



HAL
open science

Pratiques de la télédermatologie : avantages, limites et perspectives. Étude qualitative par entretiens auprès de dermatologues

Edmond Démoulin

► To cite this version:

Edmond Démoulin. Pratiques de la télédermatologie : avantages, limites et perspectives. Étude qualitative par entretiens auprès de dermatologues. Ethique. 2020. dumas-03231286

HAL Id: dumas-03231286

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03231286>

Submitted on 25 May 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Il est prévu notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source.

Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entraîner des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).

Université de Paris

Faculté de médecine

Laboratoire d'Éthique médicale et médecine légale

Année 2020

N° 2020M2REM02

Pratiques de la télédermatologie : avantages, limites et perspectives Étude qualitative par entretiens auprès de dermatologues

Par Edmond Démoulin

Mémoire de Master 2 d'éthique médicale et bioéthique

Dirigé par le Dr. Cédric Rat et la Pr. Marie France Mamzer

Présenté et soutenu publiquement le 09 Septembre 2020

Devant un jury composé de :

Mme le Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH

Président

M. Marcel-Louis VIALARD, professeur associé

M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR

Mme Caroline DESPRES, chercheuse

Mme Marie MICHON, PhD ATER

M. Jean-Claude K. DUPONT, chercheur



Pratiques de la télédermatologie : avantages, limites et perspectives. Étude qualitative par entretiens auprès de dermatologues

Résumé :

Contexte :

La démographie dermatologique est en baisse depuis plusieurs années et cette baisse va se poursuivre. Pour répondre aux besoins de consultation la télédermatologie est souvent présentée comme une des solutions possibles. Celle-ci est déjà utilisée dans de nombreux contextes. Pourtant certains auteurs indiquent que la télémédecine n'est pas une simple adaptation de la médecine à la technologie mais bien une pratique radicalement différente et qu'il faut explorer ces différences avant de la généraliser.

Objectif :

L'objectif principal était de caractériser les pratiques télédermatologiques actuelles, notamment leurs avantages et leurs limites vis-à-vis de la pratique dermatologique en présentiel.

Méthode :

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens auprès de 7 dermatologues, libéraux et hospitaliers exerçant dans les Pays de la Loire de Mars à Mai 2020. Nous avons ensuite pratiqué une analyse thématique.

Résultats :

L'épidémie de COVID 19 a augmenté brutalement le nombre d'actes de télédermatologie, elle a montré les potentialités mais aussi les limites de cette pratique. Les dermatologues indiquent une procédure efficace, au sens où elle permet de réguler les flux de patients. Elle permet notamment d'identifier les situations urgentes et de donner des avis rapides quand la situation le permet. La contrepartie est une pratique faiblement stimulante pour le dermatologue, accompagné d'un sentiment de frustration du fait d'une incomplétude diagnostique et thérapeutique. Cette frustration est renforcée par un appauvrissement de la relation avec le patient. Les dermatologues projettent une augmentation de cette pratique et préconisent de la maintenir comme un outil au sein d'un réseau local de professionnels connus. Ils indiquent la

nécessité de caractériser les actes possibles à faire en télédermatologie, et ce d'autant plus rapidement que le rôle du télédermatologue paraît concurrencé par l'intelligence artificielle.

Conclusion :

La télédermatologie est vue comme une réponse imparfaite à la problématique des déserts médicaux. Elle permet une optimisation du temps médical mais implique un appauvrissement de la relation de soins, avec un risque de réification du patient, ainsi qu'une frustration diagnostique et thérapeutique. Pour compenser ces inconvénients les dermatologues préconisent de ne pas mettre en concurrence la dermatologie et la télédermatologie mais de les voir comme complémentaires au sein d'un réseau local de professionnels.

Discipline :

[Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clés :

[Dermatologie / Télémédecine / Télédermatologie / Déserts médicaux / Relation médecin-patient / Relation médecin-malade / Réification / Réseau de soin / Organisation des soins]

Tele dermatology practices: advantages, drawbacks and prospects. Qualitative interview study among dermatologists.

Abstract :

Context:

In France, dermatologic demography has been going lower for several years, and this drop is going to continue. Tele dermatology is often presented as one of the possible solutions to manage the consultation request. It is already used in various contexts. However some authors indicate that this practice is not an adaptation of medicine to technology, but a new practice, radically different, and that we have to explore this differences before using it widely.

Objective :

Our objective was to characterize the actual tele dermatologic practices, especially their advantages and limits compared to the face-to-face ones.

Methods:

A qualitative study was conducted in the Pays de la Loire region using 9 semi-structured interviews of dermatologists, from March 2020 to May 2020. The interviews were recorded and analyzed according to a so-called thematic content analysis.

Results:

The number of tele dermatologic acts has increased rapidly due to the COVID 19 epidemic, this growth has shown the potentialities but also the limits of this practice. Dermatologists report an efficient procedure in the sense that it effectively regulates the flow of patients. In particular it allows them to focalize on urgent needs and to provide quick answers when situation permits it. On the other hand, they report a weakly stimulating practice for the dermatologist, and a feeling of frustration due to diagnostic and therapeutic incompleteness. This feeling is also due to an impoverished relation with patient. They conceive a growth of this practice and advocate to maintain it as a tool within a local network of known professionals. They point out the need to identify what can be done with this practice and what cannot be, especially in a context of possible concurrence with artificial intelligence.

Conclusion:

Teledermatology is perceived as an imperfect solution to the problematic of medical desert. It allows an optimization of the medical time management but involves an impoverishment of the physician-patient relation, with a diagnostic and therapeutic frustration. Dermatologists preconize to consider teledermatology and dermatology to be complementary and not competitive, within a local network of known professionals.

Keywords :

[Dermatology / Teledermatology / Telemedicine / Medical deserts / Physician-patient relations / Reification / patient care management]

Remerciements

Un grand merci à Cédric Rat pour avoir rendu cette riche année possible et pour son suivi attentif des différents projets.

Merci à Marie France Mamzer pour son accueil au sein de son laboratoire, pour toutes les interrogations qu'elle a pu soulever et les pistes de recherche qu'elle a su proposer.

Un grand merci à tous les médecins qui ont accepté de participer à cette recherche en partageant leurs quotidiens de soignants.

Merci à tous mes collègues du master pour les longues discussions et les déjeuners animés que nous avons partagés.

Merci à ma famille et à mes proches pour leur présence.

A Solène et Bleuenn

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	6
INTRODUCTION	8
I) CONTEXTE	10
1. INTERFACE DECIDEURS POLITIQUES – PATIENTS : L’OFFRE DE SOINS	10
A. <i>Historique de la démographie médicale dermatologique</i>	10
B. <i>Historique de la télémédecine et réglementation</i>	11
C. <i>Etat des lieux de l’offre en France et aux Etats-Unis d’Amérique</i>	14
D. <i>Pourquoi un tel développement ?</i>	16
E. <i>Limites au développement</i>	18
2. INTERACTION DECIDEURS POLITIQUES/MEDECINS	19
A. <i>Le financement, vecteur de normalisation des pratiques</i>	20
B. <i>Le choix de l’utilisation de la télémédecine</i>	20
C. <i>Appropriation de la télémédecine par les médecins</i>	22
D. <i>Risque juridique</i>	23
E. <i>Refonte de l’identité professionnelle vis-à-vis du système de soins</i>	24
3. INTERACTION MEDECINS-PATIENTS	25
A. <i>Relation médecin-patient</i>	26
B. <i>Modifications de l’expérience médicale induites par la télémédecine</i>	29
4. SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	34
II) UNE ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS EXPLORANT LES PRATIQUES ET PERSPECTIVES DE LA TELEDERMATOLOGIE PAR LES DERMATOLOGUES	36
1. INTRODUCTION	36
2. METHODE	37
A. <i>Conception et mise en place</i>	37
B. <i>Recrutement des participants</i>	37
C. <i>Construction du guide d’entretien</i>	38
D. <i>Conduite des entretiens</i>	39
E. <i>Analyse des entretiens</i>	39
F. <i>Ethique et démarches réglementaires</i>	39
3. RESULTATS	40
A. <i>Les avantages de la télédermatologie</i>	40
B. <i>Les limites de la télédermatologie</i>	45
C. <i>Evaluation globale des dermatologues : une pratique peu intéressante mais utile</i>	48

<i>D. Perspectives et préconisations</i>	51
4. DISCUSSION	57
<i>A. Forces et limites de l'étude</i>	57
<i>B. Avantage de la télédermatologie : une réponse aux déserts médicaux</i>	59
<i>C. Limites de la télédermatologie et solutions proposées</i>	61
<i>D. Perspectives : Mise en parallèle de la télédermatologie et de l'intelligence artificielle</i>	69
<i>E. Synthèse de la discussion</i>	70
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	I
<i>Annexe 1 : Guide d'entretien</i>	<i>I</i>
<i>Annexe 2 : Lettre d'information</i>	<i>II</i>
<i>Annexe 3 : Formulaire de consentement</i>	<i>V</i>
<i>Annexe 4 : Avis favorable du comité d'Ethique</i>	<i>VI</i>

Introduction

La télémédecine, et notamment la télédermatologie, se développe rapidement depuis plusieurs années (1) (2), avec une progression nette depuis le remboursement de la téléexpertise dermatologique comme acte médical depuis 2018 (3). Ce développement s'est encore accéléré avec l'épidémie de COVID-19 (4). Cette modalité de pratique est souvent présentée au public comme une solution à la désertification médicale (5). La pénurie de dermatologues dans certains territoires et l'ouverture de plateformes numériques en accès direct posent la question de la concurrence entre la télédermatologie et la dermatologie présente (6) (7) (8). De plus, la dermatologie étant par essence une spécialité visuelle, elle se prête particulièrement bien à la télémédecine (9). Ce développement, voire remplacement, suscite différents questionnements, principalement en terme de relation médecin-patient, de santé publique, et d'identité professionnelle. Nous les avons explorés, via une recherche bibliographique, selon trois espaces d'interaction. (*cf figure 1*).

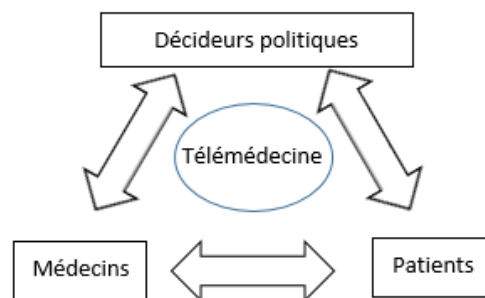


Figure 1 : Interactions entre acteurs de la télémédecine

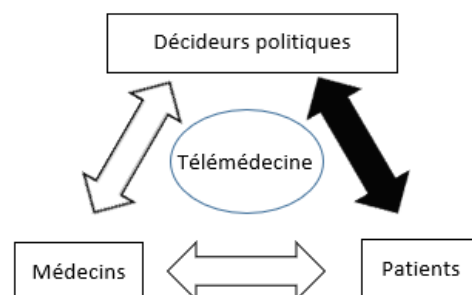
Nous commencerons par l'interaction entre les décideurs politiques et les patients. Nous explorerons ce rapport en rappelant l'historique de l'offre de soins en dermatologie, ainsi que celui de la télémédecine avant d'expliquer les raisons actuelles du développement de la télémédecine. Ensuite nous nous intéresserons à l'interaction entre les décideurs politiques et les médecins, c'est-à-dire à la façon dont les médecins s'approprient cette nouvelle possibilité de soins, que ce soit d'un point de vue technique, juridique ou vis-à-vis de leur identité professionnelle. Enfin, nous examinerons la façon dont cette nouvelle pratique influence la relation entre les médecins et leurs patients. Pour ce faire nous ferons un historique de la relation entre le médecin et son patient avant de voir en quoi cette relation est impactée par le développement de la télémédecine.

Cette recherche bibliographique nous aura montré que la télémédecine n'est pas une pratique médicale adaptée à la technologie, mais bel et bien une pratique médicale autre, avec ses propres avantages et inconvénients (10,11). A ce jour, il nous semble que cette altérité, particulièrement en dermatologie, est insuffisamment explorée, et que l'image d'une télémédecine comme substitut de la pratique médicale conventionnelle persiste. De plus, cette absence de caractérisation gêne la réflexion sur la place que l'on doit attribuer à cette pratique.

L'objectif principal de cette étude qualitative par entretiens était de caractériser les pratiques télédermatologiques actuelles, notamment leurs avantages et leurs limites vis-à-vis de la pratique dermatologique en présentiel. Un objectif secondaire était de recueillir les perspectives et les préconisations que les dermatologues projetaient pour l'avenir de cette pratique.

I) Contexte

1. Interface décideurs politiques – patients : l'offre de soins



A. Historique de la démographie médicale dermatologique

Les maladies de peau sont connues depuis toujours, on en trouve d'ailleurs des descriptions très imagées dans les récits hippocratiques (12). Cependant, la dermatologie en tant que spécialité distincte de la médecine générale est nettement plus récente, comme de nombreuses autres spécialités médicales, elle débute au moment où le champ de connaissance est suffisamment vaste pour en faire une profession à part entière (13).

Le nombre de dermatologues a varié selon les époques, notamment selon la prévalence des maladies dermatologiques, ainsi Stefan Zweig décrit dans son autobiographie qu'il y avait à Vienne, dans chaque rue, une plaque indiquant « spécialiste des maladies de la peau et de l'appareil génital », notamment du fait de la prévalence de la syphilis (14). Depuis les années 1990, le nombre de postes à l'examen classant national attribués à la spécialité de Dermatologie-Vénérologie n'est pas suffisant pour remplacer les départs en retraite des dermatologues. Ainsi la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé projette une baisse de 30% des effectifs des dermatologues entre 2010 et 2030 (15).

Le faible nombre de dermatologues impacte le délai moyen pour obtenir un rendez-vous. Selon un rapport datant de 2018 du même organisme, il faut 62 jours en moyenne (16) pour obtenir un rendez-vous chez un dermatologue, délai bien supérieur aux recommandations de prise en charge des lésions suspectes de mélanome (17). De plus, l'offre de soins et donc les délais de consultations sont très variables selon les territoires, ainsi la Creuse ne comptait aucun dermatologue inscrit à l'Ordre des médecins en 2017 (18). Face à cette pénurie et à ces disparités, de nombreuses pistes sont évoquées, comme une augmentation du nombre d'internes, une formation d'infirmiers de pratique avancée en dermatologie ou encore l'augmentation de l'offre de télémédecine (19).

B. Historique de la télémédecine et réglementation

a) Historique

La télémédecine est le fait de pratiquer la médecine à distance (préfixe grec : *télé-loin*, à distance (20)). La loi HPST (hôpitaux, patients, santé et territoires) la définit pour la première fois dans la loi Française en 2009 (21):

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. »

Cette modalité d'exercice de la médecine s'est initialement développée dans des contextes où la consultation d'un médecin en présentiel était impossible (expéditions, guerres, ...). Les premières expériences remontent au début du 20^{ème} siècle avec des capitaines de bateaux sollicitant par radio des avis médicaux à distance pour leurs passagers. Ces expériences se sont ensuite renouvelées notamment durant les guerres mondiales et la conquête spatiale (22). En 1965, le Dr Debakey utilisait un satellite de la NASA afin de montrer en Suisse une opération cardiaque réalisée au Texas (23). Néanmoins, c'est avec l'avènement du réseau Internet et la possibilité de transférer facilement des images de résolution satisfaisante que la télémédecine, et notamment la télédermatologie ont pu se développer à grande échelle (22). Si la faisabilité technique a été ensuite rapidement établie, cette pratique a été peu utilisée, notamment du fait de la démographie médicale relativement satisfaisante durant les années 1990, et surtout du fait de l'absence de remboursement et de politiques publiques encadrant cette pratique.

Suite à la définition de la télémédecine en 2009, la loi HPST en a précisé 5 modalités dans un décret en 2010 (24) :

- *« La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. [...] »*
- *La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison*

de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient

- *La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient [...]*
- *La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte*
- *La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1. »*

A partir de 2010, la télémédecine s'est développée au sein de programmes expérimentaux de télémédecine, à l'initiative du ministère de la santé ou des ARS (Agences Régionales de Santé), avec un succès relatif. Un avis de la Cour de comptes en 2017 (25) indiquait que près de la moitié des projets financés n'étaient pas opérationnels et dénonçait « des initiatives [...] sans ligne directrice claire ni continuité, sinon leur caractère expérimental et leur défaut d'évaluation. ». Ainsi, dans ce même rapport, la Cour des Comptes appelle à développer ces programmes déjà existants tout en les évaluant de manière plus rapprochée mais aussi à « mettre en place un partage de rémunérations entre les acteurs concernés dans un cadre généralisé et de droit commun ».

b) Réglementation actuelle

Ainsi, jusqu'en Septembre 2018, il n'y avait pas d'actes CCAM (classification commune des actes médicaux) standards pour rembourser une téléconsultation ou une téléexpertise. Il y avait uniquement des remboursements prévus pour des actes très spécifiques comme la télédialyse péritonéale ou la téléexpertise pour la rétinopathie diabétique (25). L'arrêté du premier Août 2018 (3) crée de nouveaux actes dans la nomenclature des remboursements. Il précise les conditions de remboursement, notamment pour la téléconsultation et la téléexpertise.

Une téléconsultation est une liaison vidéo, en direct, entre un patient et un médecin. Pour accéder au remboursement le patient doit (26) :

- être déjà connu du médecin, c'est-à-dire avoir bénéficié d'une consultation en présentiel avec lui dans les 12 derniers mois. Cette condition visait à limiter la

télé médecine dite « sauvage », c'est-à-dire hors du parcours de soin. Néanmoins cette nécessité d'être connu du médecin a récemment été assouplie à l'occasion de l'épidémie de COVID-19 pour tous les malades suspects d'infection au COVID 19. (27)

- être adressé par son médecin traitant, ou consulter auprès d'une spécialité en accès direct (gynécologie, etc...)
- ne pas avoir de médecin traitant
- Ne pas pouvoir consulter son médecin traitant dans un délai compatible avec son état de santé

Une téléexpertise est une demande d'expertise entre un professionnel « requérant » et un médecin « requis ». Actuellement, l'ensemble de la population ne peut pas en bénéficier, le législateur ayant privilégié un développement progressif (3). Pour le moment, sont éligibles à un remboursement de l'acte les publics prioritaires, c'est-à-dire les patients :

- en affection longue durée (ALD)
- atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation en vigueur, dans le cadre de l'organisation des centres de référence maladies rares
- résidant en zones sous denses, telles que définies à l'article 1434-4 du code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles
- résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales
- détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le déploiement des actes de téléexpertise pour l'ensemble de la population suivra un calendrier qui sera dévoilé avant la fin de l'année 2020 (3).

Cet arrêté (3) distingue 2 niveaux de téléexpertise selon leurs complexités, le niveau 1 (dans lequel se trouvent les avis de télédermatologie, hormis les plaies chroniques d'évolution défavorable) et le niveau 2 (surveillance en cancérologie, surveillance de maladies inflammatoires chroniques,...). Le niveau 1 accorde une rémunération de 12 € pour le médecin requis, dans la limite de 4 actes par an, le niveau 2 une rémunération de 20 € pour le médecin requis, dans la limite de 2 actes par an. Le médecin requérant touche lui 5 € pour une demande de niveau 1 et 10 € pour une demande de téléexpertise de niveau 2.

