologies.
La concordance diagnostique et thérapeutique étaient d'environ 95% (en considérant qu'il y ait au moins un diagnostic similaire).
Le coefficient kappa était de 0,66 pour la concordance diagnostique et de 0,82 pour la concordance thérapeutique. Cela peut s'expliquer par le fait que différentes lésions dermatologiques étaient parfois traitées de la même façon.

Une revue de la littérature américaine datant de 2011 montrait que deux tiers des 78 travaux étudiant la télé-dermatologie et la dermatologie clinique, avait trouvé une meilleure exactitude diagnostique avec la dermatologie clinique.
Cependant la concordance diagnostique restait bonne. Celle entre la visioconférence et la clinique était meilleure qu'avec la télé-expertise mais sur des

études avec un nombre plus restreint de patients.
Par ailleurs, la concordance thérapeutique était équivalente, même si la télé-dermatologie et la télé-dermoscopie étaient moins performantes par rapport à la clinique pour les lésions malignes et chez les sujets âgés (10).

- **Réduction du délai pour obtenir un avis dermatologique**

Une thèse réalisée à Paris en 2015 (44), a eu pour objectif de comparer le délai d'attente avant le début des soins entre 2 groupes : d'une part des MG utilisant un protocole simple de télé-dermatologie, et d'autre part des MG remettant à leurs patients un courrier destiné au spécialiste. Les MG y incluaient des adultes pour lesquels ils jugeaient nécessaire d'obtenir un avis dermatologique pour débuter la prise en charge.

* Pour l'avis de télé-dermatologie, il fallait envoyer au dermatologue des photographies des lésions cutanées, accompagnées d'un courrier standardisé par messagerie électronique sécurisée.

* Pour le groupe contrôle, les patients recevaient une lettre standardisée, avec l'instruction de prendre rendez-vous avec le dermatologue de leur choix.

Entre février et juillet 2014, 103 patients ont été inclus dans l'étude (53 patients par 20 MG dans le groupe télé-dermatologie). Le délai moyen entre la consultation initiale du MG et la réponse du dermatologue permettant de débuter les soins était de 4 jours pour la télé-dermatologie, et de 55,5 jours pour le groupe contrôle. La satisfaction globale des patients et des médecins était comparable dans les deux groupes.

La conclusion de cette thèse était que la télé-dermatologie, en optimisant la communication entre les MG et les dermatologues, réduisait significativement le délai pour obtenir un avis spécialisé permettant de débuter les soins.

- Réduction des inégalités d'accès aux soins, tout en maintenant une qualité de soins pour le patient.

Rubegni et al ont montré que la télé-dermatologie était une solution adaptée aux personnes âgées, lesquelles sont souvent réticentes à consulter un autre médecin que leur médecin traitant référent (42).

2. Limites

- Les limites techniques :
Elles dépendent de la qualité de la photographie et de la prise de vue, ainsi que du

matériel nécessaires (appareil photographique, internet, boîte mail sécurisée)
Une étude de faisabilité de télé-expertise en dermatologie montrait que sur 39 dossiers photos, 3 n'avaient pas pu être analysés correctement car les photographies étaient floues ou trop sombres. Le matériel photographique était pourtant de qualité.
Bien qu'il y ait débat quant à l'importance de la taille de l'image, il a été démontré que des images de 720 x 500 pixels étaient adaptées pour le diagnostic.
De plus, n'importe quel appareil avec une capacité de 1,3 millions de pixels devait être suffisant.
Les paramètres significatifs pour la qualité de l'image étaient beaucoup plus liés à la compétence de l'opérateur au niveau de l'éclairage et de la mise au point qu'à la résolution de la photographie.
Donc une formation des MG à la bonne qualité d'images photographique semble indispensable, tandis que l'appareillage nécessaire est modeste, et que tout généraliste peut se le procurer.

- Les limites liées aux pathologies rencontrées :
Une ou deux photographies ne peuvent remplacer la vision réelle, en trois dimensions, avec le toucher.
La télé-dermatologie peut être risquée pour le diagnostic des lésions pigmentées. En effet, la lésion choisie pour être expertisée peut ne pas être la plus ou la seule suspecte. Une étude a mis en évidence 7 mélanomes manqués sur l'analyse de 36 lésions lors de consultations en télé-dermatologie.

- Les limites liées aux dermatologues :
Spécialistes très sollicités, cette activité supplémentaire et encore peu cadrée peut sembler chronophage.
La réticence à y participer peut s'expliquer par les questions d'ordre légal, avec la responsabilité médicale qui peut être engagée.
Les dermatologues adhèrent-ils à ce mode de consultation sans face à face avec le patient ?
Peu d'études ont évalué la satisfaction des dermatologues qui pratiquaient la télé-dermatologie. La plupart des dermatologues rapportaient une satisfaction accrue. Mais de nombreux dermatologues avaient une confiance dans leurs diagnostics qui était diminuée.
Les dermatologues critiquaient la qualité de l'image, l'absence de relation directe avec les patients, l'absence de toucher des lésions et l'aspect chronophage du système.

- Les limites liées aux médecins généralistes :

- Ces consultations sont chronophages si elles sont réalisées correctement, avec rédaction d'un courrier, plusieurs prises de photographies pour permettre un avis éclairé du dermatologue. Ils restent également dans l'attente de l'avis spécialisé, et d'une nouvelle consultation pour le patient.
- Certains médecins généralistes craignent de se décharger de leur rôle de médecin de 1er recours, en demandant systématiquement l'avis au dermatologue.
- Enfin, il peut y avoir une certaine réticence à travailler avec un confrère qui leur est inconnu, qui n'est pas leur correspondant habituel pour les avis dermatologiques.

Les études ont montré des avis assez mitigés. Elles notaient une certaine insatisfaction liée au temps supplémentaire requis et aux efforts nécessaires pour relayer les diagnostics aux patients, prescrire des médicaments ou exécuter des procédures. Une étude retrouvait une augmentation de la durée de la consultation de 3 minutes 30. Le temps supplémentaire requis était justement ce que craignait les généralistes.

- Le coût :

La littérature montrait que la télé-dermatologie en différé était économiquement viable. Que ce soit à but consultatif ou de triage, elle offrait un moyen rentable de fournir des consultations de dermatologie. Le rapport coût-efficacité était encore meilleur pour les patients vivant dans les communautés géographiquement isolés ou médicalement mal desservies.

Annexe 13 : Phototypes

Phototype I

Le phototype I correspond à une peau très blanche, des cheveux blonds ou roux et des yeux bleus/verts avec souvent des taches de rousseur. Les coups de soleil sont systématiques, la peau ne bronze jamais et rougit toujours.

Phototype II

Le phototype II correspond à une peau claire, des cheveux blonds roux à châtains et des yeux clairs à bruns avec parfois des taches de rousseurs. Les coups de soleil sont fréquents, la peau bronze à peine ou très lentement.

Phototype III

Le phototype III correspond à une peau intermédiaire, des cheveux châtains à bruns et des yeux bruns.
Les coups de soleil sont occasionnels et la peau bronze graduellement.

Phototype IV

Le phototype IV correspond à une peau mate et des cheveux yeux bruns/noirs.
Les coups de soleil sont occasionnels, notamment lors d'exposition intense. La peau bronze bien.