Tout acte de téléconsultation ou de téléexpertise doit donner lieu à un compte rendu, et doit respecter les obligations du secret médical et de la confidentialité des données.

C. Etat des lieux de l'offre en France et aux Etats-Unis d'Amérique

a) Etat des lieux en France

Nous avons donc vu que le développement de la télémédecine en France était largement tributaire des politiques conditionnant son remboursement. Si la mise en route a été progressive on note néanmoins un développement rapide depuis le décret de 2018. Six mois après le début des remboursements des téléconsultations, près de 8000 d'entre elles avaient déjà été réalisées, avec une progression constante de leur nombre chaque mois laissant penser que cette pratique a un fort potentiel de développement (2). Néanmoins, les chiffres officiels reflètent mal l'utilisation réelle de la télémédecine, particulièrement dans le cas de la télédermatologie. Ainsi, dans une enquête réalisée par la société française de dermatologie en 2019, plus de la moitié des dermatologues déclarant pratiquer la télédermatologie le faisait en dehors de tout cadre officiel (28). La télédermatologie continue néanmoins à progresser, puisque dans cette même étude, 48% des télédermatologues déclaraient pratiquer cette activité depuis moins de 2 ans.

Actuellement, l'offre de télémédecine est partagée entre une offre privée et une offre publique. L'offre publique s'est structurée autour de plateformes régionales (*cf figure 2*), sous la tutelle des ARS (Agences régionales de santé), dans la continuité des politiques expérimentales régionales. Du fait de cette construction régionale, il existe une forte hétérogénéité à l'échelle de la France, certaines plateformes faisant 100 fois plus d'actes que celles de la région voisine (29). De la même manière, les fonctionnalités ne sont pas les mêmes selon les plateformes, par exemple, certaines sont uniquement dédiées à la téléexpertise. Selon cette même étude (29), les coûts de fonctionnement restent importants et les plateformes régionales, en Mars 2019, n'étaient pas viables en l'absence de subventions publiques. Cette étude appelle donc à une mutualisation des moyens entre les régions pour profiter des travaux faits par chacune et réaliser des économies d'échelle.

Région (ARS)	Nom de la plateforme	Statut	Date d'ouverture
Auvergne Rhône Alpes	ESTELA	Opérationnel	***
	MonSisra Télémédecine	Opérationnel	2018
Bourgogne Franche Comté	Telmi	Opérationnel	2014
Bretagne	Sterenn	Opérationnel	2015
	Sterenn mobilité	En déploiement	2018
Centre Val de Loire	COVOTEM	Opérationnel	2015
Corse	<i>Pas de plateforme régionale existante</i>		
Grand Est	Odys	Opérationnel	2013
Guadeloupe	Courbaril	Opérationnel	2013
Guyane	IMAG	En déploiement	2015
Haut de France	COMEDI-E	Opérationnel	2012
	SITR	Opérationnel	2011
Ile de France	Ortif	Opérationnel	2014
Martinique	Plateforme régionale de télémédecine	Opérationnel	2014
Normandie	Therap-e	Opérationnel	2013
Nouvelle Aquitaine	TELEA	Opérationnel	2014
Occitanie	PF189	Opérationnel	2016
	SIT Polyvalent	Opérationnel	2007
	SIT Synapses PÂSTEL (Personnes Agées Service Télémédecine)	Opérationnel	2016
Océan Indien	Plateforme régionale de télémédecine	Opérationnel	2015
Pays de la Loire	QIMED	Opérationnel	2016
PACA	Portail régional de santé	Opérationnel	2011

Figure 2 : dispositifs régionaux de télémédecine

Source : Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine, Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine, Agence Française de la santé numérique, Mars 2019

L'offre privée est représentée par des plateformes en ligne, nationales. Leur cible n'est pas la même que celle des plateformes publiques. En effet, les plateformes publiques ont ciblé des actes complexes, avec un public cible restreint dans le but de compléter l'offre de soins. A l'inverse, les plateformes privées ont ciblé des actes communs, comme les téléconsultations de médecine générale. Ces actes communs n'ont pas été ciblés par les plateformes publiques car celles-ci « ne semblent pas disposer d'une légitimité, tant stratégique que juridique (droit de la concurrence et principes d'intervention de la puissance publique dans le secteur concurrentiel) » pour le faire (29).

De plus, les plateformes privées proposent des services, comme l'accessibilité permanente (7 jours sur 7, 24 heures sur 24) que ne propose pas l'offre publique. Les conditions de remboursement des actes effectués sont les mêmes pour l'offre publique et pour l'offre privée.

b) Etat des lieux aux Etats-Unis d'Amérique

Malgré le développement récent, les Français sont encore loin de l'utilisation que font les Etats-Uniens de cette pratique. Les données de l'Association Médicale Américaine indiquent que 15% des médecins américains utilisaient la télémédecine en 2016, et l'on imagine facilement que ce chiffre a augmenté depuis (30) (31). En 2017, selon un rapport de l'association des hôpitaux américains, 76% des hôpitaux possèdent des programmes de télémédecine, et ce nombre est en progression constante depuis 2010 (*cf figure 3*) à tel point que l'on peut se demander si ce type de service ne sera pas la norme prochainement (32).

Par respect du droit d'auteur, les éléments sous droit ont été retirés

Figure 3 : Proportion d'hôpitaux américains utilisant la télémédecine

Il faut néanmoins nuancer la situation outre Atlantique par le fait que les politiques de remboursement de la télémédecine sont variables selon les Etats et selon les assureurs. Il existe donc une très grande hétérogénéité de pratiques, rendant difficile une appréciation globale (33). A titre d'exemple, 40 états sur les 50 que comptent les Etats-Unis disposent, en 2019, des politiques pour développer et favoriser la télémédecine (34).

D. Pourquoi un tel développement ?

a) L'accès aux soins

La télémédecine s'est développée initialement dans des situations où le soin classique n'était pas disponible, et ce contexte reste encore présent aujourd'hui. Les partisans de cette forme de pratique indiquent que la démographie médicale est à ce point inégale que certains territoires n'ont pas d'autres alternatives à proposer. On a, de fait, du mal à imaginer, comment un médecin généraliste, dans un département comme la Creuse, sans le moindre dermatologue (18), peut gérer les urgences dermatologiques autrement qu'en envoyant les images des lésions au dermatologue le plus proche. La télémédecine est parfois vue comme une nécessité de la part des professionnels de santé pour répondre à la problématique de la désertification médicale (35).

Cependant, on note un développement de la télédermatologie au-delà des zones de « désert médical », on peut donc penser que d'autres arguments justifient un tel engouement. Ainsi, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) se défend de voir la télémédecine uniquement comme une substitution des médecins dans les zones sous dotées, elle le rappelle en ces termes sur son site internet (6) :

« Son développement est en plein essor : outre le fait qu'elle est particulièrement adaptée au suivi régulier de maladies chroniques et, globalement, aux pathologies spécifiques à notre population vieillissante, la télémédecine contribue notamment à résorber localement une certaine désertification médicale. En aucun cas, elle ne se substitue aux actes médicaux habituels : elle leur est complémentaire et apporte des solutions. »

b. Argument économique

Lorsque l'on analyse le discours des décideurs politiques, principaux acteurs de ce développement, l'argument suivant celui de l'accès aux soins est l'argument économique (36). La télémédecine serait une manière de faire de la médecine à moindre coût, permettant alors une ré-attribution des ressources non utilisées sur d'autres postes de dépense. Ces économies paraissent évidentes : suppression du coût lié au transport des patients, davantage de patients gérés en un même laps de temps, évitement de consultations inutiles, évitement de l'absentéisme des patients au travail, etc... Ainsi certaines entreprises proposent des cabines de télémédecine pour éviter le déplacement de leurs salariés (37). Un journal de santé publique américain (33) indiquait que « Les bénéfices sont si évidents que toute étude (économique NDLR) semble superflue ». Néanmoins ce bénéfice est moins net pour la téléconsultation qui consomme beaucoup de temps médical et nécessite des équipements coûteux (38).

A titre d'exemple, une consultation médicale classique en dermatologie coûte au total la moyenne de 183 dollars aux Etats-Unis contre 144 \$ via une pratique de la télédermatologie. (39) La différence de coût s'explique essentiellement par le transport qui n'a pas été réalisé.

A noter cependant que le discours politique étant dominé par la notion d'accès aux soins, il n'y a pas d'indications ce jour, à notre connaissance, sur une éventuelle ré-allocation des ressources ainsi économisées Il est donc difficile de dire si cela sera une économie réalisée dans un contexte d'austérité budgétaire (40) ou si c'est réellement une manière de dégager des fonds pour un autre aspect du système de santé.

c. Améliorer le service rendu

Un autre argument majeur est le fait de proposer un service de qualité à toute la population (expertise par le spécialiste du CHU par exemple), chose qui ne serait pas réalisable même avec une démographie médicale satisfaisante. En ce sens la télédermatologie

ne fait pas que compenser une démographie médicale insuffisante, elle apporte un gain en qualité de service.

De la même manière, si elle rapproche le médecin du patient, elle rapproche aussi le patient du médecin. Il est montré que dans une population qui a bénéficié d'un dépistage d'une lésion suspecte de mélanome en médecine générale, et qui est donc adressée à un dermatologue, seulement 57% iront effectivement consulter (41). Dans cette même étude, le délai d'attente est le premier motif de non prise de rendez-vous mais d'autres facteurs rentrent en jeu : des facteurs économiques qui engendrent une impossibilité de se déplacer (absence de véhicule), des facteurs familiaux et personnels qui empêchent la personne de venir (s'occuper d'une tierce personne dépendante par exemple). Dans ces cas précis, la télédermatologie, via une démarche plus simple (la photographie étant prise dès la consultation du médecin généraliste) permet d'éviter ces perdus de vue, et donc les pertes de chance pour les patients.

E. Limites au développement

Toutefois, ce développement brutal pose de nombreuses questions, et les arguments qui justifient cet essor sont parfois ceux-là même qui remettent en cause ce dispositif.

a) Argument économique

Aux Etats-Unis la sollicitation directe du médecin par le patient est possible et remboursable. Le nombre de consultations possibles et le taux de remboursement sont variables selon les organismes d'assurance santé. Dès lors, il est possible, via des sites tel que Doctorondemand.com, leader mondial de la téléconsultation, de contacter un médecin 7 jours sur 7 et 24h/24 (42). Certains analystes ont alors émis l'hypothèse que cette profusion d'offres pouvait conduire à une surconsommation des services médicaux. La HAS (Haute autorité de santé) a conduit une expérimentation à ce sujet en 2017, mais les résultats n'étaient pas concluants (43).

b) Améliorer le service rendu

Si la une surfréquentation des médecins, du fait de l'offre de télémédecine, reste une hypothèse, il existe d'ores et déjà des données indiquant que la téléconsultation favorise la prescription, là où une consultation classique n'aurait pas forcément amené de traitement médicamenteux. Ainsi, plusieurs études réalisées aux Etats-Unis indiquent que les téléconsultations en médecine générale aboutissent plus fréquemment à des prescriptions

d'antibiotiques que les consultations classiques, que ce soit chez les enfants (44) ou chez les adultes (45). Cette dernière étude indique par ailleurs que les téléconsultations aboutissant à une prescription d'antibiotiques sont significativement plus courtes que celles qui n'aboutissent pas à la prescription d'antibiotiques. Du même coup, ces études remettent en question l'amélioration du service médical rendu dans la mesure où la surprescription d'antibiotiques est une menace pour la santé publique (46).

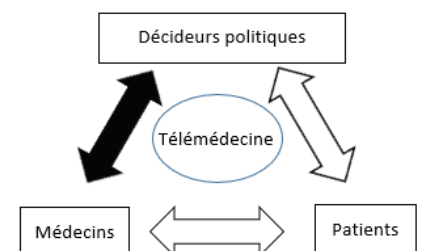
Enfin la télémédecine en accès direct par le patient rend imaginable des prestations *low-cost* à l'étranger avec un niveau de qualité potentiellement inégal. (47)

c) Améliorer l'accès aux soins

Nous avons vu que le déploiement de la télémédecine est justifié par une amélioration de l'accès aux soins, pourtant ses détracteurs dénoncent une forme d'injustice sociale. A savoir que la télémédecine serait uniquement accessible à une population « connectée » et éduquée aux outils numériques (48) (49). Or, selon l'INSEE, 17% de la population Française souffre d'« illectronisme » ou d'« illettrisme numérique », c'est-à-dire ne maîtrisant pas les compétences de base pour une utilisation courante d'internet. (50) Une étude montre d'ailleurs une différence significative entre le public utilisateur des solutions de télémédecine et la patientèle des consultations classiques. Ceux qui utilisent la télémédecine sont plus jeunes et avec un niveau d'éducation plus élevé (51).

En allant plus loin, si la proposition de télémédecine se développe au détriment de l'offre de soins classique, alors elle empêcherait le choix de la prise en charge. D'une amélioration de l'offre de soins, ou d'une amélioration des pratiques, on passerait à une modalité unique de pratique. Par exemple certains auteurs craignent que le développement de la télémédecine, notamment en radiologie, soit un frein à l'installation de radiologues en présentiel dans les zones sous dotées, ceux-ci pouvant exercer depuis la métropole la plus proche. Les patients des zones sous dotées, n'auraient alors d'autres choix que d'utiliser la téléradiologie (52).

2. Interaction décideurs politiques/médecins



Pour explorer cette interaction, nous examinerons dans un premier temps la manière dont cette pratique s'est imposée auprès des médecins, avant de réfléchir sur ses conséquences, d'un point de vue technique et juridique. Enfin, nous nous poserons la question de l'identité médicale face à une pratique bousculant les repères classiques de la profession.

A. Le financement, vecteur de normalisation des pratiques

Nous l'avons vu, les politiques publiques encouragent la télémédecine depuis de nombreuses années, dans un but à la fois économique et d'accès aux soins. Ces différents programmes, à des degrés divers, ont pu amener un financement progressif de ce type de pratiques sur la logique du financement actuel du système de santé : le paiement à l'activité. Dans le cas des dermatologues que nous suivrons dans ce mémoire, il s'agit d'une cotation de l'acte que la sécurité sociale remboursera ensuite à l'établissement ou directement au médecin, selon qu'il est salarié d'un hôpital ou qu'il exerce en libéral.

Cette logique de financement permet d'influencer les pratiques médicales selon les actes que l'on rembourse ou non. Ainsi les médecins pratiqueront moins des actes qui ne seront pas remboursés et donc à la charge du patient, ou vont être tentés de pratiquer des actes rentables pour eux-mêmes. Par exemple, en 2003, on pouvait voir un taux de césarienne significativement plus élevé dans les hôpitaux privés où les médecins étaient payés à l'acte, donc à chaque césarienne, par rapport à l'hôpital public où les médecins n'étaient pas plus rémunérés que pour un accouchement par voie basse (53).

Ces politiques de financement, vectrices de normalisation sont vues par certains auteurs comme des instruments de contrôle politique (54). Ainsi Davide Nicolini, en 2010, s'oppose au terme de « diffusion » de la télémédecine qui évoquerait une entité fixe, obligatoire et pré existante. Elle milite pour considérer l'adoption de la télémédecine comme le résultat d'une volonté politique pour le faire accepter au sein d'un réseau de soignants (55). Cet article est cité dans une revue de littérature sociologique (56) qui souligne que ces changements de pratiques contribuent aux modification des relations de pouvoir entre les soignants et les institutions médicales.

B. Le choix de l'utilisation de la télémédecine

Un argument en faveur de la télémédecine est de dire que celle-ci est optionnelle, et que tout médecin est libre de l'utiliser et de la proposer ou non à ses patients. Pourtant, l'étude des

phénomènes techniques va à l'encontre de cette idée. En effet, toute innovation technique, de par la possibilité qu'elle offre amène une forme d'obligation de l'utiliser. C'est en partie en ce sens que Jacques Ellul affirme que la technique n'est pas un objet neutre (57). Dès que la possibilité émerge, il faudra se justifier de l'utiliser ou de ne pas y recourir. De plus, le développement de la technique soulève de nouveaux problèmes qui appelleront eux-mêmes des réponses techniques. Par exemple, dans le cas de la télémédecine, la possibilité technique de téléconsultation pose le problème de la résolution de l'image, qui appelle à développer de meilleures caméras. Ellul parle d'auto-accroissement de la technique (58). Dans le domaine de la santé, où l'on a une obligation de moyens pour la santé des patients, il est délicat de ne pas recourir aux dernières possibilités techniques, même si les conséquences précises de celles-ci, bonnes ou mauvaises sont insuffisamment connues.

A cet argument de l'obligation d'utilisation certains auteurs répondent en faisant remarquer que les premiers programmes de télémédecine ont été des échecs retentissants, notamment parce que l'on postulait qu'offrir la possibilité de cette pratique aller assurer son succès. On imaginait que cette modalité d'exercice serait si bénéfique que les différents acteurs allaient s'en emparer spontanément. L'analyse de ces échecs montre que la non prise en compte des facteurs sociaux, des croyances individuelles et des conditions locales étaient des éléments déterminants (56). Ces auteurs appellent donc à prendre en compte les perceptions des acteurs afin de mieux orienter les transformations organisationnelles (59).

Pourtant si ces échecs sont bien avérés, ils ne semblent être que des ralentissements dans le lent progrès de la technique, comme le formule Anne Briac Bili dans sa thèse de sociologie sur le développement de la télémédecine à domicile (60) :

« Les techniques se heurtent à des « résistances », à des « blocages », à des « retards » mais leur développement est. Les comparaisons maintes fois élaborées sur ce qui se fait dans les pays voisins (par ex. Québec) en matière de télémédecine admettent que les sociétés peuvent faire des progrès lents ou rapides, mais la direction et la définition du progrès ne sont pas remis en question. Plus largement, c'est un déterminisme néolibéral qui est à l'oeuvre. L'inévitabilité des transformations, l'adaptation aux changements, l'impératif de la loi du marché, l'inévitabilité de l'informatisation-réseautification, primauté de la performance et de la compétitivité, tels sont les maîtres mots du déterminisme néolibéral qui imprègne l'action du gouvernement et façonne la transformation du système de santé. »

C. Appropriation de la télémédecine par les médecins

Lorsque les premiers programmes de télémédecine ont été développés, ceux-ci concernaient un public restreint, et volontaire, ce qui posait dans une moindre mesure la question de l'acceptabilité de cette pratique. Cependant, avec le développement fulgurant qu'elle a connu, la télémédecine s'est peu à peu proposée à de nombreux professionnels. Des études qualitatives, en 2015 et 2016 ont cherché à explorer les opinions que les médecins, notamment les médecins généralistes, pouvaient avoir de cette pratique (61) (62).