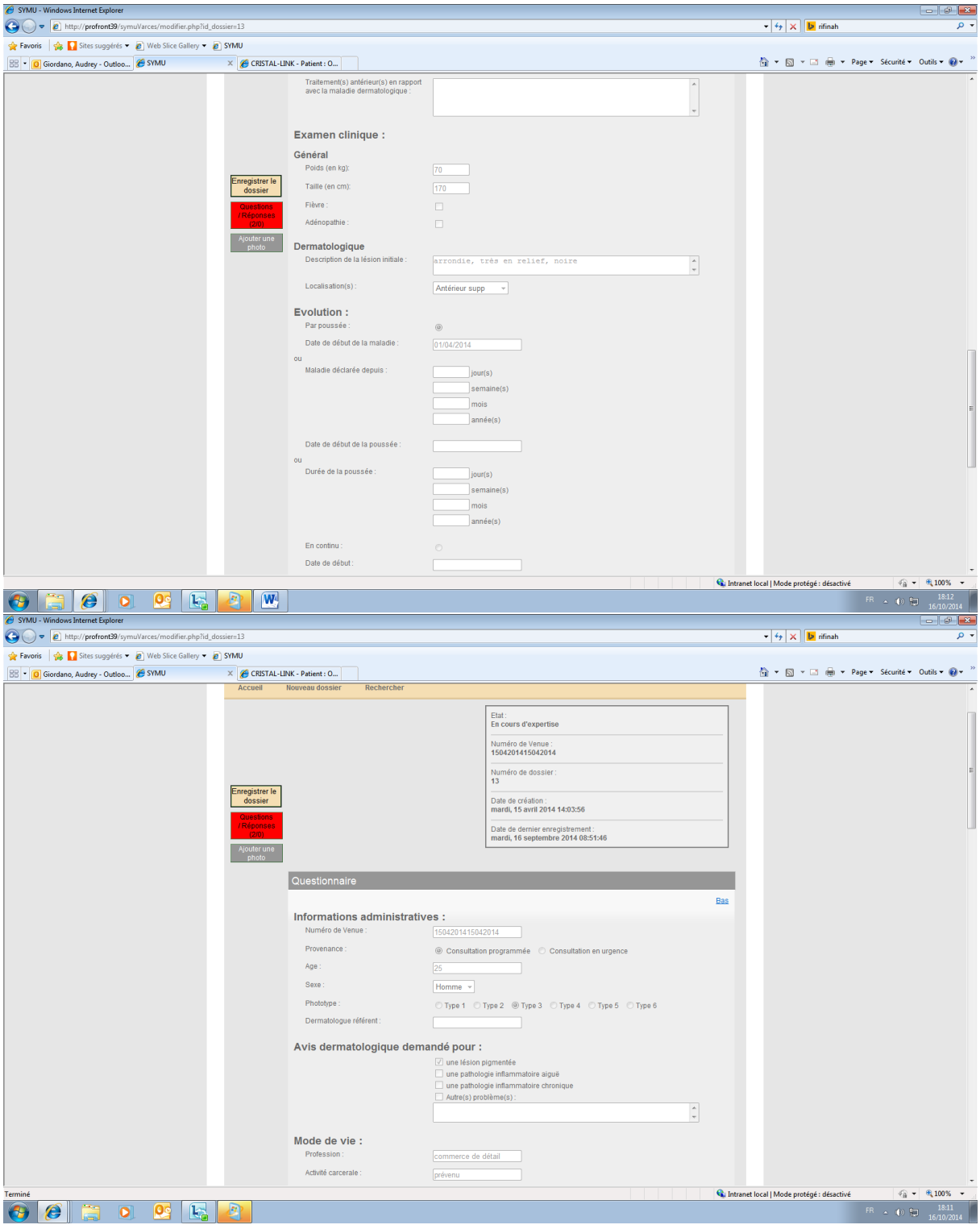
Phototype V

Le phototype V correspond à une peau brun foncée, des cheveux et des yeux noirs.
Les coups de soleil sont rares, la peau bronze beaucoup.

Phototype VI

Le phototype VI correspond à une peau noire, des cheveux et des yeux noirs.
Les coups de soleil sont très exceptionnels.

Annexe 14 : Fiche Varces



Annexe 15 : Fiches corses Plaie

FICHE CLINIQUE SUIVI DES PLAIES N°1

Fiche clinique : Suivi des plaies

Demande de télé-expertise

Patient	Nom :	**Réalisé par le Dr** :	**Date :**
	Prénom :	**MSS** :	
	Téléphone :		**Heure :**
(réservé à l'URPS-ML)	Lieu de résidence :		
N° patient :	Profession :		
Date de naissance :		**Sexe** : F ◯ M ◯	

Information et Consentement du patient recueillis par : ***Date :***

Exploration vasculaire < à 2 ans : **Date de réalisation :**

◯ Oui **Conclusion**

◯ Non

Protocole de pansement initial :

Antécédents médicaux et facteurs de risque

Antécédents * :

Diagnostic :

2. Traitement(s) en cours :

*Compléter dans les commentaires les antécédents chirurgicaux si besoin

Lésions dermatologiques **Date d'apparition des 1ères lésions :**

Nombres de lésions :	Taille (cm)	Topographie	Caractéristiques	Evolution des lésions	Signes fonctionnels
Lésion			◯ Ulcérée ◯ Plane ◯ Relief	☐ Extension des lésions	☐ Prurit ☐ Saignements ☐ Douleur

Distance en km d'un dermatologue le plus proche :

Patient nécessitant une aide pour se déplacer : ◯ **Oui** ◯ **Non** ☐ **Patient valide**

Commentaires sur le dossier et /ou l'état général du patient :

Enregistrer **Imprimer ce document**

COMPTE RENDU SUIVI DES PLAIES N°1

Télé-expertise N ° 1	Patient	Dermatologue
Date : Heure :	Nom : Prénom : Date de naissance : Téléphone :	Nom : Prénom :
Photos interprétables : ◯ Oui ◯ Non Si non pourquoi ?		

Diagnostic dermatologique

Nombre de lésions	Description de la lésion	Diagnostic
Lésion		

Prise en charge thérapeutique

◯ **Le patient doit être vu en consultation spécialisée**

◯ **Surveillance en télé-expertise et réévaluation dans:**

◯ **Biopsie nécessaire**

◯ **Chirurgie d'emblée**

◯ **Télé-expertise non réalisable**

Enregistrer **Imprimer ce document**

COMPTE RENDU SUIVI DES PLAIES N ° 2

Télé-expertise N ° 2	**Patient**	**Dermatologue**
Date : Heure :	Nom : Prénom : Date de naissance : Téléphone :	Nom : Prénom :
Photos interprétables : ◯ Oui ◯ Non Si non pourquoi ?		
Evolution de la plaie (évaluation photographique): ◯ Favorable ◯ Défavorable		

Prise en charge thérapeutique

◯ **Le patient doit être vu en consultation spécialisée**

◯ **Surveillance en télé-expertise et réévaluation dans:**

◯ **Biopsie nécessaire**

◯ **Chirurgie d'emblée**

◯ **Télé-expertise non réalisable**

Enregistrer **Imprimer ce document**

Annexe 16 : Fiches corses tumeur cutanée

FICHE CLINIQUE TUMEUR ET / OU CANCER CUTANE

Merci de bien remplir tous les champs du formulaire !

DATE ☐ HEURE : ☐

DESTINATAIRE DE LA FICHE

Sélectionner un dermatologue expert, qui sera destinataire de ce formulaire :

Dr P.A Battesti ◯ Dr X. Belgodère ◯ Dr G. Colonna ◯ Dr M. Costa ◯ Dr F. Ottavy ◯ Dr JR Rachou ◯

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

N° de téléphone : ☐ Adresse MSS : ☐

LE PATIENT

Nom et prénom du patient : ☐
Année de naissance : ☐
Adresse : ☐
Code postal : ☐
Ville: ☐
Sexe : ◯ Homme ◯ *Femme*

CONTEXTE CLINIQUE GENERAL

Antécédents médicaux, facteurs de risques, traitements en cours, diagnostic ...

PHOTO A JOINDRE EN PIECE JOINTE

Avant de communiquer sa photo à l'expert sollicité, veuillez vous assurer du consentement de votre patient

QUE SUSPECTEZ-VOUS ?