Il apparaît tout d'abord une grande méconnaissance de cette pratique qu'il faut sans doute mettre sur le compte d'un contexte législatif évoluant rapidement à cette période. Les médecins généralistes faisaient des confusions entre les différents termes, les publics cibles, etc...

Une fois les techniques précisées il est apparu que les médecins craignaient en premier lieu une dégradation de la relation de soins, sujet que nous développerons dans la partie suivante. D'un point de vue du système de santé ils estimaient que cela pouvait être une ressource à l'échelle d'un territoire, mais qu'il était primordial de connaître ses correspondants afin de garantir des parcours de soins cohérents, avec des professionnels connaissant les contextes locaux. En cela ils s'opposent nettement à une idée d'une télémédecine dérégulée, faisable par n'importe quel praticien.

Ils reconnaissaient par ailleurs déjà pratiquer la télémédecine, notamment en dermatologie, en envoyant des photos de manière informelle à des dermatologues pour recueillir un avis. Ils indiquaient alors être satisfaits de voir un cadre se définir afin d'officialiser cette pratique.

Les médecins notifiaient un autre bénéfice de la mise en réseau que produit la télémédecine. Elle favorise l'interaction directe (dans le cas de la téléconsultation) et permet un échange plus spontané que celui des courriers médicaux traditionnels. Les médecins généralistes parlent notamment de « pratique apprenante ». Ceux-ci peuvent joindre le spécialiste « par la voix », lui poser des questions, et ainsi progresser eux-mêmes. Certains médecins indiquaient même réduire leurs demandes d'avis au fur et à mesure du programme de télémédecine, sachant désormais mieux gérer leurs patients (63).

L'étude pointe un certain nombre de freins à l'utilisation de cette pratique. Ainsi, elle montre qu'il n'est pas aisé pour une population de médecins généralistes ayant une moyenne d'âge de 50,6 ans en 2018, de s'approprier des technologies complexes (8). Certes, l'assurance maladie, via le forfait structure (une subvention), favorise l'informatisation et l'équipement en vidéo-transmission (64). Néanmoins on sait que le renouvellement rapide de la législation, et de la technologie s'inscrit dans une temporalité souvent différente de celles des apprentissages professionnels (65). S'il est louable de favoriser l'informatisation des cabinets, on peut se poser la question du temps d'apprentissage d'un tel outil par une population ayant passé la majorité de leur carrière sans l'utiliser.

Enfin les médecins pointaient du doigt le risque juridique, avec là encore, une méconnaissance des réglementations en place.

D. Risque juridique

La télémédecine, avec la nouveauté qu'elle induit, bouleverse les manières de faire, mais aussi les repères juridiques. Des notions comme le secret médical, la responsabilité de la prise en charge sont rendues opaques par le fait de ne pas avoir son interlocuteur en présentiel et de voir des intervenants non médicaux (techniciens, etc...) participer à la prise en charge. Une lecture de la littérature, et notamment de la jurisprudence a permis d'identifier les problématiques principales :

- Partage de la responsabilité entre les médecins et le dispositif technologique

En 2014 l'académie de médecine rendait un avis (47) sur la question de la responsabilité médicale dans le cas où l'on utilisait des dispositifs technologiques :

« En cas d'un dommage causé à un patient lié au dysfonctionnement du matériel de télémédecine, médecin ou établissement de santé pourront voir leur responsabilité engagée. En l'absence de faute, ils ont alors la possibilité de former une action récursoire à l'encontre du tiers technologique concerné pour manquement aux obligations : les tiers technologiques sont responsables de la fiabilité et de la sécurité du matériel, de la maintenance des outils de technologie d'information et de communication mais également de la formation des professionnels des établissements de santé. »

- Partage des responsabilités entre les différents médecins

Pour le partage de la responsabilité entre le médecin requérant et le médecin requis, un jugement du tribunal administratif de Grenoble en 2010 (66), suite à un décès découlant d'une erreur diagnostique sur des images télétransmises, indique que le médecin requis est responsable de son diagnostic. Il doit indiquer s'il a des doutes sur la qualité des images, et s'il ne mentionne rien alors on considère qu'il avait tous les éléments nécessaires pour juger. Néanmoins, comme c'est le cas dans l'affaire Grenobloise, si le tribunal considère que la faute est commune, alors il engage la responsabilité solidaire de l'établissement ou médecin requis et de l'établissement ou du médecin requérant. Ici le tribunal a considéré que l'établissement ayant envoyé les images aurait pu plus alerter l'établissement qui les a interprétées quant à la gravité de la situation.

- Obligation d'information et de consentement

Tout médecin se doit, hors situation d'urgence, d'informer son patient sur le mécanisme de télémédecine qu'il lui propose, en exposant les avantages et les inconvénients, et en rappelant qu'il s'agit là d'un « *un choix consenti à l'alternative que représente la consultation traditionnelle* » (39). Le médecin doit recueillir le consentement du patient et devra, en cas de contentieux, « *en apporter la preuve par tout moyen* » (67).

En résumé, le législateur n'a pas créé de nouvelles responsabilités juridiques pour les pratiques de télémédecine, ces pratiques restent dans le cadre de la responsabilité civile professionnelle avec les nuances que nous avons évoquées ci-dessus. Ces nuances sont cependant nouvelles et concourent, avec la modification des pratiques et des financements à la modification de l'identité professionnelle des médecins.

E. Refonte de l'identité professionnelle vis-à-vis du système de soins

Dans une perspective sociologique fonctionnaliste les médecins ont une licence de la part de l'Etat, c'est-à-dire un permis d'exercer parce que leur rôle est utile à la société. Cette licence, est régulée à la fois sur le plan légal mais aussi sur le plan moral via le code de déontologie des médecins. Cette double régulation assure une confiance de la part de la société, qui accepte alors de confier ses membres aux médecins.

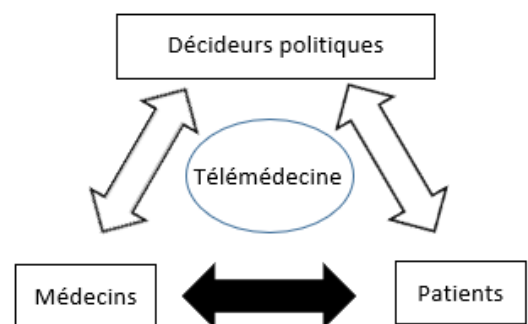
Certains auteurs (68) craignent que la libéralisation de la médecine, que l'on peut imaginer via la télémédecine, notamment via le système du libre accès, puisse amener une logique parallèle à celle du soin, une logique de marché qui pourrait alors entamer la confiance des utilisateurs dans le système de santé.

Si on reprend l'exemple des sites internet proposant des téléconsultations, la plupart affichent des taux de satisfaction (69), et des avis de patients, de la même manière que les sites de e-commerce. Dans la mesure où la satisfaction du patient n'est pas l'objectif unique en médecine, on est en droit de se demander si la logique à l'œuvre est toujours celle du soin. Puisque le serment d'Hippocrate indique que le médecin ne « *doit pas se laisser influencer par le gain* » (70), la concurrence commerciale entre ces sociétés pourrait s'opposer à celui-ci. Cette opposition ne serait pas uniquement une opposition de principe car elle pourrait modifier la pratique des soignants ou la confiance que les patients ont en eux.

D'autres valeurs que celle de non-intéressement au gain sont peut-être amenées à évoluer, notamment celle de secret médical. En effet, la présence de nombreux intermédiaires, professionnels du soin, mais aussi techniciens, famille ou entourage pourrait remettre en cause la sacralité du secret. Plutôt que de rester sur les positions actuelles à ce sujet, difficilement tenables car bafouées en pratique, certains auteurs appellent à une mutation de cette notion vers « *un discernement responsable [de la part du médecin N.D.L.R.] empreint du respect de l'intimité, de la singularité des personnes que sont les patients.* » (71).

Cette refonte de l'identité professionnelle des médecins due à la télémédecine est aussi liée à la modification du rapport entre le médecin et son patient.

3. Interaction médecins-patients



Lorsque l'on interroge des médecins (61) ou des patients (72) ayant expérimenté la télémédecine, la plupart s'estiment globalement satisfaits, mais pointent un risque de

« déshumanisation » de la relation médecin-patient. Tout d'abord, nous essayerons de définir la relation médecin-patient, avant de voir en quoi elle pourrait être impactée par cette nouvelle forme de pratique qu'est la télémédecine. Pour ce faire nous étudierons tour à tour le point de vue du soignant et du patient.

A. Relation médecin-patient

Aujourd'hui l'expression « relation médecin-patient » est monnaie courante, par exemple rechercher « physician patient relations » dans Pubmed®, produit plus de 25 000 résultats (73). Pourtant derrière l'apparence commune de cette expression il n'est pas si simple de savoir de quoi on parle. Pour commencer, parler de la relation médecin-patient suppose qu'il y en ait une, ce qui paraît plausible, et qu'elle soit univoque, ce qui est déjà moins évident. Ainsi certains auteurs (74) plaident pour que l'on parle de « relations » au pluriel, pour rendre compte de la multiplicité de celles-ci. Avec notamment des spécificités selon les spécialités médicales et chirurgicales, certaines études montrant par exemple que les chirurgiens pouvaient mettre entre parenthèses la personne pour faire d'elle un « corps objet » puis un « corps fouillé » (75). On imagine aisément que cette relation serait différente de celle d'un psychiatre avec son patient.

Pour tenter de définir ces relations multiples, et notamment celles qui nous intéressent dans le cas de la télédermatologie, nous commencerons par faire un historique du rapport entre le médecin et son patient via l'ouvrage de Michel Foucault Naissance de la clinique (76).

Cet ouvrage vise à montrer que le rapport du médecin à la maladie n'est pas donné mais qu'il est socialement construit. Ce n'est donc pas un ouvrage sur la relation médecin-patient à proprement parler, mais il nous semble que le rapport du médecin à la maladie éclaire cette relation. Foucault va à l'inverse de l'évidence qui voudrait que le rapport à la maladie se soit constitué de manière naturelle au fur et à mesure des découvertes scientifiques. Il postule, en effet, que certaines découvertes scientifiques, notamment en anatomie, n'ont pu être faites que parce que le rapport à la maladie avait changé, autorisant du même coup de nouveaux cadres de pensée prêts à recevoir ces découvertes. A l'inverse d'un développement linéaire, il montre que la construction de ce rapport s'est faite de manière disruptive, avec des ruptures épistémologiques brutales.

Son ouvrage décrit 3 périodes dans l'histoire du rapport à la maladie, la médecine des « espèces », celles des « épidémies » et enfin la naissance de la clinique puis de l'anatomoclinique.

La médecine des classes et des espèces se rapproche de la botanique, elle référence toutes les maladies existantes et essaie de les isoler dans leur forme la plus pure possible. Ainsi les organes sont le support des maladies, mais pas leur identité, un spasme intestinal (douleur) ou de poitrine (étouffement) sont bel et bien la même maladie. De la même manière le malade va parasiter l'essence de la maladie et la rendre difficilement reconnaissable, ainsi les médecins du 17^{ème} siècle conseillent de s'entraîner sur des gens ayant une vie plus simple, un mode de vie rural par exemple, afin d'avoir des maladies plus « nettes ». Ainsi s'ils recommandent de prendre en compte le malade, c'est pour savoir le mettre entre parenthèses pour retrouver l'essence de la maladie. Cette médecine est essentiellement descriptive, et ne se focalise pas sur les causes de l'affection ou sur l'évolution de celle-ci, elle ne s'intéresse qu'à ses signes constatés à un moment précis afin d'identifier l'essence de l'affection en cours.

A la fin du 18^{ème} siècle, les maladies les plus présentes et les plus visibles sont les maladies infectieuses via les épidémies qu'elles produisent. A ce sujet certains médecins postulent qu'il y a une ou des causes extérieures favorisant ces maladies et qu'il convient de les étudier. Pour ce faire, la société royale de médecine est créée en 1776, et entre immédiatement en conflit avec la faculté de médecine (religieuse) qui reste sur une médecine des espèces. La médecine des épidémies est en conflit avec celle des espèces puisqu'elle s'intéresse aux causes des maladies (notamment via des études sur le climat) et qu'elle voit la maladie comme un fait collectif. (p26) L'aspect épidémique n'est pas une caractéristique pour un type de maladie mais bel et bien une vision du fait pathologique dans son ensemble.

A ce moment, la connaissance médicale ne vient plus du savoir du médecin, mais uniquement des informations épidémiologiques qui vont faire émerger la vérité (p30). C'est logiquement le début de la recherche épidémiologique, de la même manière c'est le début des réflexions sur les soins généralisés et gratuits puisque la santé n'est plus individuelle mais collective. La médecine ne peut plus être exercée uniquement individuellement, il faut une instance pour centraliser toutes ces connaissances, ce sera la Société Royale de médecine, dont le rôle s'élargira peu à peu. Ainsi c'est la première institution qui va juger de la validité du savoir médical et encadrer l'exercice de la pratique. Cette institution sera aussi la première

à avoir un rôle normatif, définissant les conditions de la « vie bonne » par opposition aux causes qu'elle attribue aux maladies (p27).

La révolution Française remet en question le mode de construction du savoir. En abolissant les privilèges et superstitions divins, comme humains, elle instaure le règne de la raison. Elle l'instaure d'autant plus qu'elle dissout les anciennes facultés pour fonder de nouvelles instances. On supprime aussi les hôpitaux qui sont vus comme une stigmatisation de la misère. De la même manière la connaissance médicale ne doit plus être réservée à l'élite mais accessible à tous les citoyens. Le règne de la vérité de la raison va aboutir sur le 3ème moment de l'exposé de Foucault : la naissance de la médecine clinique.

La suppression des hôpitaux et de la profession médicale ayant amené des problèmes de charlatanisme dans la république, de nouvelles instances ont été créées, notamment avec l'école centrale de médecine, désormais placée sous le règne de la raison. Elle a pour devise « Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire », illustrant ainsi le refus du dogmatisme et la primauté de l'expérience. Cette expérience de la maladie ne vise plus à reconnaître l'essence de la maladie mais à la comprendre. La maladie ne se reconnaît plus, elle se construit, mais cette construction est strictement basée sur l'observation initiale du malade. Foucault résume cette vision dans la préface de son livre (76) (page X) :

« Le regard n'est plus réducteur, mais fondateur de l'individu dans sa qualité irréductible. Et par là il devient possible d'organiser autour de lui un langage rationnel. L'objet du discours peut aussi bien être un sujet, sans que les figures de l'objectivité soient pour autant altérées. »

On peut dès lors avoir sur l'individu un discours à structure scientifique, objectivant. C'est un changement dans la distribution du « visible et de l'invisible » dans la mesure où l'on peut raisonner sur des notions qui ont été tuées durant des siècles, du fait d'institutions intellectuelles refusant de les entendre. La révolution, avec le refus des anciens dogmes, a permis l'émergence de ces nouveaux discours. D'un point de vue concret, la méthode clinique, par rapport aux méthodes antérieures, accorde certes de l'importance à l'observation, mais aussi à l'évolution de la maladie pour construire une représentation de celle-ci. On ne s'intéresse au collectif que pour dégager des observations communes afin d'identifier la maladie. L'hôpital, réhabilité, devient un lieu d'apprentissage car il permet de comparer aisément les malades, et d'un point de vue social il permet aux médecins d'apprendre sur les pauvres avant d'exercer leur art sur les plus favorisés.

La suppression des facultés de médecine a aussi permis la diffusion des observations anatomiques faites à partir de dissections de cadavres. C'est-à-dire que l'on raisonne sur les

lésions du corps et les variations entre les corps sains et malades pour former une géographie du corps. Si cette géographie du corps progresse, elle est distincte de la méthode clinique qui elle s'intéresse à l'histoire du corps. C'est à Bichat que l'on doit l'articulation de ces 2 disciplines, d'une part le raisonnement sur l'évolution de la maladie et d'autre part sur ses localisations. Cette articulation forme la médecine anatomo-clinique, qui n'est pas un simple prolongement de la méthode clinique mais bel et bien une nouvelle manière d'aborder le corps et la maladie (p139). En effet la maladie, une fois observée, devient une modification de la vie et non plus une entité extérieure. La vie et la maladie ne font plus qu'un, c'est une révolution épistémologique. Foucault résumé cette unicité de la maladie et de la vie à la page 158 :

« Ce n'est pas parce qu'il est tombé malade que l'homme meurt ; c'est fondamentalement parce qu'il peut mourir qu'il arrive à l'homme d'être malade. »

Au final on voit ici la vision du patient comme acteur et support de ses maladies, vision qui reste d'actualité depuis le 19^{ème} siècle. Dès lors le rapport au patient est un rapport majoritairement individuel (en opposition à la vision collective des maladies), avec son histoire, ses signes et ses particularités qu'il s'agit d'objectiver pour pouvoir raisonner et le soigner. C'est un rapport à un sujet, mais sur lequel on peut avoir un discours objectif. Nous verrons que ce rapport est modifié par les possibilités que propose la télémédecine, notamment parce que le rôle du patient, tout comme l'objet d'étude du praticien ne sont plus les mêmes.

B. Modifications de l'expérience médicale induites par la télémédecine

De par les nombreuses modifications qu'elle comporte par rapport à la pratique médicale classique, de nombreux auteurs indiquent que la télémédecine n'est ni la médecine classique, ni sa forme dégradée, mais une nouvelle pratique à part entière. Dans cette partie, nous examinerons les mutations inhérentes à ce processus, du côté de l'expérience du soignant, mais aussi de celui du patient que ce soit en termes de travail individuel ou relationnel.

a) Modification de l'expérience du soignant

i. *Modification du raisonnement médical*

Le raisonnement médical se construit traditionnellement en 2 temps, tout d'abord un temps d'interrogatoire où l'on questionne la plainte du patient, ses antécédents médicaux, son mode de vie, etc...Souvent l'interrogatoire permet de formuler des hypothèses diagnostiques qui vont être par la suite confirmées ou infirmées par le deuxième temps, celui de l'examen clinique. Il s'agit d'un examen du malade via plusieurs techniques : inspection, palpation, percussion et auscultation le plus souvent.

Ces différents temps sont plus ou moins possibles selon la modalité de télémédecine que l'on examine, mais si nous prenons l'exemple de la téléexpertise, alors l'interrogatoire est impossible. Nous disposons d'une lésion photographiée, accompagnée (ou non) de données cliniques que le professionnel requérant a rempli. Mais si nous voulons des données supplémentaires alors il nous faut solliciter à nouveau le professionnel qui doit alors recontacter le patient s'il ne dispose pas de l'information. Cette amputation de l'interrogatoire est nouvelle et va à l'encontre de la méthode traditionnelle clinique que Michel Foucault décrivait dans sa Naissance de la Clinique (76):

" C'est pourquoi le questionnaire sans l'examen, ou l'examen sans l'interrogatoire, étaient vouées à une tâche infinie : il n'appartient à aucun des deux de combler les lacunes qui ne relèvent que de l'autre ".

De plus l'absence de connaissance préalable du patient, ainsi que la présence d'un intermédiaire technologique rendent les questions intimes plus difficiles à poser (49).