Tumeur bénigne ◯ Tumeur maligne ◯

Distance en Km du dermatologue le plus proche : ☐

Patient nécessitant une aide pour se déplacer : Oui ◯ Non ◯

Mon patient a été informé et consent à ce qu'une demande d'avis le concernant soit rédigée et transmise dans un contexte confidentiel et sécurisé à un dermatologue expert du projet

◯ Oui ◯ Non

Imprimer Télécharger

COMPTE RENDU DE TELE-EXPERTISE POUR UNE SUSPICION DE TUMEUR CUTANEE

Télé-expertise (lecture)	Patient	Dermatologue
Date : Heure :	Nom : Prénom : Date de naissance : Téléphone :	Nom : Prénom :
Photos interprétable : ◯ Oui ◯ Non		

Diagnostic dermatologique

Description de la lésion	Diagnostic et type
	◯ Tumeur bénigne ◯ Tumeur maligne ◯ Autres

Prise en charge thérapeutique

◯ **Chirurgie d'emblée**

◯ **Consultation spécialisée requise**

◯ **Biopsie nécessaire**

◯ **Surveillance en télé-expertise et réévaluation dans :**

◯ **Télé-expertise non réalisable**

Enregistrer **Imprimer**

Annexe 17 : Programme soirée

Objectif :

Aboutir à un consensus sur les items cliniques biologiques et thérapeutiques nécessaires, que les médecins généralistes doivent indiquer dans une fiche de télé expertise dermatologique en cas de suspicion de cancers cutanés.

Pour mémoire : contrainte du support
1. tenant sur une feuille A4 recto
2. avec un nombre exhaustif d'items
3. devant permettre au médecin généraliste de la remplir en moins de 10 minutes

Déroulement de la soirée :

19h30
Accueil – Rappel du projet (5 à 10 min)

Présentation des protagonistes (5 min)

Premier tour de table (10 min) :
Présentation des items retenus

Premier vote (30 min)

Deuxième tour de table :
Explication,
Argumentation,
Reformulation,
Discussion,
Suppression/fusion d'éléments redondants ou proches (45 min)

Pause (5 min)

Deuxième vote (15 min)

Dernières discussions et conclusion (20 min)

Repas et boissons

Le Vote, système de notation

Vote par système de cartons/pancartes avec des notes allant de 0 à 3 (afin d'éviter le biais d'influence par les autres experts)

Notation de **0 (pas d'intérêt)** à **3 (très important, indispensable)**

Seront rejetés : les items ayant un score de 6 ou moins

Pour rappel :

L'objectif est un document **synthétique** :
un grand nombre de notation à 2 ou 3 ne permettra pas une sélection rapide des items retenus.

Ce document doit être **cohérent** dans son contenu

Création d'une fiche d'information à l'usage des médecins généralistes pour réaliser une demande de télé expertise en dermatologie, concernant les cancers cutanés : Création d'un support simple et exhaustif par la méthode du Groupe Nominal.

9 mars 2016

Thèse de Médecine Générale
Julia Petiteau et Léa Mairot
Université de Grenoble

Annexe 18 : Qualité de l'image

Selon Weingast and al., il existe une corrélation entre la qualité de l'image photographique prise, et le bon diagnostic posé par les dermatologues. (15)
Il n'existerait pas de différences entre les smartphones pour la qualité de l'image, à condition que les pixels de la photographie soient supérieurs à 2000 x 1500.
Une revue systématique de la littérature en 2015, (11) retrouve qu'il n'existe pas de standard universel d'appareil photo numérique, ni de règles prédéfinies de prise de photographie, pour l'identification d'une lésion dermatologique.

Selon les Guidelines de télédermatologie Américaine de 2007, il est recommandé que l'appareil présente :

- Une bonne résolution spatiale (2 structures adjacentes sur une même photographie doivent être différenciables), 3 à 5 millions de pixels
- Une bonne résolution des couleurs avec calibration
- Une position macro
- Une bonne vitesse de déclenchement
- Une bonne qualité de cliché avec et sans flash

Il est également nécessaire d'avoir une protection, confidentialité des photos, avec un protocole de sécurité et de stockage et de la transmission des informations.
Pour faciliter le stockage des images, un système de compression des fichiers est utilisé. Le format le plus courant est le format JPEG (Joint Photographic Experts Group).