Une autre modification majeure que comporte la télémédecine est celle de ne pas pouvoir utiliser tous ses sens. Loin d'avoir une perception absolue, l'être humain est doté de sens limités avec lesquels il a grandi au point de les considérer comme naturels. Cette perception « naturelle » est mise à mal par la télémédecine. La téléconsultation, qui est la forme la plus complète de mise en relation, évacue pourtant nombre de dimensions sensorielles. Ainsi, il n'y a ni odorat, ni goût, ni toucher. Le regard et l'ouïe sont partiels, le champ de vision étant limité à celui de la caméra.

De plus, on sait que nos sens fonctionnent mal isolément les uns des autres. De manière prosaïque on pourrait citer la perte de l'odorat qui retentit sur le goût. On imagine d'autres types d'interactions entre la perte du toucher et l'appréciation visuelle d'une lésion dermatologique.

Enfin on sait que les ressentis émotionnels, la notion d'atmosphère affective dans l'espace de consultation jouent sur les décisions thérapeutiques (77). L'ensemble des perceptions, des émotions n'est jamais mis en mots, pourtant il constitue un fond sensoriel, un contexte qui oriente les actions des médecins. Par exemple, dans le contexte de la médecine générale les praticiens se plaignent de ne pas pouvoir apprécier le rangement de la pièce, l'état de propreté du patient, qui témoignent de son état général. Ces éléments annexes à la consultation contribuent à élaborer la décision médicale (61).

Au final on voit donc que la télémédecine restreint l'appréciation sensible du patient, ainsi que l'appréciation du contexte.

ii. Modification de l'objet du raisonnement médical

Une fois les informations recueillies, une des tâches du médecin est de réussir à objectiver les plaintes du patient pour identifier le processus en cours et le traiter. Pour autant ce processus n'est pas coupé du patient, lequel ressent cette maladie. La langue anglaise possède plusieurs termes pour désigner la maladie *disease* pour la maladie comme entité objective, *illness* pour la maladie ressentie par le patient et *sickness* qui inclue en sus la dimension sociale de la maladie (78). Des auteurs indiquent que la télémédecine, de par sa dimension réductrice et sa protocolisation ne s'intéresserait qu'à la dimension objective de la maladie (*disease*) au détriment des autres (56).

Ainsi Oudshoorn (10) a comparé les processus de soins dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, entre un soin en présentiel et un soin via télémédecine. Il reporte que :

« La proximité physique créée à la polyclinique (en présentiel NDLR) facilite un soin contextualisé et personnalisé, dans lequel les responsabilités de surveillance sont attribuées aux infirmières et aux patients, l'insuffisance cardiaque y est vue comme une maladie personnelle (illness). La proximité numérique qui caractérise la télémédecine favorise un soin individuel, immédiat, dans lequel les responsabilités sont largement déléguées à la technologie, et dans lequel l'insuffisance cardiaque est vue comme une maladie objective (disease). Une implication majeure de ces différences est que la télémédecine ne peut pas remplacer les consultations physiques sans changer la nature du soin délivré. »

Même si l'on se focalise uniquement sur la maladie objective, les résultats en termes de performances diagnostiques sont variables d'une spécialité à une autre, raison pour laquelle il est difficile de généraliser. Néanmoins dans le cadre de la télédermatologie, les performances

diagnostiques ne sont pas encore probantes (79). De nombreux auteurs appellent à des études complémentaires avant de généraliser cette pratique, alors même que cette pratique est déjà largement diffusée (80) (81).

iii. Modification du rapport du médecin envers son patient

Au-delà de la modification du raisonnement médical, la relation du médecin envers son patient est susceptible d'être modifiée elle-aussi.

La modification majeure est la distance et l'impossibilité de contact immédiat. Cette distance semble amener un appauvrissement de l'échange. On observe le passage d'une relation complexe à une relation découpée en des pièces d'informations (82), accentuant ainsi le caractère objectivant du regard clinique.

Certains craignent de voir un médecin transformé en technicien du diagnostic, arguant qu'un des rôles essentiels du médecin, au-delà de l'étape diagnostique, est celui de proposer une présence réconfortante, une présence humaine sur laquelle le patient va pouvoir s'appuyer tout au long de son parcours de soins (83). On rappelle à ce sujet l'aphorisme : « La médecine, c'est guérir parfois, soulager souvent et écouter toujours » (84). Faire du médecin un auxiliaire ponctuel c'est amputer cette dimension humaine, et se priver d'une aide thérapeutique.

Face à ces critiques de l'appauvrissement de la relation, des solutions sont proposées, notamment des conseils pratiques pour réussir à imiter au mieux une présence via une caméra. On conseille ainsi de regarder la caméra dans les yeux afin que notre regard soit dirigé vers le patient, de réduire la distance par rapport à celle-ci, etc...(85) (86) Ces articles rappellent notamment que l'essentiel de la communication n'est pas verbal, et que les émotions sont bien plus véhiculées par le ton de voix ou la posture.

b) Modification de l'expérience du patient

La posture que doit adopter le patient face au praticien est un débat séculaire, certains souhaitant des patients passifs obéissant au doigt et à l'œil aux prescriptions de leurs médecins, d'autres souhaitant en faire un partenaire pour co-construire le soin. Cette conception égalitaire gagne peu à peu du terrain comme le formulait le Conseil consultatif national d'éthique dans son avis N°58 en 1998 (87) :

« Sur le plan éthique, cette évolution peut être comprise, schématiquement, comme passage d'une éthique médicale de style téléologique, mettant au premier plan le principe de bienfaisance, vers une éthique médicale de style déontologique, mettant au premier plan le principe du respect des personnes, tenues pour des sujets moraux autonomes. »

Certains auteurs contestent cette approche égalitaire, notamment du fait de l'individualisme qu'elle suppose, témoin de l'origine américaine de la valeur d'autonomie, (88). Nous retiendrons l'idée que la relation médecin-patient la plus répandue est à co-construire, dans un climat de confiance et de respect, pour le bénéfice du patient.

Dans cette vision plusieurs termes, la confiance, la co-construction, vont être impactés par la modalité de pratique que représente la télémédecine :

- Une confiance à réinventer

Lors des recueils d'opinions des patients, c'est une notion qui apparaît cruciale. Qu'elle soit formulée explicitement ou par son pendant négatif : la peur. La télémédecine brouille les repères habituels des patients, le cadre de la consultation n'est plus le cabinet médical, l'interlocuteur n'est pas forcément le médecin habituel, l'échange est moins fluide, il y a des difficultés techniques à surmonter, etc...(89) Autant d'éléments nouveaux qui peuvent être angoissants vis-à-vis d'une population qui se trouve déjà vulnérable du fait de sa maladie. Le capital de confiance que le médecin construisait peu à peu avec sa patientèle peut être mis à mal.

Pour renouveler cette confiance, sans laisser uniquement le temps faire, des propositions émergent, comme créer des labels garantissant la qualité de la télémédecine, ou disposer de télépraticiens déjà identifiés, en présentiel, par la patientèle (90).

On retrouve ici une des facettes du travail médical qui est de faire accepter la technique, de la même manière que lorsque l'on propose un examen on doit expliquer en quoi il est nécessaire. Ce sera désormais une part du travail des médecins exerçant en télémédecine que de faire accepter leur mode de pratique. Tout du moins tant que ce mode de pratique restera minoritaire.

- Co-construction de la relation médecin-patient

Nous l'avons vu, la relation entre le médecin et son patient est de plus en plus égalitaire. Cette égalité est à même d'être renforcée par la télémédecine dans la mesure où maintenir le patient dans son environnement habituel peut lui donner plus de force pour interagir avec le médecin. Non plus perdu dans l'environnement médical, il pourrait être plus lucide et mieux

échanger avec son médecin. Si l'absence des repères traditionnels peut être angoissant, l'analyse des échanges entre le médecin et ses patients via vidéo a montré que cette absence avait d'autres conséquences. Puisqu'il n'y a plus de repères, ni pour le médecin, ni pour le patient, on note des échanges avec des erreurs, des temps de gêne, mais on note aussi que les patients prennent plus la parole. Les structures traditionnelles n'étant plus là elles laissent place à toute sorte de réarrangements (91).

Certains psychiatres prédisent même une amélioration de la relation de soins via la création de cet espace virtuel qu'est la téléconsultation. Une proximité moindre avec le praticien pourrait aider certains patients à se livrer. Ainsi le fait qu'ils restent au domicile pourrait les mettre en confiance, ne se sentant alors plus « piégés » par l'univers médical (92). De la même manière une gynécologue, dans un texte de 2019, considère la télémédecine comme globalement positive, notamment parce qu'elle espère avoir des patientes plus détendues, facilitant ainsi la consultation (93).

Certains auteurs vont même plus loin dans le nouveau rôle du patient, en arguant que la télémédecine, et plus globalement les nouvelles technologies du numérique créent une nouvelle modalité corporelle. La notion de modalité corporelle indique les différentes manières dont on peut considérer le corps, corps sujet pour le patient, corps objectif pour le soignant, etc... Dans cette vision (94), l'auteur de l'article propose la notion de corps virtuel qui serait le résultat du travail que le patient ferait pour se conformer aux attentes médicales et à la technologie. Dans l'exemple donné, ce sont des données d'enregistrements respiratoires, obtenus via enregistrement numérique et avec les consignes des soignants. Ce corps virtuel est signifiant, mais uniquement une fois interprété par le médecin. Le patient, de son côté, a un rôle ambivalent entre le rôle de patient-professionnel qui produit les résultats et celui de patient-sujet de soins qui attend d'être soigné.

4. Synthèse de la recherche bibliographique

Les interactions que nous venons d'explorer montrent des différences notables entre les pratiques médicales présentes et celles de télémédecine. Ces modifications impactent l'offre de soin, l'identité professionnelle des médecins, le raisonnement médical et la relation médecin-patient.

Ainsi que le soutient Oudshoorn dans son article (10), nous pensons que ces différences sont suffisamment marquées pour considérer la télémédecine comme une nouvelle pratique, distincte de la pratique présenteielle, avec des caractéristiques propres. Ce constat de l'altérité, c'est-à-dire d'une distinction (95), appelle à caractériser cette nouvelle pratique pour savoir quelle place lui attribuer par la suite. Ce sera l'objectif, dans le domaine de la télédermatologie, de la deuxième partie de ce mémoire.

II) Une étude qualitative par entretiens explorant les pratiques et perspectives de la télédermatologie par les dermatologues

1. Introduction

L'étude de la littérature nous a montré que la démographie dermatologique était en baisse et que cette baisse allait se poursuivre (15). Face à cette pénurie de dermatologues, différentes solutions sont proposées, dont la télédermatologie (35). Il s'agit d'une pratique nouvelle, dont le récent remboursement (3) a permis un développement rapide, notamment via des plateformes numériques en accès direct pour le patient (69). Ce développement s'est encore accéléré avec l'épidémie de COVID 19 (96). En effet cette pratique semble présenter de nombreux avantages avec une plus grande facilité d'accès aux soins (35), une amélioration de leur qualité et un coût moindre (36). De plus, la dermatologie étant par essence une spécialité visuelle, elle se prête particulièrement bien à la télémédecine (9). Aussi, cette pratique apparaît utile auprès des médecins généralistes et des dermatologues. (35,62)

Ces qualités sont cependant à mettre en perspective avec des inconvénients. Ainsi, l'accès aux soins n'est facilité que pour les populations aptes à utiliser les outils numériques (48). De la même manière, la réduction des coûts est sans doute limitée du fait de la hausse du recours à cette pratique (43). Le gain de qualité n'est pas non plus prouvé, et certains auteurs appellent à temporiser le développement de cette pratique (79–81). Enfin, certains médecins ont émis des craintes sur la modification de la relation médecin-patient que cette technique est susceptible de provoquer (61). Cette modification porte sur le raisonnement médical, avec une suppression de l'atmosphère affective, cette perception du contexte qui influe sur la décision médicale (77). L'échange est aussi modifié, passant d'une relation complexe à un simple échange d'informations (82). En modifiant les repères habituels la télémédecine modifie aussi le ressenti du patient, avec une confiance dans le dispositif à construire (89).

Toutes ces modifications conduisent à considérer la télémédecine comme une nouvelle forme de soin, et non comme une pratique médicale classique simplement adaptée à la technologie (10,11). En cela elle ne paraît pas pouvoir répondre aux mêmes objectifs que la pratique classique. A ce jour il nous semble que cette altérité, notamment en dermatologie, est

insuffisamment explorée. L'image d'une télédermatologie comme substitut de la dermatologie présente persiste, favorisant une notion de concurrence entre les deux pratiques. De plus, cette absence de caractérisation gêne la réflexion sur la place que l'on doit attribuer à cette pratique. Nous travaillons actuellement sur une étude quantitative, en lien avec le département de médecine générale de Nantes, pour évaluer la fiabilité des avis de téléexpertise dermatologique. Nous avons cherché à compléter cette évaluation par une évaluation qualitative, auprès de dermatologues.

L'objectif principal de cette étude qualitative par entretiens était de caractériser les pratiques télédermatologiques actuelles, notamment leurs avantages et leurs limites vis-à-vis de la pratique dermatologique en présentiel. Un objectif secondaire était de recueillir les perspectives et les préconisations que les dermatologues projetaient pour l'avenir de cette pratique.

2. Méthode

A. Conception et mise en place

Une étude qualitative par entretiens semi directifs a été menée auprès de dermatologues pratiquant la télédermatologie, exerçant dans la région des Pays de la Loire, selon la méthode décrite par Quivy et al. (97).

B. Recrutement des participants

Nous avons proposé au panel de dermatologues recruté pour l'étude quantitative de participer à la recherche qualitative, sur la base du volontariat. Un premier mail était envoyé aux dermatologues expliquant le projet de recherche. S'ils manifestaient leur intérêt alors une lettre d'information et un formulaire de consentement leur étaient envoyés. (cf Annexe). Deux médecins ont répondu positivement, venant d'un centre hospitalo-universitaire. Cinq n'ont pas répondu au mail et deux ont refusé l'entretien sans donner de justification.

Par ailleurs, pour disposer d'un panel de dermatologues plus représentatif nous avons décidé de contacter, selon la même méthode, un centre hospitalier périphérique ayant mis en place récemment une plateforme de téléexpertise dermatologique, ainsi qu'un dermatologue libéral. Un mail a été envoyé, et l'ensemble des médecins du service ont accepté de participer à l'étude, soit six médecins dermatologues. Le dermatologue libéral a accepté lui aussi. Cette diversité de profils (*cf tableau1*) nous semblait nécessaire dans la mesure où la

télédermatologie répond à des objectifs différents selon son lieu d'utilisation, que ce soit pour une expertise de pointe dans un CHU ou pour assurer une permanence des soins dans un cabinet libéral. La répartition des sexes est égalitaire avec 5 hommes et 4 femmes, l'expérience professionnelle des participants est variable (*cf tableau 1*).

Tableau 1 : population de l'étude

Neuf dermatologues ayant une expérience de la télédermatologie	
-	<u>Dermatologues travaillant en C.H.U. : 2</u>
▪	Homme avec expérience professionnelle > 20 ans
▪	Homme avec expérience professionnelle > 20 ans
-	<u>Dermatologues travaillant dans un centre hospitalier périphérique : 6</u>
▪	Femme avec expérience professionnelle > 20 ans
▪	Femme avec expérience professionnelle > 20 ans
▪	Femme avec expérience professionnelle < 5 ans
▪	Femme avec expérience professionnelle < 5 ans
▪	Homme avec expérience professionnelle > 20 ans
▪	Homme avec expérience professionnelle < 5 ans
-	<u>Dermatologue libéral : 1</u>
▪	Homme avec expérience professionnelle > 20 ans

Ces entretiens se sont déroulés entre Février et Mai 2020, donc de manière concomitante à l'épidémie de COVID 19. Cette épidémie a modifié les pratiques de télédermatologie, aussi certains dermatologues ont préféré repousser la date de l'entretien afin d'avoir plus de recul par rapport à cette période. A ce jour seuls 7 entretiens ont été réalisés (libéral : 1, CHU : 1, CH périphérique : 5). Du fait du confinement de la population, sur les 7 entretiens, seuls 3 entretiens ont été réalisés en présentiel, les autres ayant été fait par téléphone. Les entretiens ont duré entre 16 et 45 minutes, avec une moyenne de 25 minutes.

C. Construction du guide d'entretien

Nous nous sommes basés sur l'étude de la littérature pour construire ce guide, notamment en ciblant les thèmes qui revenaient fréquemment dans les articles (61,82,85,89): la modification du raisonnement médical, l'absence de rencontre avec le patient et l'intérêt moindre du dermatologue pour cette pratique. Nous avons regroupé ces thématiques en 3 questions principales (cf annexe) selon la méthode décrite par Quivy et al. dans leur ouvrage

de méthode en sciences sociales (97). Le guide d'entretien a été modifié à la suite du premier entretien afin de le recentrer sur l'objectif de l'étude.

La première partie de l'entretien abordait les modalités d'exercice des médecins interrogés, dans leur exercice classique et celui en télédermatologie. La deuxième partie de l'entretien explorait le ressenti de chaque médecin par rapport à cette nouvelle forme de pratique, que ce soit les avantages ou les inconvénients qu'il peut y trouver. L'entretien se terminait sur une question interrogeant les dermatologues sur l'avenir de cette pratique.

D. Conduite des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés par la même personne, un interne de dermatologie, actuellement en Master 2 d'éthique médicale et de bioéthique au sein du laboratoire d'éthique médicale de l'université Paris Descartes. Les entretiens se sont déroulés individuellement, dans un endroit calme, sur le lieu de travail et aux horaires souhaités par les dermatologues. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un enregistreur audio, avec l'accord du participant, avant d'être retranscrit sur un logiciel de traitement de texte (Word®), avec une anonymisation des participants. Les entretiens audios ont été supprimés à la suite de la retranscription. Les écrits anonymisés ont été mis à la disposition des dermatologues interviewés, et sont disponibles sur demande (). La communication non verbale était notée par le chercheur lors des entretiens présentiels.

E. Analyse des entretiens

Nous avons conduit une analyse thématique selon la méthode décrite par Pierre Paillé et Alex Mucchielli, dans L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (98). Les entretiens ont été relus en notant les verbatims d'intérêt et en les thématisant. Nous avons regroupé les thèmes récurrents pour en faire des catégories thématiques.

Nous avons fait cette analyse manuellement, sans recours à un logiciel informatique. Le travail de triangulation des données n'a pas été réalisé dans le cadre de ce travail de Master 2.

F. Ethique et démarches réglementaires

Notre étude est observationnelle, à ce titre elle a été déclarée auprès du comité d'éthique de l'Université Paris Descartes qui a rendu un avis favorable (cf annexe VI). Elle ne relève pas des recherches impliquant la personne humaine mais de celles qui « *visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le*

domaine de la santé. » (99). Aussi l'étude ne nécessitait pas d'avis de la part d'un comité de protection des personnes (CPP).

Un avis a été pris auprès du délégué à la protection des données de l'Université Paris Descartes.

3. Résultats

L'analyse thématique des entretiens a permis de faire émerger plusieurs points d'intérêt. (*cf Tableau 2, p50*). Nous commencerons par décrire les pratiques actuelles de télédermatologie, avec les avantages et les limites que les dermatologues ont identifiés. Ensuite nous présenterons les perspectives qu'ils projettent pour l'avenir de cette pratique.

A. Les avantages de la télédermatologie

Nous l'avons déjà dit la télédermatologie englobe un certain nombre de pratiques différentes, définies par la législation (*cf supra*). En fonction des besoins locaux, les différents acteurs se sont approprié ces différentes possibilités.

a) Une pratique ancienne et non régulée

La télédermatologie est en réalité une pratique très ancienne, qui existe « *depuis la nuit des temps* » (E2p2), qui a cohabité avec l'émergence de la spécialité et de la possibilité de partager des photographies. Cette pratique est qualifiée comme « sauvage » par les dermatologues dans le sens où elle ne s'inscrit dans aucun cadre législatif. Elle n'est donc pas rémunérée. C'est une activité floue, variable d'un dermatologue à l'autre selon ses habitudes professionnelles.

Certains dermatologues ont exprimé une charge de travail très importante liée à cette télédermatologie « sauvage », celle-ci « *embolisant leur Outlook de l'hôpital, leur téléphone portable* » (E2p2) avec « *entre 5 et 10 avis par jour* » (E2p2).

Dans ce cadre, puisqu'il n'y a pas de dispositif officiel il faut le contact d'un dermatologue pour solliciter un avis. Ce contact s'obtient facilement, soit par connaissances professionnelles (urgentistes, médecins généralistes...), soit par partage des coordonnées du médecin entre patients ou enfin par accès direct au mail du médecin via une recherche internet (E5p3).

Enfin, de manière plus marginale, la télédermatologie était déjà utilisée pour des publics particuliers, notamment les centres pénitentiaires afin d'éviter les extractions de patients, très coûteuses et difficiles à organiser.

On voit donc que la télédermatologie n'est pas née avec la création des actes de cotations CPAM, mais que celle-ci est bien antérieure, représentant une activité intense et diverse. En soi, plutôt que de parler d'un essor de la télédermatologie, il s'agirait plutôt de parler d'une officialisation de celle-ci et de son ouverture à de nouveaux publics.

b) Officialisation de l'activité

Devant cette activité déjà présente certains centres ont profité de la création des actes de cotations pour créer une plateforme afin de réguler, comptabiliser et officialiser cette pratique. Cette officialisation amenait plusieurs avantages.

Tout d'abord, cela rassure les dermatologues d'exercer dans un cadre légal, avec une assurance dédiée à l'inverse de la télédermatologie sauvage où l'on ne sait pas où vont finalement les avis ni comment ils sont utilisés. (E2)

Ensuite, cela amène une rémunération pour le service, tandis que la télédermatologie sauvage n'était pas rémunérée. Cette rémunération est sujette à débat sur son montant, « 12€ là, ça ne sert à rien » (E3), mais tous s'accordent à dire que c'est toujours mieux qu'avant. Cependant certains font remarquer qu'il y a un manque à gagner entre une cotation de consultation et une cotation de téléexpertise :

« D'un autre côté c'est mieux que rien, parce que quand on répond avec nos smartphones c'est zéro. Il n'y a aucune rémunération, donc c'est mieux que ça mais par rapport à une consultation... » (E3p6)

Enfin cette officialisation permet au dermatologue de garder son indépendance, au lieu de donner son numéro de téléphone ou son mail professionnel, il travaille désormais avec ses collègues dans un cadre dédié. (E2)

Au final, cette officialisation concourt à la reconnaissance de la télédermatologie comme un travail à part entière et non un service rendu « en plus » dans le cadre de son exercice hospitalier. Il faut néanmoins noter que cette officialisation via une plateforme dédiée ou une adresse mail dédiée n'est pas encore présente dans tous les centres de soins. (E5).

c) Une réponse face à la demande de consultations

i. *La nécessité du tri*

Nous l'avons montré la démographie des dermatologues est en baisse, et les demandes de consultations persistent. Cette asymétrie entre l'offre et la demande de soins amène un allongement des délais de consultations provoquant la mise en danger des patients qui auraient nécessité une consultation rapide. Face à ce problème d'accès aux soins la télédermatologie est apparue comme une solution relativement simple à mettre en place, permettant de sélectionner les patients qui nécessitaient en priorité un avis dermatologique. La télédermatologie n'est pas perçue comme un remplacement de la médecine conventionnelle mais comme un espace de « tri » pour y accéder. Cette notion de tri nécessaire face à un afflux de patients est ressortie dans la quasi-totalité des entretiens.

- « *Donc à un moment donné on ne pourra pas voir tout le monde et on s'est dit peut-être cette télédermatologie nous permettra, pour moi, de faire le tri* » (E2p2)
- « *Les patients se jettent sur les consultations même si les délais sont de 6 à 8 mois. Ils viennent ici, ils nous mentent même ! Parce que nous ce qu'on demande c'est qu'ils soient adressés par le médecin traitant, ils disent qu'ils ont un courrier et ils n'ont pas de courrier, enfin bref...* » (E3p3)
- « *On n'aurait pas la pénurie, on s'en fout...Mais ce n'est pas le cas* » (E3 p3)
- « *Ce sont des outils qui existent, je pense que c'est de toute façon, dans le monde actuel, amené à se développer, avec la démographie dermatologique aussi. Ça, ça nous y contraint presque.* » E7p3

Il apparaît donc une nécessité de hiérarchisation entre les patients demandant une consultation, mais aussi une nécessité de tri entre les patients qui relèveraient de la dermatologie hospitalière, et ceux relevant de la dermatologie de ville ou de la médecine générale. Dans cette vision la dermatologie hospitalière serait réservée aux patients les plus lourds, nécessitant des prises en charge complexes, des avis surspécialisés ou une hospitalisation.

« Parce que l'on voit plein de patients à l'hôpital qui ne sont pas du tout de motif hospitalier, vraiment beaucoup ce sont des choses de libéral, voire de médecine générale qui peuvent être anticipées en amont, sans que les patients viennent embouteiller les consultations hospitalières. » (E6p5)

Cette situation de pénurie de dermatologues est variable selon les régions, ainsi un dermatologue interrogé a indiqué qu'il ressentait le besoin de la télédermatologie seulement maintenant qu'il « *avait découvert le principe du désert médical* » (E6p6). Auparavant exerçant dans une grande métropole il n'avait pas senti la nécessité de trier les patients puisque chacun d'entre eux pouvait avoir accès à une consultation dans un délai raisonnable

Cet avis est nuancé par un autre dermatologue qui indique que la fonction de tri est inhérente à l'activité spécialisée :

« On n'a de toute façon pas vocation, et c'est de toute façon infaisable, à voir, à examiner la peau de la tête au pied, de l'ensemble de la population générale. On est des spécialistes, on est là pour donner des avis spécialisés sur des situations qui sont un peu plus complexes. » (E5p3)

ii. *Les conditions de possibilité du « tri »*

Le « tri » des patients est rendu possible par la rapidité que permet la télédermatologie. Cette rapidité de jugement est sans commune mesure avec la consultation conventionnelle. Dès lors il devient possible d'évaluer de nombreux patients et de les hiérarchiser par ordre de gravité.

« [...] là tu vois une photo t'as un diagnostic et une conduite à tenir et ça te prend 5 minutes. Comparé à un examen exhaustif clinique, d'un patient qui est face à toi et à qui tu dois expliquer quelque chose, ça te prend beaucoup plus de temps c'est sûr. » (E4p2)

Cette rapidité de la télédermatologie est permise par plusieurs facteurs :

- *Rôle de la photographie*

Ce tri est de meilleure qualité que celui des demandes écrites, la photo permettant de statuer plus précisément.

« Et en fait entre marqué « lésions » sur le courrier, ce qui veut tout et rien dire, ou une photo qui te montre clairement une kératose séborrhéique ou quelque chose de mélanique suspect, ça te permet de faire un tri de bien meilleure qualité que sur papier c'est sûr. » (E4p2)

- *Réseau de professionnels*

De plus, dans le cadre de la plateforme mise en place dans un des centres hospitaliers étudiés, les demandes d'avis sont uniquement possibles à faire par des professionnels de santé. La rapidité de jugement est alors favorisée par le fait que l'on s'exprime à un

professionnel de santé, et non à un patient, les explications sont donc plus directes, l'interlocuteur partageant le même vocabulaire. C'est ensuite le professionnel demandeur initial de l'avis qui prendra le temps d'expliquer au patient le diagnostic ou le délai de consultation fixé.

- Travail en amont

Cette rapidité est aussi favorisée par le travail en amont réalisé soit par le patient lui-même (déshabillage, prise de photo, etc...) ou par le professionnel de santé. A ce titre plusieurs dermatologues souhaitent que les médecins généralistes soient équipés de dermatoscope pour prendre des photos de meilleure qualité. (E1, E7).

« Le fait de les avoir en présentiel on peut perdre du temps, il faut qu'ils soient déshabillés, c'est un temps dans la consultation que l'on aimerait bien passer à faire d'autres choses [...] Alors que dans la télémédecine et bien voilà ils sont prêts. » (E3p4)

- Flexibilité de l'exercice

Enfin, pouvoir statuer sans avoir le patient en face de soi permet au dermatologue de choisir le moment où il va faire ses avis. Cette activité, dite asynchrone, propre à la téléexpertise permet une plus grande flexibilité dans leur emploi du temps. (E3p1)

Un dermatologue a mentionné le fait que l'activité de téléexpertise demandait moins d'attention, et qu'elle permettait un cadre de travail plus agréable.

« Quand on fait de la téléexpertise on peut regarder son téléphone en même temps, on peut écouter de la musique en même temps, on peut faire ça en mangeant son dessert, chez soi, sur son téléphone. » (E7p2)

d) Une pratique plus adaptée que la pratique conventionnelle dans certaines situations

i. *Publics fragiles*

Dans quelques situations les dermatologues ont indiqué être pleinement satisfait de pouvoir proposer la télédermatologie à leurs patients. Ils indiquent que cette pratique évite des déplacements à l'hôpital, éprouvant pour les populations fragiles par exemple.

« Je vais être très contente d'avoir évité à un patient qui n'est pas bien, qui est âgé de venir à l'hôpital, de se mettre en ambulance, d'attendre 2H parce que le dermatologue n'est pas à l'heure, je dirais que ça c'est très confortable et finalement assez valorisant » (E2p3)

ii. Exemple du COVID 19

L'épidémie de COVID 19, présente en France à partir de Mars 2020 a obligé les dermatologues à modifier leurs pratiques. L'hôpital a donné des consignes claires pour déprogrammer le plus de patients possibles pour limiter l'épidémie. Pour faire face à cela les dermatologues ont alors décidé de transformer les consultations en consultations téléphoniques, voire en téléconsultations. Du jour au lendemain des dermatologues qui faisaient de temps à autre de la téléconsultation ont dû en faire plusieurs par jour.

« Jusqu'à maintenant je n'ai jamais connu de journée où je reste plantée sur une chaise, je n'ai jamais été à mon bureau à discuter avec les patients quoi. J'étais toujours autour d'un patient, à le toucher, à voir, à...Là je les vois et je ne les touche pas. C'est un différent. C'est vrai que c'est un peu bizarre le ressenti. » (E2p4)

Pour permettre cette nouvelle activité, certains dermatologues interrogés ont été dotés par leur hôpital de nouveaux matériels à type de caméras et de haut-parleurs. Cette épidémie a été révélatrice des possibilités qu'offrait une telle technique. Les structures requérantes (Maisons de santé, EHPAD, etc...) ont compris l'opportunité que représentait la télédermatologie dans une telle période, aussi certaines d'entre elles ont décidé de rejoindre plus rapidement que prévu la plateforme de téléexpertise (E3p2). Enfin, nous l'avons dit, les pouvoirs publics ont voulu, eux aussi, favoriser la télémédecine en créant de nouvelles cotations pour que les patients n'ayant jamais vu le professionnel puissent être remboursés. Au final, on note donc que cette épidémie a été l'occasion pour tous les acteurs, patients, médecins et pouvoirs publics d'accélérer brutalement le développement cette pratique.

« En fait la pandémie COVID 19 elle n'a fait que précipiter quelque chose que l'on attendait depuis un moment. » (E5p4)

B. Les limites de la télédermatologie

Si tous les dermatologues ont déclaré pratiquer la télédermatologie, tous s'accordaient à dire que cette modalité de pratique présente des différences significatives avec l'exercice classique, principalement du fait de la médiation de la technique, et de la modification de la relation au patient qui en résulte.

a) Modification du raisonnement médical

i. *Modification de la perception médicale*

La télédermatologie, du fait de la médiation technique, modifie la perception que nous avons du patient. Celle-ci est uniquement visuelle dans le cas de la téléexpertise, visuelle et auditive dans le cas de la téléconsultation. Dans les deux cas elle est incomplète par rapport à l'appréciation que l'on peut faire en présentiel. C'est alors la perception du médecin, et donc le début du raisonnement médical qui va être modifié. Par exemple un dermatologue indiquait que « *On a une vision 3D, pas une vision 2D, c'est quand même très différent* » E6p5.

Ce n'est pas que la perception de la lésion qui est modifiée mais la perception du patient dans son ensemble, en effet la télédermatologie favorise une pratique ciblée uniquement sur une lésion, à l'inverse de l'examen global classiquement réalisé. Cette perte de la globalité du patient a été exprimée dans la majorité des entretiens.

« *Un des gros soucis de la téléconsultation c'est que l'on va avoir une action très ciblée. Par exemple le patient va nous dire il y a « ça » qui me gêne ou il y a « ça » qui m'inquiète. Donc on va lui regarder « ça », mais la totalité du revêtement cutané on ne l'aura pas regardée.* » (E3p5)

ii. *Modification des possibilités médicales*

Un autre reproche qui est revenu fréquemment dans les entretiens était l'absence de possibilité de faire des actes manuels sur le corps du patient, que ce soit des actes diagnostics (palpation, etc...) ou thérapeutiques (exérèse,...). Ils indiquaient ainsi :

« *cela permet un premier avis sur une lésion [...] mais cela ne va pas plus loin* » (E1p2)

« *En vrai (présentiel NDLR) on peut toucher la lésion, on la voit, on peut faire de la dermoscopie, on peut biopsier* » (E1p2)

iii. *Doute diagnostique*

Ces modifications aboutissent à un sentiment de doute diagnostique et de frustration du dermatologue, qui aimerait être sûr de lui, et qui doit se contenter des données que peut lui fournir la caméra. Ce doute est évidemment accentué en cas de photographies de mauvaise qualité.

« *On a l'impression de faire un peu le même type de consultation mais on reste entre guillemets « cons », on reste un peu « sur notre faim », on se dit « est ce que j'ai bien vu les choses ? »* » (E2p3)

Sur la question de la fiabilité des avis télédermatologiques, les médecins étaient partagés. Certains indiquaient pouvoir poser des diagnostics dans la plupart des cas (« *au doigt mouillé, je dirai 2 fois sur 3* » (E5p2)), indiquant que la télédermatologie « *n'est pas qu'une orientation* » (E3p3). Aussi ils indiquaient pouvoir « *faire quand même une médecine de bonne qualité* » (E2p4) avec la télédermatologie. D'autres insistaient au contraire sur le fait que ce soit moins fiable (E1, E7).

Si le doute persiste à la fin de l'avis télédermatologique, ils ont tendance à convoquer le patient en consultation présentielle ou à demander au médecin requérant de donner des informations supplémentaires.

« Là j'ai conclu un avis directement, parce que même si la photo est floue, l'histoire pouvait faire évoquer un mélanome, donc il faut le voir » (E6p2)

b) Appauvrissement de la relation au patient

Au-delà du raisonnement médical, la distance modifie aussi le rapport au patient. Il faut alors faire une distinction nette entre la téléconsultation, où l'on aura le patient en échange direct et la téléexpertise où l'on correspond en différé avec un professionnel de santé.

« Ce que je n'avais pas vu c'est l'intérêt de la visio à domicile avec l'infirmière, c'est que le patient est quand même très content de nous entendre et de nous voir. Par rapport à la téléexpertise c'est même plus intéressant sur le plan humain... » (E3p3)

Les dermatologues ont abordé le sujet en parlant beaucoup plus de téléconsultations, indiquant un rapport partiel avec le patient. Au lieu d'une atmosphère commune, lieu d'échanges et d'appréciations mutuelles, il y a désormais deux univers médiés par la technologie

i. *Restriction de l'appréciation affective et psychologique du patient*

Le contact présentiel avec le patient permet une appréciation entière, spontanée de son ressenti de la consultation. La distance et la médiation de la technologie amputent des composantes de cette atmosphère affective.

« il y a le côté psychologique du présentiel où on ne voit pas que la lésion mais aussi le regard du patient, s'il est triste, pas triste, voilà... » (E2p3)

ii. *Restriction de la communication non verbale*

La notion de communication non verbale est ressortie dans plusieurs entretiens (E5, E7), le médecin indiquant sa difficulté à faire passer des informations.

« On peut se montrer rassurant, physiquement, et ça c'est difficile à faire passer en téléconsultation et encore plus évidemment en téléexpertise » (E5p2)

iii. *Modification de l'échange*

Un échange verbal est basé sur le fait d'émettre une parole et de recevoir une parole en retour. Cet échange est médié par la technologie dans le cas de la télédermatologie, ce qui modifie son rythme. Un médecin expliquait :

« Pour expliquer une pathologie il nous manque le retour rapide, quand on a un écran, le retour du patient il n'est pas rapide. J'arrête de parler, il me parle. En présentiel c'est beaucoup plus fluide, c'est une conversation, il peut m'interrompre. » (E3p4)

Cette baisse de fluidité amène des difficultés à expliquer, à faire passer des messages, amenant une sensation de falsification de l'échange. Ce dermatologue continuait :

« Il y a des messages...Les messages se font de façon moins vraie, moins authentique avec un écran qu'en présentiel. C'est évident. Cela ne peut pas être un mode d'exercice à privilégier. Ça ne peut pas être ça. C'est un moyen. » (E3p4)

Ce sentiment de falsification peut mettre le médecin mal à l'aise, notamment pour des consultations avec des enjeux médicaux importants comme les consultations d'annonce de mélanome. (E3p4).

C. Evaluation globale des dermatologues : une pratique peu intéressante mais utile

a. Une pratique peu intéressante pour le dermatologue

Toutes ces limites étaient mises en balance avec les avantages que procurait cette technique. Si globalement chacun reconnaissait l'utilité de celle-ci, beaucoup insistaient sur leur faible intérêt personnel. A la question « Seriez-vous prêt à faire de la télédermatologie à temps plein ? », tous les dermatologues ont répondu catégoriquement non.