Lors de la prise de la photographie il est recommandé de :

- Récupérer le consentement du patient
- Avoir de bonnes conditions d'éclairage pendant la prise de la photographie, avec une luminosité proche de la lumière blanche
- Si possible utiliser le mode Macro
- Procéder au calibrage de la balance des blancs
- Utiliser le moins possible le flash
- Prendre de la photographie perpendiculairement au plan de la lésion
- Déshabiller au maximum les patients, et démaquiller
- Utiliser un fond adapté
- Faire plusieurs photographies

⇨ une proche de la lésion, centrée en mode macro
⇨ puis des vues complémentaires avec possibilité de marquer la lésion (cercle au marqueur par exemple), et également de mesurer la lésion.

- Si possible, faire une photographie avec le dermatoscope

BIBLIOGRAPHIE

(1) Grange F. Epidemiology of cutaneous melanoma: descriptive data in France and Europe. Ann Dermatol Vénéréologie. 2005 déc;132(12 Pt 1):975‑82.

(2) Agence Nationale d'Accréditation et Evaluation en Santé (ANAES). Recommendations for the diagnostic and therapeutic management of basal cell carcinoma in adults. Ann Pathol. 2004 Oct;24(5):460‑72.

(3) Halna J, Grandadam M, Buemi A. Étude épidémiologique des cancers cutanés basée sur la population d'un département français de 1998 à 1996 : résultats du registre des cancers du Haut- Rhin. Nouv Dermatol 2000;19:48-55

(4) Fauvet L. Les médecins au 1er janvier 2012. Etudes Résultats Paris DREES. Février 2012.N° 167 ; Disponible sur: https://opimed.org/IMG/pdf/er796-2.pdf

(5) Warshaw E, Greer N, Hillman Y, Hagel E, MacDonald R, Rutks I, et al. Teledermatology for Diagnosis and Management of Skin Conditions: A Systematic Review of the Evidence.Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2010

(6) Direction Générale de l'Offre de Soins. Télémédecine et responsabilités juridiques engagées. 2012 May 18; Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf

(7) Bonnans V, Droz-Bartholet L, Garcia é., Lecuyer P, Faivre B, Humbert P. Mise en œuvre d'un service de télédermatologie en Franche-Comté (France). Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine. déc 2012;1(3‑4):96‑103.

(8) Letourneau D, Sanita Consulting. Télémédecine en EHPAD mutualistes, étude et retour d'expériences. Mars 2016. Disponible sur: http://www.fondationdelavenir.org/wp-content/uploads/2016/04/T%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine-en-EHPAD-rapport-complet-29-03-2016.pdf

(9) Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011 déc;99. Disponible sur: http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/101916

(10) Meunier J-M, sociale U du Q à HG d'étude et de recherche en intervention. L'utilisation du groupe nominal dans l'identification des besoins d'une clientèle de soins palliatifs à domicile. Hull: Groupe d'étude et de recherche en intervention sociale, Université du Québec à Hull; 1994. Disponible sur: http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/santecom/35567000056900.pdf

(11) Quigley EA, Tokay BA, Jewell ST, Marchetti MA, Halpern AC. Technology and Technique Standards for Camera-Acquired Digital Dermatologic Images: A Systematic Review. JAMA Dermatol. août 2015;151(8):883‑90.

(12) Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH, Mercier A. Exercer, La Revue Française de Médecine Générale. 2014;114:148-57.

(13) Börve A, Terstappen K, Sandberg C, Paoli J. Mobile teledermoscopy-there's an app for that! Dermatol Pract Concept. avr 2013;3(2):41‑8.

(14) Tensen E, van der Heijden JP, Jaspers MWM, Witkamp L. Two Decades of Teledermatology: Current Status and Integration in National Healthcare Systems. Curr Dermatol Rep. 2016;5:96‑104.

(15) Weingast J, Scheibböck C, Wurm EMT, Ranharter E, Porkert S, Dreiseitl S, et al. A prospective study of mobile phones for dermatology in a clinical setting. J Telemed Telecare. juin 2013;19(4):213‑8.