- *« C'est bien de se dire que l'on a une demi-journée pour faire de la téléconsultation, mais le contact avec les patients...Cela me manquerait de ne pas l'avoir » (E2p4)*

- « *Dans cette période où la télédermatologie est beaucoup plus importante que la consultation en présentiel, en fait cela devient un peu lourd* » (E2p3)
- « *Non, moi, j'aime les gens (rires), alors ça (ne plus voir les patients NDLR) pour le coup, ça, cela me rendrait triste.* » (E5p3)
- « *Faire cela à plein temps, non, ce n'est pas même pas envisageable* » (E6p5)

Une sensation de lourdeur de l'exercice a été exprimée plusieurs fois, avec notamment une sensation de fatigue accrue par rapport à l'exercice conventionnel. Un dermatologue expliquait cette fatigue par l'hyperconcentration liée au passage de l'écran à l'ordonnance, au dossier du patient mais aussi à la gestion du matériel. (E3p5). L'épidémie de COVID 19 en augmentant brutalement le nombre d'actes de télédermatologie a révélé ce surplus de fatigue. Cette épidémie, en accélérant massivement l'utilisation de cette technique a révélé les forces et les limites de la télédermatologie.

b. Ressenti du patient

Un dermatologue indiquait que les patients étaient heureux d'avoir une téléconsultation dans un contexte épidémique empêchant leur venue à l'hôpital (E2). La téléconsultation leur permettait en effet de bénéficier d'un avis dermatologique au lieu de repousser la consultation. Néanmoins d'autres dermatologues se sont projetés dans le rôle du patient, et ont indiqué qu'ils préféreraient voir quelqu'un en présentiel plutôt que de bénéficier d'une téléexpertise.

« Je pense qu'on préfère tous quelqu'un en direct physiquement plutôt que quelqu'un simplement au téléphone, ou pas du tout. » (E7p4)

c. Une pratique complémentaire

A côté de ces points négatifs ils reconnaissaient néanmoins une situation profitable pour tous, mais pour certaines pathologies uniquement. La télédermatologie n'a pas vocation à remplacer la consultation en présentiel, mais elle peut apporter un complément.

« Après je crois vraiment que les 2 modes d'exercices, et la période actuelle va nous le montrer, sont vraiment complémentaires. C'est pas les mêmes indications, on ne donne pas les mêmes informations, ça dispense rarement de voir, un jour, le patient, mais je crois que les 2 sont complémentaires. » (E5p2)

« Et bien c'est complémentaire je trouve, il n'y a pas vraiment de comparaison, c'est vraiment très différent comme mode d'activité » (E6p4)

d. Une solution au désert médical ?

Nous l'avons vu la désertification médicale est l'une des principaux leviers du développement de la télédermatologie. Certains dermatologues ont un regard critique sur cette situation. Ils évoquent la télédermatologie comme une réponse à un problème que les décideurs politiques ont eux-mêmes créé.

« Alors déjà qu'est-ce que c'est qu'un désert médical, pourquoi il est là, par qui il a été créé ? Ensuite, le désert médical étant là, oui effectivement puisqu'il y a moins de monde et que regarder une photo cela va prendre 30 secondes, ouais cela peut être une solution au désert médical. Cela veut dire que le même bonhomme il va regarder 10-15 photos en beaucoup beaucoup moins de temps qu'il n'en faudrait pour déplacer 10-15 personnes dans son cabinet. En ce sens cela peut être une réponse à la désertification médicale, mais cela reste encore un pis-aller. Il faudrait mieux avoir un dermato en vrai, plutôt qu'un qui est déjà débordé et qui va regarder des photos en plus. » (E7p3)

Peu de dermatologues ont évoqué les causes de la démographie médicale actuelle. La plupart indiquent que la télédermatologie n'est pas une réponse absolue à cette pénurie. Cependant sa rapidité, et sa capacité à sélectionner les patients permettent de prendre en charge rapidement les plus graves dans un contexte de difficultés d'accès aux soins. En contrepartie elle est susceptible d'amener un surplus de travail pour les dermatologues, malgré le temps qu'elle serait censée leur libérer. (E1).

Cette modalité de pratique est donc une réponse à l'afflux de patients, mais elle est peu enrichissante pour le praticien. Elle est partielle en termes de diagnostic, de thérapeutique et de relation de soin.

D. Perspectives et préconisations

a) Une augmentation de la pratique

À la question d'imaginer l'avenir de cette pratique, l'ensemble des dermatologues interrogés ont prédit une augmentation de celle-ci. Cette augmentation étant brutalement intensifiée par le COVID.

« Ce n'est pas les 5-10 ans à venir, c'est les 5-10 mois qui viennent, là cela va changer. On en est complètement convaincus » (E5p4)

b) Préconisations

i. *Nécessité de cadrer le temps dédié*

Nous l'avons dit la télédermatologie permet un travail asynchrone. Mais cette modularité brouille les frontières du travail classique. Théoriquement, les dermatologues pourraient être sollicités en permanence. Un dermatologue a exprimé la nécessité de restreindre cette activité à des horaires précis.

« Si on a des plages bien définies pour la téléconsult' ça ne me dérange pas particulièrement, si on a des plages bien définies...Après c'est sûr que si on appelle tout le temps... » (E1p3)

Si le temps dédié à chaque activité, dans une même journée de travail est flouté, on peut imaginer que la notion même de « journée de travail » soit brouillée. Par exemple un dermatologue nous a indiqué faire de la téléexpertise le soir depuis son domicile.

Enfin plusieurs médecins ont indiqué un doute sur la capacité de la télédermatologie à libérer du temps médical. Pour l'instant ils la voient plus comme un surplus de travail, d'où la nécessité de cadrer le temps dédié à cette activité.

ii. *Nécessité de délimiter ce qui relève de la TD et ce qui relève d'une consultation*

Le COVID de par l'intensification brutale de l'activité télédermatologique a révélé certes les potentialités, mais aussi les limites de cette pratique.

« On aurait eu ce type d'entretien il y a 2 mois quand vous nous avez contacté la première fois, je vous aurai dit « Mais c'est super, il faut la faire la télédermatologie », mais maintenant ben on est plein dedans et moi je suis en train de me dire, « oui c'est bien, mais il ne fait que pas que cela prenne complètement la place d'une consultation normale » » (E2p3)

Cette délimitation du champ d'activité de la télédermatologie est un enjeu majeur, peut-être même l'enjeu principal de son développement. (E5) En l'absence de recommandations claires, les dermatologues souhaitent avoir le contrôle sur ce développement. Ils souhaitent, notamment, décider eux-mêmes quels types de consultations ils vont faire en présentiel ou en télédermatologie.

« Pour moi c'est difficile que ce soit le patient, ou même le médecin traitant qui le demande (quelle modalité de médecine NDLR), parce que j'ai besoin de voir, j'ai besoin de toucher, etc... » (E3p5)

iii. Nécessité de s'inscrire dans un réseau

« Et bien là c'est dans le cadre d'un réseau qui est tout à fait fiable et pour lequel je vais me mettre en quatre pour prendre en charge ce patient. Mais j'aurais du mal à me mettre en quatre pour une téléexpertise qui a été faite à Pétaouchnok par Je-ne-sais-qui. » (E3p6)

Ce verbatim résume le ressenti de la plupart des dermatologues. La télédermatologie n'a de sens que si elle est faite au sein d'un réseau, où les partenaires se connaissent et sont en confiance. Ici le dermatologue indique qu'il aura du mal à prendre en charge un patient sur la demande d'un professionnel qu'il ne connaît pas (par exemple demande d'exérèse en urgence suite à un avis rendu par une plateforme en ligne de télédermatologie).

De plus, le caractère partiel de l'examen télédermatologique implique de faire confiance au professionnel initial, le seul qui a examiné le patient entièrement.

« Alors effectivement il y a peut-être un mélanome de l'autre côté du corps, donc ça c'est un risque. Là il faut faire confiance aux collègues, il y a quand même des collègues qui ont vu un jour ce patient, donc... » (E5p3)

Ce besoin de confiance est réciproque, en donnant son avis au sein d'un réseau de professionnels connus, le dermatologue sait qu'il est identifié et donc que sa responsabilité est engagée et que le professionnel reviendra vers lui en cas de mauvaise évolution.

« Par contre moi quand je donne ma téléexpertise, je me mouille. Quand c'est le médecin traitant, il saura revenir me voir, il saura me dire « Et bien là vous avez donné votre avis mais cela n'évolue pas bien. ». Voyez ? Pour moi cela n'a pas beaucoup de sens, de faire par quelqu'un qui ne connaît pas, qui n'est pas dans le réseau du patient. » (E3p7)

Ce besoin de confiance et de collaboration se retrouve auprès de tous les partenaires, les dermatologues en ont cité plusieurs :

- Partenariat avec le médecin généraliste

Classiquement le médecin généraliste envoie son patient au spécialiste pour un avis spécialisé pour une pathologie donnée. Faire cette demande via la téléexpertise oblige le médecin requérant à faire un travail de préparation du dossier, en y incluant l'histoire clinique, les antécédents, des photographies ce qui n'était pas obligatoirement le cas auparavant. Ce travail en amont est le garant d'une demande de qualité permettant au dermatologue de faire une réponse adaptée.

« Parce qu'on a quand même trop de demandes de collègues « J'ai une photo, j'envoie, quel est ton avis ? ». » (E3p4)

- Partenariat avec les infirmières

Les infirmières libérales assurent une présence régulière auprès des patients les plus isolés. Elles sont des relais précieux pour les médecins pour signaler un problème intercurrent ou une dégradation de l'état du patient. Notamment en permettant à des patients âgés, via leur smartphone personnel de joindre en vidéoconsultation le dermatologue. (E3).

Par ailleurs si elles sont vues comme requérantes le plus souvent, plusieurs dermatologues ont émis le souhait de former des infirmières spécialisées pour assurer des missions de télédermatologie, notamment pour la fonction de tri que nous avons évoqué plus haut.

« Par rapport à la dermato, nous on se rend compte qu'il y a des infirmières, celles qui ont une grande expérience de la dermatologie, elles pourraient d'ailleurs faire un premier filtre en disant « Ca je connais, ça je ne connais pas. Ca j'ai vu, ça je n'ai jamais vu. » » (E3p7)

Ce partenariat avec les infirmières a été évoqué à de nombreuses reprises dans les entretiens (E3,E5), et paraît d'autant plus prometteur dans un contexte de pénurie de médecins généralistes.

« Le fonctionnement qui moi me plaît, c'est via le biais du médecin traitant. Alors vous allez me dire « Il y a un bon nombre de patients qui n'ont plus de médecins traitants », ça je le conçois, ou un autre professionnel de santé, même si c'est une infirmière, [...] et qui connaît le patient. » (E3p6)

- Partenariat avec les secrétaires

Un dermatologue a insisté sur le fait de ne pas oublier le personnel administratif, en effet si la télédermatologie permet de faire gagner du temps, elle ne supprime pas les fonctions de secrétariat. Il faut par exemple que la secrétaire continue à prendre les rendez-vous, même si ce sont des rendez-vous de téléconsultations.

« Parce qu'il y a plein de gens qui se disent « Allez, on va mettre un PC dans le bureau d'un docteur, comme ça le docteur il va tout faire ». Ça ne peut pas enlever le temps de secrétariat » (E3p7)

Au final cette notion de réseau de soins insiste sur la nécessité de confiance entre les différents partenaires, et de travail en amont de l'avis rendu par le dermatologue. Or ce travail en amont est peu ou mal rémunéré pour le moment.

- Partenariat avec les ARS

Les agences régionales de santé ont été mentionnées à plusieurs reprises dans les entretiens, souvent pour souligner une implication insuffisante de leur part. Si elles sont intéressées par ce type de projet, la mise en place paraît complexe, et repose beaucoup sur le volontariat du dermatologue (E7).

Les dermatologues souhaiteraient des aides pour les médecins généralistes afin de les encourager à s'équiper de dermatoscopes. (E6, E7)

Enfin le remboursement poserait problème, avec des téléexpertises qui n'étaient pas remboursées dans les faits. Un dermatologue indiquait que l'un de ses collègues libéraux n'avait toujours pas été payé après une cinquantaine de téléexpertises. (E6)

iv. La tarification : un enjeu majeur

Si la demande de téléexpertise est rémunérée, dans le cadre d'un parcours de soin, son montant est faible (5€ si téléexpertise de niveau 1 ou 10€ si niveau 2). A l'inverse la charge de travail paraît importante, plus qu'un simple adressage à un confrère c'est une constitution de dossier qui est attendu. Ce travail est le garant d'une réponse de qualité de la part du dermatologue.

« La téléexpertise me plaît bien aussi parce que j'ai toute la biologie, par exemple une structure comme une EHPAD, et bien j'ai toute la biologie, les antécédents, la pancarte, enfin j'ai toutes les données du patient parce qu'il y a eu un travail en amont qui est important. Et

ce travail est amont, à mon sens, n'est pas bien rémunéré, il faudrait qu'il soit nettement mieux rémunéré que ça. » (E3p5)

v. Contact direct par le patient

Le fait que le patient puisse directement entrer en relation avec un télédermatologue, sans adressage de la part d'un confrère, pose question. Les avis ont été partagés sur ce point, notamment entre les dermatologues hospitaliers et celui en ambulatoire.

Les médecins hospitaliers ne souhaitaient pas être contactés directement pour rester dans le parcours de soins, et bénéficier ainsi du travail réalisé par leurs collègues en amont. Si la télédermatologie leur permet de faire le tri dans les demandes, ils apprécient tout de même que la demande initiale soit faite par un professionnel de santé pour ne pas recevoir de demandes inutiles. (E3)

A l'inverse le dermatologue libéral souhaite proposer à ses patients de prendre directement les rendez-vous, en leur laissant prochainement le choix entre la téléconsultation et la consultation en présentiel. La consultation dermatologique n'étant pas une consultation en accès direct spécifique, s'y présenter sans adressage de son médecin traitant donnera lieu à un remboursement de 30%, au lieu des 70% habituels (100).

vi. Le rôle de l'intelligence artificielle

L'intelligence artificielle a été mentionnée par deux dermatologues. Ceux-ci expriment le fait que la télédermatologie pourrait probablement, partiellement, être substituée par de l'intelligence artificielle. En effet donner un avis sur une lésion précise, sans la contextualiser paraît rentrer dans le champ d'application de celle-ci.

- *« Si c'est juste pour voir une photo de grain de beauté, dire oui ou non, ça l'intelligence artificielle elle le fait » (E6p5)*
- *« [...]le gros enjeu de l'activité télédermatologique, à moyen terme c'est ça, c'est la part qui est attribuée à l'intelligence artificielle » (E5p5)*

Ils indiquent que certaines applications proposent déjà des avis diagnostics sur des lésions pigmentées, et que si l'on résume la télédermatologie à un avis « brut », alors celle-ci est concurrencée par le développement de l'intelligence artificielle. Ils recommandent d'identifier la plus-value à avoir un avis donné par un humain plus que par une machine, à définir la place de chacun. (E5p5).

Tableau 2- Résumé des résultats

<p>Avantages</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Officialisation d'une pratique déjà existante et rémunération - Possibilité de tri des patients face à une impossibilité à tous les voir dans un délai raisonnable - Rapidité - Pratique plus adaptée aux publics fragiles ou en situation d'épidémie
<p>Modification du raisonnement médical</p> <p>Limites :</p> <p>Appauvrissement de la relation au patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perception partielle du patient - Pratique centrée sur un motif unique - Restriction des possibilités diagnostiques et thérapeutiques - Majoration du doute
	<ul style="list-style-type: none"> - Restriction de l'appréciation affective et psychologique du patient - Restriction de la communication non verbale - Artificialisation de l'échange verbal
<p>Evaluation globale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible intérêt personnel - Surcharge de travail - Sentiment de réaliser des ersatz de la consultation classique - Pratique complémentaire et non destinée à remplacer la pratique classique - Réponse imparfaite à la désertification médicale
<p>Perspectives et préconisations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la pratique - Majoration du rôle des infirmières - Besoin d'identifier les pathologies éligibles à cette pratique - Nécessité de cadrer le temps dédié à cette pratique - Nécessité de connaître ses correspondants - Nécessité de revoir la tarification - Besoin d'identifier ce qui relèvera de l'intelligence artificielle

4. Discussion

Ce travail avait pour objectif d'explorer l'altérité de la pratique télédermatologique actuelle, notamment en caractérisant ses avantages et ses limites par rapport à la dermatologie présentielle auprès d'un panel de dermatologues travaillant dans les Pays de la Loire.

L'expérience télédermatologique répond en premier lieu à une pression de consultation suite à la pénurie de dermatologues. Cette expérience montre une pratique efficace, au sens, où elle permet de réguler efficacement les flux de patients. Elle permet notamment de sélectionner les demandes urgentes et de donner des avis rapides quand la situation le permet. La contrepartie est une pratique faiblement stimulante pour le dermatologue, et une sensation de frustration du fait d'une incomplétude diagnostique et thérapeutique. Cette frustration est renforcée par un appauvrissement de la relation avec le patient.

Si à l'avenir tous prédisent une augmentation de cette pratique, de nombreuses préconisations ont été évoquées. Principalement la nécessité de travailler avec des interlocuteurs connus pour être en confiance malgré la distance qu'impose le dispositif. Enfin, ils indiquent la nécessité de réaliser un travail d'identification des actes relevant de cette pratique et ceux n'en relevant pas. Cette identification est d'autant plus nécessaire que la place du dermatologue en tant qu'acteur de la télédermatologie paraît concurrencée par l'intelligence artificielle.

Dans un premier temps nous discuterons les forces et les limites de notre étude, puis nous reviendrons sur certains résultats faisant écho à la littérature.

A. Forces et limites de l'étude

La force principale de notre étude est son originalité. En effet nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'autres études qualitatives auprès de dermatologues sur le sujet de la télédermatologie. De plus le contexte de l'épidémie de COVID 19 a brutalement modifié les pratiques. Les entretiens se sont déroulés au fur et à mesure de cette épidémie. Nous avons donc pu interroger les dermatologues alors même qu'ils effectuaient une majorité de leur travail en télé médecine. Cette situation inédite a pu être questionnée à chaud, et la comparaison avec leur exercice conventionnel était aisée car remontant à quelques semaines auparavant. Nous avons néanmoins perdu en fiabilité car il est probable que les deux

entretiens réalisés en Mars (respectivement 3 semaines et 1 semaine avant le confinement de la population) auraient donné des résultats différents quelques mois plus tard. Le reste des entretiens (cinq) ont été réalisés en Mai, ceux-ci tiennent donc compte de l'épidémie.

Une autre force de l'étude est de favoriser une réflexion sur les pratiques dermatologiques classiques. Le constat de l'altérité de la télédermatologie, nous pousse à prendre du recul sur l'exercice dermatologique conventionnel. En s'inspirant du raisonnement de François Jullien (101), cette mise en rapport des deux pratiques permet de mettre à jour des partis pris, des impensés dans l'exercice quotidien de la dermatologie en présentiel. Cette prise de conscience permet d'identifier les éléments d'importance que nous souhaitons maintenir dans le soin.

La principale limite vient du faible nombre de dermatologues interrogés et de leur lieu d'exercice. Nous avons interrogé majoritairement des médecins exerçant dans des zones où la densité de dermatologues a diminué dans les années précédentes et va probablement continuer à chuter. En effet les dermatologues exerçants dans ce territoire sont proches de la retraite pour la plupart. Il s'agit là d'un contexte local, qui ne permet pas de tirer des conclusions à plus grande échelle. De plus la démographie dermatologique repose sur un faible nombre de praticiens. On comptait 163 dermatologues dans les Pays de la Loire en 2018 (102). Ce faible nombre implique qu'une situation peut évoluer rapidement à un niveau local. Avec une densité inférieure à la moyenne nationale dans le territoire interrogé, on peut penser que ce besoin perçu du « tri » des patients est en partie lié à ce contexte local. Cela concorde avec le fait que la plateforme de téléexpertise ait été mise en place dans le centre hospitalier périphérique (zone en sous densité de dermatologue) alors qu'il n'y a pas encore de dispositif équivalent dans le service du CHU interrogé. Néanmoins, nous l'avons dit, le nombre de dermatologues, en France, particulièrement en libéral, est amené à diminuer dans les prochaines années. On peut donc penser que cette situation locale et cette nécessité du « tri » vont se généraliser.

Une autre limite vient de la méthode, puisque nous nous sommes focalisés uniquement sur des entretiens avec les dermatologues. Notre travail se base donc sur les ressentis des dermatologues. Une approche complémentaire aurait été d'observer des consultations en présentiel et des téléconsultations pour disposer d'un regard extérieur.

Enfin une dernière limite vient du sujet d'étude : nous avons tenté de caractériser la télédermatologie dans son ensemble. Il serait pertinent de réaliser des travaux supplémentaires spécifiques à la téléexpertise ou à la téléconsultation dermatologique.

B. Avantage de la télédermatologie : une réponse aux déserts médicaux

a) Qu'est-ce qu'un désert médical ?

La totalité des dermatologues interrogés ont mis en parallèle le développement de la télédermatologie et la pénurie de dermatologue : ce serait l'un des avantages majeurs de la télédermatologie que de répondre à cette pénurie.

Les notions de « désert médical » ou de « pénurie » n'ont pas été expliquées et apparaissent comme des éléments de langage courant, presque naturels. Pourtant ces termes ne sont pas neutres. La notion de « désert », métaphore puissante, renvoie à une notion d'espace inhospitalier, elle sous-entend une inégalité par rapport à un autre espace qui serait accueillant (103). Si tout le monde utilise l'expression de « désert », personne ne sait exactement la définir, à quel moment entre-t-on dans le désert ? La définition d'indicateurs consensuels est d'autant plus urgente que plusieurs propositions de loi ont récemment visé à réguler le conventionnement médical dans les zones sous denses (104) (105). Enfin la désignation de « désert médical » symbolise un territoire vide de tout médecin. Pourtant les situations peuvent varier, par exemple une faible densité de médecins généralistes n'est pas synonyme d'un faible accès à un dermatologue. Dans notre cas nous n'avons pas retrouvé de comparaison stricte entre la démographie des dermatologues et celles des médecins généralistes, qui est souvent celle utilisée pour définir le « désert médical ».

b) Causes des déserts médicaux

La majorité des dermatologues n'ont pas abordé les causes de la désertification médicale. Pourtant ce manque de médecins paraît être une des causes essentielles du développement de la télémédecine. Cette absence de questionnement semble indiquer la désertification comme un fait établi. Seul un dermatologue a émis une remise en cause, mais sans chercher à y répondre.

« Alors déjà qu'est-ce que c'est qu'un désert médical, pourquoi il est là, par qui il a été créé ? » E7p3

Pourtant beaucoup de médecins interrogés indiquaient qu'en l'absence de pénurie, la télédermatologie ne serait pas aussi intéressante. Nous ne traiterons pas ici des causes des déserts médicaux, nous les avons déjà abordées succinctement dans notre contexte (cf supra). Cependant il nous semble pertinent de considérer le phénomène de la désertification médicale comme un fait sujet à étude, à critique et possiblement réversible. A l'inverse le présenter

comme une fatalité court-circuite la réflexion, et contribue à faire de la télé médecine une des seules réponses possibles.

c) La notion de « tri »

Considérer le « tri » comme une conséquence de la désertification médicale n'est pas non plus évident. Nous l'avons vu, un dermatologue a mentionné que sélectionner les patients est inhérent à l'activité spécialisée. La dermatologie n'est pas une spécialité en accès direct spécifique, c'est-à-dire que le législateur n'a pas considéré qu'elle doive être en accès libre pour les patients. C'est donc au médecin généraliste de sélectionner les patients qui relèvent d'un dermatologue et ceux pouvant être pris en charge en médecine générale. Jusqu'au développement de la télédermatologie, la sélection des patients était donc assurée par les médecins généralistes. Mais alors qu'est ce qui justifie, aux yeux des dermatologues, le tri permis par la télédermatologie ? Pourquoi cette pratique a-t-elle émergé alors que sa fonction était déjà assurée par d'autres professionnels ?

Une première hypothèse est que ce soit le manque de médecins généralistes qui cause le report du tri sur les dermatologues. Puisque l'accès au médecin de famille est difficile, les patients chercheraient directement un avis dermatologique. Cette hypothèse est peu probable dans le sens où toutes les demandes réalisées sur la plateforme d'avis (que ce soit en libéral ou dans le centre hospitalier périphérique) sont rédigées par des professionnels de santé. Les patients ne disposant plus de médecins traitants n'ont donc même pas la possibilité d'être visibles aux yeux des dermatologues sur cette plateforme. Lorsque les dermatologues parlent de « tri » ils parlent de la sélection qu'ils font parmi les demandes faites par les professionnels de santé.

Ce tri supplémentaire, en surplus du tri déjà assurée par les médecins généralistes, est devenu nécessaire de par la raréfaction des dermatologues. Les pathologies qui étaient classiquement prises en charge par les dermatologues ne le sont plus car leurs emplois du temps ne le permettent plus. Ils se concentrent sur les pathologies lourdes ou urgentes. Ce tri est donc un outil de contrôle pour les dermatologues qui gardent ainsi la maîtrise de leurs consultations. La téléexpertise leur permet de visualiser les besoins du territoire et d'y faire face selon leurs capacités, soit en conseillant les professionnels de premier recours, soit en prenant eux-mêmes le patient en charge.

d) Une solution au désert médical ?

C'est un des enjeux majeurs de la problématique de la télémédecine, et notamment de la télédermatologie. Peut-on compenser un manque de médecins par une meilleure optimisation de leur travail, de leur planning de consultations ?

Les dermatologues ont indiqué que la télédermatologie permettait d'optimiser le temps médical en sélectionnant les patients relevant réellement d'une expertise dermatologique. Cependant des dermatologues ont exprimé qu'il s'agissait là d'un service « en plus » (E1, E7) fourni à la population, mais que le gain de temps médical restait encore à prouver. Par ailleurs le gain de temps est nettement moins évident pour la téléconsultation qui ajoute un surplus de travail technique à la consultation classique. La télédermatologie ne répond donc pas à la problématique du désert médical en dégageant du temps médical. Elle le fait en focalisant le temps médical sur les patients le nécessitant le plus, via un tri qui représente un surplus de travail pour le dermatologue. En cela elle paraît répondre à la problématique d'accès aux soins liée à la désertification médicale. Elle y répond aussi en permettant à des professionnels de santé isolés de recevoir des avis spécialisés sur leurs patients.

Cependant ces nouveaux services ne sont pas neutres, tant du point de vue du médecin, que du point de vue du patient. Il importe de mentionner un certain nombre de limites propres à la télédermatologie pour sortir de l'analogie avec la consultation présenteielle et de l'idée selon laquelle la télémédecine est une solution clé en main pour les déserts médicaux.

C. Limites de la télédermatologie et solutions proposées

a. Rapport au temps : une pratique à l'image d'une accélération sociétale

Beaucoup de dermatologues interrogés ont abordé les notions de manque de temps, d'accélération de leurs pratiques au cours de nos entretiens. Dans son livre Accélération et Aliénation (106), Harmut Rosa décrit que l'accélération est l'un des phénomènes les plus représentatifs et les plus influents des sociétés modernes. Il définit ce terme comme étant un phénomène global de contraction du présent. Le présent est vu comme un intervalle de temps où les repères de l'individu sont stables, par exemple son travail ou sa situation familiale. Quand plusieurs générations faisaient le même travail il y a 150 ans, la mode est désormais d'en expérimenter plusieurs au cours de sa vie professionnelle (p22). Il décrit ce même phénomène dans de nombreux champs. En modifiant profondément leurs pratiques, la

télédermatologie oblige les dermatologues à se réinventer, bousculant leurs repères. Elle modifie les pratiques dermatologiques alors même que les thérapeutiques ont profondément changé dans un intervalle de temps restreint. Ces modifications rapides sont symptomatiques de l'accélération sociétale.

Elle est aussi symptomatique car elle répond à un besoin d'immédiateté, de la part des patients, comme des professionnels. Si nous avons montré que les délais de consultation étaient inadaptés par rapport à la prise en charge des lésions suspectes de mélanome, il y a un certain nombre de pathologies en dermatologie qui ne nécessitent pas une prise en charge urgente. Les patients sont néanmoins demandeurs de réponses rapides, comme le décrivait un des dermatologues : « *Et puis les gens sont assez exigeants des fois, ils veulent la réponse tout de suite.* » E6p3

En proposant une solution technique à ce besoin d'immédiateté, la télédermatologie permet l'accélération de la pratique médicale.

Harmut Rosa s'interroge aussi sur la notion de famine temporelle (p29). La technique nous a permis de tout accélérer, logiquement cette accélération de nos tâches devrait nous dégager du temps disponible. Pourtant nous avons le sentiment d'être en manque de temps en permanence. Il explique ce paradoxe en indiquant que la technique nous a permis d'accélérer mais qu'au lieu de rester avec le même nombre de tâches à accomplir, nous avons comblé ce temps en faisant de plus en plus de choses. Par exemple la voiture nous aurait fait gagner du temps si nous avions continué à aller uniquement au village le plus proche, au lieu de cela nous faisons de plus en plus de distance. De la même manière les dermatologues n'étaient pas persuadés que la télédermatologie allait libérer du temps médical. Ce processus accélère le travail médical et pourrait donc potentiellement libérer du temps médical. Mais la télédermatologie amène aussi une charge de travail, qui devient de plus en plus lourde au fur et à mesure que cette pratique se développe. A ce jour il n'est pas évident que le ratio entre le gain de temps et le surplus de travail soit en faveur du gain de temps. D'autant plus que la télédermatologie permet une pratique asynchrone, et peut donc s'effectuer depuis le domicile du praticien. En brouillant les repères du travail, elle est susceptible de coloniser des espaces privés jusque-là, comme en témoignent certains praticiens (107).

Rosa décrit ce phénomène dans de nombreux domaines indiquant que le taux de croissance dépasse le taux d'accélération, aboutissant globalement à une raréfaction du temps libre.

Enfin la télédermatologie suppose une mise en réseau des intervenants, et donc une synchronisation des rythmes de chacun. Si le médecin généraliste a envoyé le cliché d'un patient le mardi il espère recevoir une réponse dans la semaine. Auparavant, quand il adressait un patient, il n'espérait pas une réponse aussi rapide. De la même manière quand le dermatologue demande des informations au professionnel requérant, il espère les recevoir rapidement. Cette synchronisation du rythme impose le rythme accéléré de la télédermatologie à l'ensemble des professionnels. Elle l'impose aussi aux patients, en leur proposant des délais de consultation optimisés selon leur lésion, potentiellement plus courts ou plus longs que ce qu'ils avaient imaginé.

b. Rapport au patient : une pratique objectivante

Il est difficile de synthétiser un rapport au patient en télédermatologie tant ce terme regroupe un nombre important de pratiques. Nous avons donc différencié la téléconsultation et la téléexpertise, même si ces pratiques possèdent des points communs.

o En téléexpertise

Lorsque l'on évalue un patient, via une image de sa lésion en téléexpertise, la représentation que l'on a de lui évolue. Axel Honneth indique qu'une interaction humaine traditionnelle est basée sur la reconnaissance, c'est-à-dire la perception de l'autre comme sujet, capable d'exister autant que moi-même, et le ressenti que j'éprouve face à cela. Lorsque l'on oublie cette *reconnaissance*, on parle alors de réification (du latin *res* : la chose), qui peut se résumer par une sorte d'anesthésie affective (108). On perçoit l'autre comme capable d'éprouver des émotions mais on ne se sent pas concerné par elles.

Dans le cas de la téléexpertise on saurait qu'il y a un patient derrière la lésion que l'on examine, mais on ne percevrait pas la subjectivité de celui-ci. De nombreux dermatologues ont exprimé ce caractère objectivant et partiel de la pratique. Par la distance, sa centralité sur la lésion cutanée, la téléexpertise favorise donc, à notre sens, une réification du patient. Par ailleurs cette réification pourrait être favorisée par la routine et la répétition des actes de téléexpertise qui gênent la création d'une empathie pour le patient. (109). Ces derniers facteurs n'ont cependant pas été exprimés par les dermatologues

- En téléconsultation

Un des reproches majeurs que les dermatologues ont fait à la téléconsultation est la séparation entre l'atmosphère émotionnelle du patient et celle du médecin. Autrement dit le ressenti peut être très différent d'un côté et de l'autre de l'écran. Le dermatologue peut essayer de montrer qu'il est rassurant sans y parvenir, le patient peut avoir peur sans que le médecin ne le perçoive. Cette différenciation des contextes favorise une prise en charge utilitaire, uniquement centrée sur le problème biomédical. La présence est définie comme le fait d'exister dans un lieu donné (110), le verbe *exister* étant lui-même défini comme le fait d'être dans la réalité, au monde (111). La présence est donc le fait d'être dans la réalité dans un lieu donné, c'est obligatoirement immédiat et total. On ne peut pas avoir de présence partielle. La téléconsultation remplace la présence du médecin par une expertise en temps direct, et un échange d'informations avec le patient. En amputant les ressentis, d'un côté comme de l'autre de l'écran, elle gêne l'installation de l'empathie et favorise la réification du patient.

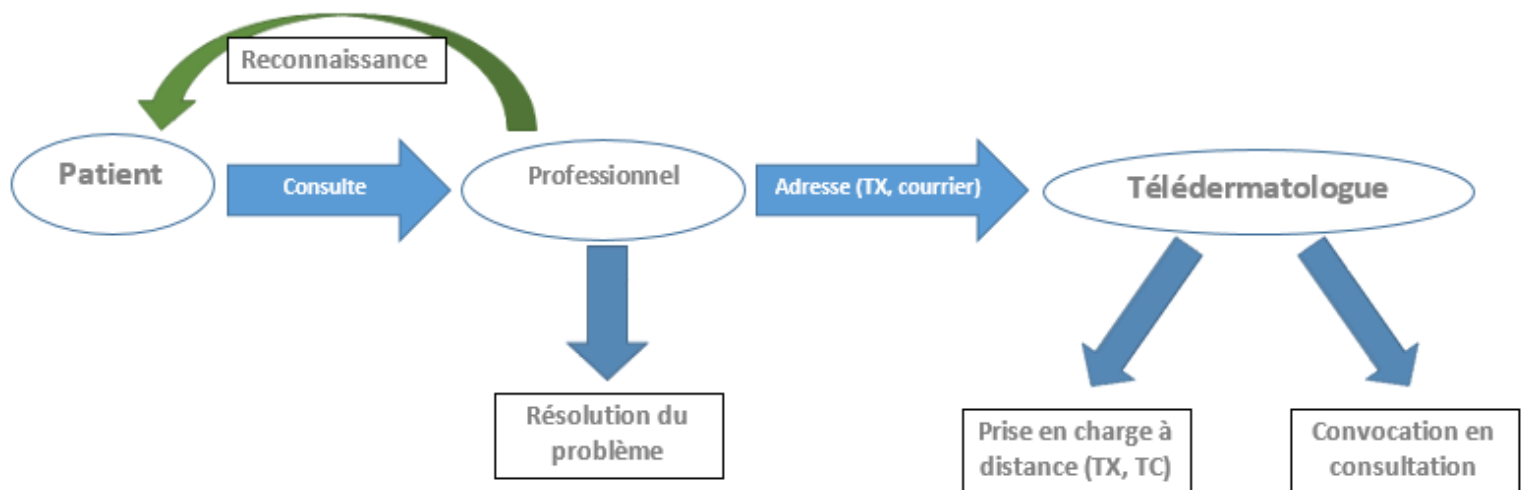
Certes la médecine moderne implique une part d'objectivation du patient afin de pouvoir raisonner sur lui, comme nous l'avons montré avec Michel Foucault (cf supra). On ne peut pas se contenter d'être présent émotionnellement et de compatir. Cependant la médecine ne peut pas non plus se résumer à une prise en charge objective d'un corps-patient. A elles seules, la téléexpertise comme la téléconsultation permettent difficilement cette *reconnaissance* du patient. Elles favorisent une relation à la maladie au sens de maladie objective (*disease*) plutôt que sur son pendant subjectif (*illness*) (10,56). En cela elles pourraient être le lieu de création d'un nouveau mode de relation à la maladie et au patient, plus technique et plus utilitaire. D'autres travaux seraient nécessaires caractériser celui-ci. Si cette nouveauté était avérée, il serait pertinent d'identifier les structures institutionnelles, comme privées, favorisant cette émergence au détriment de la relation médicale classique. En effet l'ouvrage de Michel Foucault (76) montre que les rapports de pouvoir influencent la conception de la maladie, et il est probable que ce nouveau mode relationnel serait influencé par ceux-ci de la même manière.

- Le respect du parcours de soin : une solution à la réification

Dans le parcours de soin classique, la sélection faite par les professionnels de santé permet une première reconnaissance du patient, via leur consultation présenteielle. Cette

consultation amène une réelle présence médicale, le patient peut exposer sa plainte et se faire examiner en présentiel. Ensuite, si nécessaire, ils adressent le patient, via un courrier, ou via la téléexpertise en tenant compte de l'ensemble de la situation clinique. Cette consultation, et la reconnaissance du patient qu'elle permet, procure d'autres éléments que les seules données cliniques. Ainsi le médecin généraliste ou de l'infirmier prend probablement en compte d'autres facteurs, comme la situation familiale (présence d'aidants, etc...) ou l'angoisse du patient. Cette prise en compte vient du fait que le professionnel considère le sujet malade dans sa globalité, via le processus de reconnaissance.

Il s'agit ensuite de faire en sorte que le support de l'adressage (courrier, demande de téléexpertise) soit le plus ouvert possible pour que le médecin requérant puisse transmettre au mieux ce qu'il a perçu. Le dermatologue requis examine la lésion/ la description dans le courrier ainsi que les autres éléments mentionnés, et décide s'il peut prendre en charge le patient à distance ou le convoquer. (cf figure 4).