(16) Scrivener Y, Chebil F, Cribier B. Epidemiology of basal cell carcinomas. Ann Dermatol Vénéréologie. 2005 avr;132(4):378‑83.

(17) Grange F. Epidemiology of cutaneous melanoma: descriptive data in France and Europe. Ann Dermatol Vénéréologie. 2005 déc;132(12 Pt 1):975‑82.

(18) Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. 2006 oct. Available on : http://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/diag-prec-melanome-long-db5ec5a761d56a3269efa9e86bca4543.pdf

(19) Guillot PB, Du-Thanh A. Tumeurs malignes cutanées épithéliales et mélaniques. Rev Prat. 2012;62(2):247‑54.

(20) Attal-Toubert K., Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées, solidarité et santé. 2009. N°12

(21) Micheau J., Moliere E. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES.2010.N°15.

(22) LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance.html.

(23) La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être. octobre 2009 ; Disponible sur : http://technosens.fr/files/2009-11-Rapport_Telesante_Lasbordes.pdf

(24) Ministère des affaires sociales et la santé. Déploiement de la télémédecine [Internet]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-telemedecine

(25) Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine | Legifrance.html.

(26) Olivier de La Boulaye, Altran, Jérôme Faggion, Altran, n Béatrice Falise-Mirat, Accenture, n Blandine Fuzeau, Orange, n David Ghesquières, Accenture, n Anne Josseran, SNITEM, et al. Télémédecine 2020 - Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques. Disponible sur: http://esante.gouv.fr/sites/default/files/livre_blanc_telemedecine_avril2013.pdf

(27) Guide de la CNIL destiné aux professionnels de santé. Disponible sur : http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL.Guide_professionnels_de_sante.pdf

(28) CNOM. Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2009 Jan; Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/telemedecine2009.pdf

(29) DOMOPLAIES : un projet interrégional. http://www.telesante-basse-normandie.fr/l-enrs-et- les-projets/domoplaies,1641,2503.html

(30) RVHPCLR (Réseau Ville Hôpital Plaie et Cicatrisation Languedoc Roussillon) Available on : http://www.chu-nimes.fr/docs/professionnels/Forum_Infirmier_2014_-_Atelier_4_-_Reseau_plaies_et_cicatrisation.pdf

(31) CICAT-LR Réseau plaies et cicatrisation du Languedoc Roussillon [Internet]. Disponible sur: http://www.cicat-lr.org/

(32) Prise en charge des plaies chroniques via télésurveillance par 4 IDEL en Franche-Comté [Internet]. Disponible sur: http://franche-comte.infirmiers urps.org/dossiers/40/prise-en-charge-des-plaies-chroniques-via-telesurveillance-par-4-idel-en-franche-comte

(33) Sparsa A, Doffoel-Hantz V, Bonnetblanc J-M. [Assessment of tele-expertise among elderly subjects in retirement homes]. Ann Dermatol Vénéréologie. 2013 ;140(3):165–9.

(34) Hautenauve M. Étude prospective et observationnelle, sur un an, de l'activité des téléconsultations de plaies chroniques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. univ-bordeaux.fr/

(35) Expérience réussie de télédermatologie en milieu carcéral en Ile-de-France.http://www.ticsante.com/Experience-reussie-de-teledermatologie-en-milieu-carceral-en-Ile- de-France-NS_1665.html

(36) Khatibi B, Bambe A, Chantalat C, Resche-Rigon M, Sanna A, Fac C, et al. Télédermatologie en milieu carcéral : étude rétrospective de 500 télé-expertises. Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2014;141(12, Supplement):S363.

(37) Bara C, Maillard H, Beneton N, Serre P, Celerier P. [Teledermatology in the management of skin diseases in prison inmates : experience in central France]. Ann Dermatol Vénéréologie. 2013 ;140(3):216–8.

(38) ARS Guyane. Projet régional de santé de la Guyane 2011-2015, Le programme régional de télémédecine. Disponible sur :http://www.ars.guyane.sante.fr/La-telemedecine-operationnelle.145087.0.html

(39) Télémédecine : le groupe Arkadin relie l'hôpital de St-Pierre-et-Miquelon à la Métropole http://www.ticsante.com/Telemedecine--le-groupe-Arkadin-relie-l-hopital-de-St-Pierre-et- Miquelon-a-la-Metropole-NS_1754.htm

(40) Tesnière A, Leloup P, Quéreux G, Maillard H, Pedailles S, Leccia M-T, et al. Avis dermatologiques à distance : une enquête interrégionale. Ann Dermatol Vénéréologie.2015 fev;142(2):85‑93.

(41) Vañó-Galván S, Hidalgo A, Aguayo-Leiva I, Gil-Mosquera M, Ríos-Buceta L, Plana MN, et al. Store-and-forward teledermatology: assessment of validity in a series of 2000 observations. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:277–83.

(42) Rubegni P, Nami N, Cevenini G, Poggiali S, Hofmann-Wellenhof R, Massone C, et al. Geriatric teledermatology: store-and-forward vs. face-to-face examination. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2011 nov;25(11):1334‑9.

(43) Lamel SA, Haldeman KM, Ely H, Kovarik CL, Pak H, Armstrong AW. Application of mobile teledermatology for skin cancer screening. J Am Acad Dermatol. 2012 oct;67(4):576‑81.

(44) Piette É. Impact d'une intervention de télé dermatologie sur le délai pour débuter les soins: un essai contrôlé randomisé en grappe, en ambulatoire. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015. Disponible sur : http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/Machaon-2015-31-PIETTE_0.pdf

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

CREATION D'UNE FICHE D'INFORMATION A L'USAGE DES MEDECINS GENERALISTES POUR REALISER UNE DEMANDE DE TELE-EXPERTISE EN DERMATOLOGIE, CONCERNANT LES CANCERS CUTANES

Contexte

L'incidence des cancers cutanés augmente, alors que la densité de médecins généralistes et de dermatologues en exercice, continue de baisser. La télé expertise est une solution proposée pour pallier à l'allongement des délais d'obtention d'un avis dermatologique. Cependant le support des échanges de télé expertise est peu standardisé, notamment dans le domaine de l'onco-dermatologie.

L'objectif primaire de ce travail a été de déterminer les items clinico-biologiques et thérapeutiques indispensables, que les médecins généralistes devaient indiquer dans une fiche pour télé expertise dermatologique, en cas de suspicion de cancers cutanés.

L'objectif secondaire a été la réalisation d'une fiche standardisée à partir de cette liste d'items.

Méthode

Etude qualitative par consensus à partir de la technique du groupe nominal modifié. Les experts recrutés étaient des dermatologues et des MG répartis en nombre équilibré. La réunion a été animée par les deux auteurs et leur directeur.

Les items ont été retenus par un vote selon la technique des pancartes. Les items proposés puis retenus par le groupe d'experts ont été organisés dans une fiche standardisée avec l'aide d'un informaticien, qui a ensuite été soumise aux experts pour acceptation.

Ce travail n'a pas nécessité de déclaration à la CNIL.

Résultats

Le groupe d'experts (trois MG, trois dermatologues) a retenu 26 items en plus des photographies. La fiche de télé expertise a été acceptée par les experts en relecture.

Discussion

Il s'agit de la seule fiche de télé expertise d'onco-dermatologie réalisée par une méthode de consensus reconnue. Le manque d'expérience des auteurs/animateurs du groupe nominal a pu diminuer les possibilités d'expression des experts. Une autre limite a été que le groupe d'experts a exclu des items durant la phase de discussion entre les deux tours de vote, au lieu de les éliminer par un deuxième vote.

Cette fiche devra être évaluée, tant sur le plan de la satisfaction des utilisateurs, que sur le coût d'utilisation.
Les propriétés psychométriques de cette fiche devront être également testées.

Mots clés : Télé-expertise, dermatologie, formulaire.