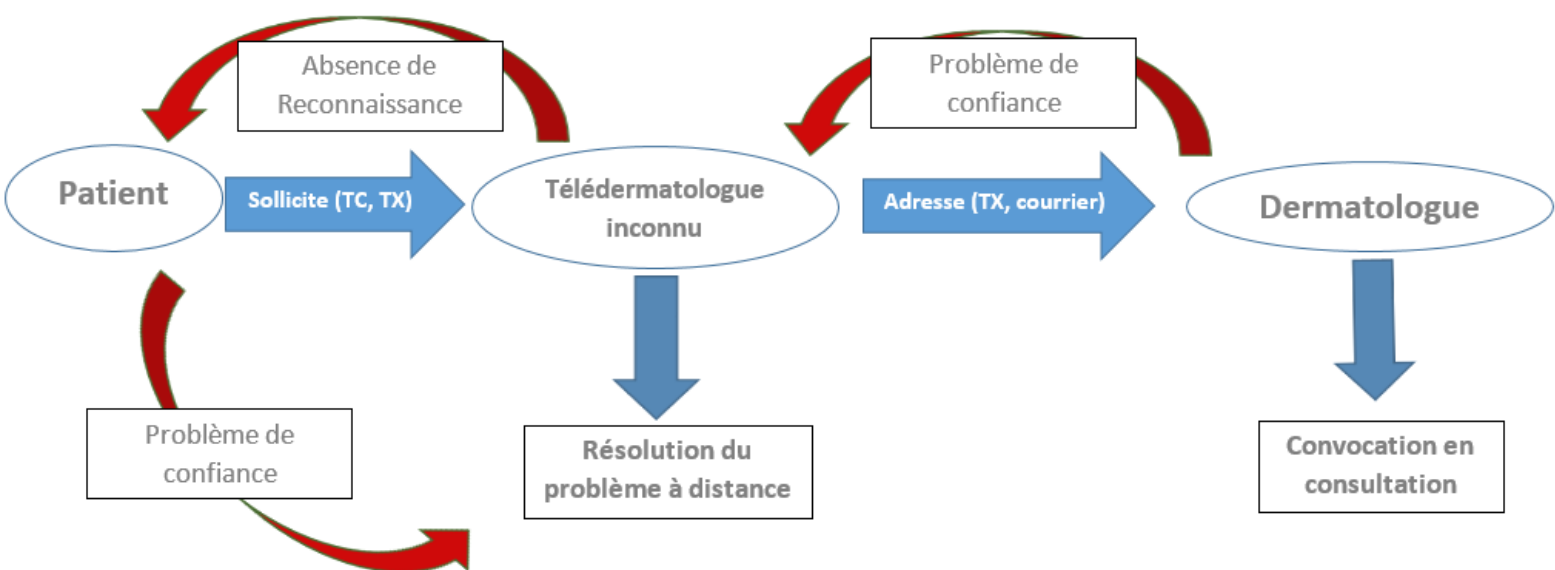
TX : téléexpertise TC : téléconsultation

Figure 4 : Parcours de soin avec consultation présentielle initiale

Ainsi pour éviter l'écueil de la réification, il faut *reconnaître* le patient au cours de sa prise en charge. Un premier contact avec un professionnel de santé permet cela, c'est l'une des conclusions des entretiens sur lesquels repose notre étude. Pour humaniser la télédermatologie il faut lui laisser son qualificatif de *moyen*, à l'inverse d'une vision de substitution de la médecine conventionnelle. Après un premier contact avec un professionnel, le médecin requis décide si la prise en charge à distance est possible, mais au moins le patient

aura été rencontré en présentiel. Cela rejoint l'analyse de Malone (112) qui indique que la proximité physique est initialement nécessaire pour créer une proximité narrative. Autrement dit un premier contact présentiel permet de connaître le patient, et favorise ensuite la contextualisation de ses paroles. Cette contextualisation est importante pour permettre un éventuel suivi à distance par la suite.

A l'opposé de cette vision de la télédermatologie comme moyen de communication entre professionnels connus, elle est actuellement accessible directement aux patients sur des plateformes en ligne (113). Il faut néanmoins noter que cet accès direct est considéré comme en dehors du parcours de soin, et n'est donc pas remboursé. Cette procédure pose des problèmes de *reconnaissance* du patient ainsi que des problèmes de confiance, du patient vers le professionnel et des professionnels entre eux comme nous le verrons. (cf Figure 5)



TX : téléexpertise TC : téléconsultation

Figure 5 : Parcours de soin avec télémédecine initiale

Ces plateformes en ligne posent de nombreux problèmes au-delà de la relation de soins, que ce soit en termes d'obligations déontologiques ou de rupture concurrentielle dans l'organisation des soins. Raisons pour lesquelles le conseil national de l'ordre des médecins a émis de nombreuses mises en garde à ce sujet, qu'il dénomme le « risque d'ubérisation des prestations médicales» (114).

c. Rapports interprofessionnels : la nécessité de la confiance

Au-delà de la modification de la relation au patient inhérente à la télédermatologie, il y a aussi un risque de modification des relations interprofessionnelles. En effet, comme il est impossible de réaliser des actes physiques par télédermatologie, un télédermatologue devra souvent réorienter vers un dermatologue pour faire une biopsie ou une exérèse. (*cf Figure 5*)

Un dermatologue (E3), a longuement décrit le fait qu'il serait moins à l'écoute des avis donnés par des correspondants inconnus. Ne sachant pas de qui il s'agit, ne connaissant pas leurs habitudes, il ne sait pas comment se situer par rapport à leur demande. Il indiquait de plus une certaine forme de facilité à statuer à distance du patient sans assumer la prise en charge par la suite. Nous pourrions ajouter que la confiance du patient dans un professionnel à distance, qu'il n'a jamais vu, reste à construire. Si nous avons montré que la perception du patient, notamment sa *reconnaissance* était modifiées, l'adhésion du patient à la décision prise l'est probablement aussi. Il serait pertinent d'interroger des patients sur la confiance qu'ils accordent aux professionnels inconnus statuant sur leur lésion cutanée.

Pour reconstruire la confiance plusieurs pistes existent, et notamment celle du parcours de soins. Lorsque l'on consulte son médecin généraliste, et que celui-ci nous adresse à un dermatologue qu'il connaît, même si l'adressage se fait par téléexpertise, la confiance que nous avons dans notre médecin généraliste déborde sur le dermatologue. Celui-ci est vu comme le prolongement du soin proposé par le médecin généraliste : la confiance se diffuse. Ensuite l'accès facile au médecin généraliste permet un retour rapide au dermatologue qui apparaît accessible de cette manière. Ce parcours de soins coordonné n'est possible que si les professionnels se connaissent entre eux. Cette nécessité de connaître ses correspondants est aussi retrouvée dans les études qualitatives auprès des médecins généralistes (61) (62).

Une autre piste est celle des labels de qualité, qu'une autorité pourrait délivrer aux praticiens faisant de la télédermatologie selon certains critères. On pourrait ainsi prendre en compte le délai de réponse, la qualification des professionnels, la possibilité de rendez-vous présentiel en aval, etc... Cette piste est probablement plus simple à mettre en place à une échelle nationale, mais elle uniformise la prise en charge, au risque d'être en tension avec des organisations régionales déjà en place. Si cette piste mérite d'être explorée elle ne doit pas, à notre sens, empêcher le développement du réseau local. Aucun label de qualité ne pourra adapter la prise en charge du patient aux ressources locales. Autrement dit un service de télédermatologie « hors sol », en dehors du territoire des patients, même de qualité, a un

risque important de donner des avis « inutiles » car non adaptés aux ressources locales. Tout cela nous amène à penser que la télédermatologie doit avant tout se développer à un niveau local, dans un réseau de professionnels identifiés.

Un des problèmes de cette vision est le manque de professionnels, notamment dans certains territoires comme nous l'avons montré. Une piste pour y faire face est d'élargir les compétences des infirmiers pour les associer à la prise en charge. Cette piste a été évoquée par de nombreux dermatologues, notamment sur des pathologies comme les plaies chroniques, où certains disposent déjà de diplômes reconnus en la matière. En cela le nouveau rôle des infirmiers de pratique avancée (I.P.A.) semble adapté. Ces infirmiers pourraient rencontrer une première fois le patient, faire le point sur la situation et par la suite décréter si cela relève de leur compétence ou non. Si oui, le suivi ultérieur pourrait se faire en télédermatologie. Si non, la réorientation vers le professionnel compétent pourrait là aussi se faire en télédermatologie, mais il y aurait eu une première rencontre au préalable. Ces infirmiers seraient identifiés dans un réseau local, dégageant du temps médical et permettant au patient des prises en charge plus rapides. Cette piste est intéressante car le temps de formation, puis le coût de fonctionnement d'une structure infirmière sont moindres que ceux d'un cabinet de médecine générale. D'autres explorations seraient néanmoins nécessaires pour explorer l'impact de l'implantation de telles structures. Le médecin généraliste est en effet tout à fait apte à prendre en charge des pathologies dermatologiques de base, et ces consultations sont souvent l'occasion d'aborder d'autres sujets, dans l'optique de prise en charge globale de la médecine générale. Cloisonner la dermatologie à des structures infirmières de premier recours pourrait concurrencer ce mode de fonctionnement.

Que ce soit avec des médecins généralistes ou des infirmiers, la télédermatologie, une fois inscrite dans un réseau de soins, aura alors toute sa place pour accélérer les échanges entre professionnels, limiter les déplacements des patients fragiles ou organiser des suivis de pathologies stables. Ce réseau de télédermatologie permet la confiance des patients et l'engagement des professionnels dans un dispositif efficace.

d. conclusion sur les limites de la télédermatologie

Les dermatologues ont précisé de nombreuses limites dans l'exercice de la télédermatologie, une accélération de leurs pratiques, une relation objectivant le patient, une modification de l'exercice médical et un risque de perte de confiance entre les professionnels.

Ces caractéristiques nous paraissent suffisantes pour affirmer que la télédermatologie est une pratique différente de la dermatologie. Si elles partagent des points communs, notamment un socle de connaissance, leurs modalités d'exercice font qu'elles nécessitent chacune d'être reconnue dans leur spécificité.

D. Perspectives : Mise en parallèle de la télédermatologie et de l'intelligence artificielle

La télémédecine est une pratique associée au numérique, de la même manière que l'intelligence artificielle. D'ailleurs la société Française de télémédecine a changé de nom (suite à sa fusion avec l'association FormaticSanté) en 2019 pour devenir la Société française de santé digitale (SFS). Cette dernière vise à « aller plus loin encore et englober l'intelligence artificielle dans toutes ses dimensions ainsi que le télé soin et la télémédecine dans tous leurs champs » pour « accompagner le virage numérique de la santé digitale » (115). On note donc une volonté de regrouper sous une même association la promotion de l'intelligence artificielle et de la télémédecine. En effet ces pratiques ont des points communs.

Tout d'abord elles se basent sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et permettent une mise à distance voire une assistance du soignant. Elles sont associées, dans notre imaginaire, à une efficacité et une rapidité plus importante qu'avec les méthodes classiques du soin.

En tant que techniques elles possèdent les points communs inhérents aux processus techniques. Comme nous l'avons évoqué dans notre première partie, toute innovation technique, de par la possibilité qu'elle crée, amène une forme d'obligation d'usage. Si jamais on en refuse l'usage, alors on se doit de justifier ce refus. C'est déjà le cas avec la télédermatologie, comme le montrait un dermatologue, un médecin généraliste maîtrisant les outils de télédermatologie aura du mal à admettre que son dermatologue correspondant ne sache pas s'en servir. Le travail en réseau implique que l'on travaille avec des outils communs. Peu à peu, cette pratique s'impose comme une manière unique de fonctionner car plus rapide et plus simple, dans la plupart des cas, que le courrier d'adressage classique. A noter que ce développement est à la fois souhaité par les dermatologues et les médecins généralistes, qui y trouvent des arguments chacun de leur côté.

Un autre point commun est le caractère objectivant de ces pratiques. Nous l'avons montré, la télédermatologie s'intéresse avant tout à une lésion cutanée, négligeant le reste de

l'examen clinique et la dimension subjective du patient. On retrouve les mêmes remarques à l'encontre de l'intelligence artificielle, comme l'indique dans son livre (116) Éric Sadin :

« L'intelligence artificielle ne fait que réduire certains éléments du réel à des codes binaires tout en se trouvant exclu d'une infinité de dimensions saisies par notre sensibilité qui échappent au principe d'une modélisation mathématique. »

Il poursuit sur le fait que cette « réduction du réel » permet l'avènement d'une vérité supérieure, qui ne pourra plus être remise en cause car vérifiée statistiquement. Pourtant cette vérité apparente ne sera que le reflet de ce réel résumé, et non du réel dans son ensemble. Il prédit un « conflit des rationalités » entre une volonté de maîtrise, de vérité supérieure et une acceptation de la contingence et de la complexité de la vie.

Si nous dérégulons les processus de télémedecine, comme c'est notamment le cas avec les plateformes de télémedecine en accès direct, alors nous acceptons un début d'objectivation des patients. En effet une téléconsultation sans connaître au préalable le patient amène presque obligatoirement une réduction du contexte, que ce soit du côté du médecin ou du patient. Cette réduction aboutit à un échange centré sur la maladie (*disease*), sans prise en compte (consciente ou non) des autres éléments présents dans une consultation classique. On peut citer l'environnement, l'interaction avec les proches, l'habillement, etc... Cette réduction du réel fait étrangement écho à la réduction qu'évoque Eric Sadin dans son ouvrage (116). A notre sens, accepter une télémedecine dérégulée, sous prétexte de plus grande efficacité, appelle à un remplacement de celle-ci par des procédés d'intelligence artificielle à moyen terme. Ils seront plus efficaces et plus rapides que les télédermatologues qui se contentent de statuer sur une lésion isolée. Ces algorithmes les remplaceront donc pour les mêmes raisons que ceux-ci ont remplacé la consultation présenteielle.

E. Synthèse de la discussion

La télédermatologie est une réponse à la pénurie de dermatologues, car elle permet d'optimiser le temps médical dermatologique pour le réserver aux patients le nécessitant le plus. Nous soulignons néanmoins la nécessité de voir les déserts médicaux comme un fait construit, potentiellement réversible. Disposer d'une démographie médicale satisfaisante est un travail long, et la télémedecine ne doit pas freiner ce chantier en étant présentée comme une Panacée. En effet certains auteurs indiquent que la télémedecine, en permettant d'exercer depuis le lieu de son choix, pourrait freiner l'installation présenteielle dans les zones sous denses (52).

De par les possibilités qu'elle ouvre, la télédermatologie accélère les prises en charge et les travaux des professionnels. Elle s'inscrit dans l'accélération sociétale et y concourt par elle-même. La télédermatologie, que ce soit en téléconsultation ou téléexpertise, présente un caractère réducteur au niveau diagnostique, thérapeutique et de la relation au patient. Ainsi, si le dermatologue ne rencontre pas le patient, il est nécessaire que celui-ci soit entendu par un professionnel dans le cadre du parcours de soin. Cette rencontre permettra une expression libre de sa plainte, et une reconnaissance de sa qualité de sujet. Cette rencontre avec un professionnel maintient une appréciation globale du patient, compensant le caractère objectivant de la télédermatologie.

Ce caractère objectivant est aussi décrit dans les processus d'intelligence artificielle. Ce qui nous laisse penser que si nous acceptons une télédermatologie en accès direct, c'est-à-dire si nous acceptons que la complexité d'une situation soit réduite au champ de la caméra, alors nous risquons une substitution de cette pratique par des procédés d'intelligence artificielle.

A l'inverse d'une télédermatologie concurrente de la dermatologie présente, nous appelons donc à reconnaître la télédermatologie comme une pratique nouvelle, complémentaire de l'autre. En cela il est nécessaire de définir ses indications et des recommandations spécifiques. Une des pistes est de développer une télédermatologie de proximité, en réseau, qui construit une confiance des usagers et des professionnels tout en optimisant le parcours de soin.

Conclusion

L'étude de la littérature nous a montré que la télémédecine était une pratique nouvelle, qui soulevait un nombre important de questionnements. Ces interrogations sont liées aux modifications des repères traditionnels du soin. Ces repères sont parfois formalisés (code de déontologie, textes législatifs,...), parfois non comme pour l'appréciation spatiale de l'offre de soins ou la relation de soin. Ils sont néanmoins tous impactés. Cet impact est encore difficile à évaluer car la télémédecine est une pratique récente, en pleine expansion, qui n'a probablement pas encore révélé toutes ses potentialités. Certains auteurs indiquent néanmoins que les modifications visibles, et celles prévisibles, suffisent pour la considérer comme une pratique médicale autre.

Cette altérité ayant été peu étudiée en dermatologie, nous l'avons explorée en interrogeant des dermatologues pratiquant régulièrement la télédermatologie. Ils ont confirmé cette singularité en indiquant des différences notables entre la pratique conventionnelle et la télédermatologie. Ces différences sont très diverses, certaines sont perçues positivement comme l'optimisation du temps médical, d'autres négativement comme la frustration diagnostique et thérapeutique liée à la distance. En téléconsultation, la relation de soin est transformée avec une artificialisation de l'échange et une centralité de celle-ci sur le problème biomédical. Elle l'est aussi en téléexpertise avec un risque important de réification du patient.

Tenant compte de cette altérité les dermatologues ont émis des recommandations pour articuler les deux pratiques que sont la dermatologie et la télédermatologie. La première recommandation appelle au maintien de la télédermatologie dans un réseau de soin identifié afin de maintenir une confiance entre les professionnels. Cette confiance des professionnels dans le dispositif serait une des conditions pour que les patients adhèrent durablement à celui-ci. Ce maintien de la télédermatologie à un niveau local assure aussi que le dispositif soit bien adapté aux ressources locales, à l'inverse d'une médecine à distance déconnectée de la réalité du territoire. Ce réseau local permet au patient de rencontrer en présentiel les professionnels de premier recours (infirmiers ou médecins), afin d'exprimer de manière ouverte sa plainte et d'avoir un examen clinique générale. Cette première rencontre compenserait le caractère objectivant et partiel de la télédermatologie. En donnant accès à une expertise dermatologique rapide, la télédermatologie permet le maintien et le développement d'un réseau de soins primaires qui est alors moins isolé. A notre sens, c'est en tant que support de communication

entre professionnels que la télédermatologie semble la plus intéressante. Son utilisation en accès direct, c'est-à-dire sans rencontre préalable d'un professionnel, est plus complexe et expose à un risque de réification du patient.

L'enjeu pour les dermatologues est de définir ce qu'il est possible de faire en télédermatologie et ce qui ne l'est pas. Parmi les sollicitations certaines seront possibles à prendre en charge à distance, d'autres non. Cette répartition n'est pas encore définie, et il y a urgence à le faire tant la pratique se développe. Cette réflexion sur la possibilité des soins à distance, c'est-à-dire avec une relation de soin objectivante et partielle, pourrait éclairer la future place que l'on laissera à l'intelligence artificielle.

A l'opposé d'une vision concurrentielle avec la pratique classique, la télédermatologie nécessite d'être vue comme une pratique différente, disposant de nombreux atouts pour compléter et renforcer l'offre de soins actuelle. Elle n'est pas une menace pour la reconnaissance de la subjectivité si elle est vue comme un moyen de communication, d'organisation et non comme une substitution du présentiel. La virtualité inhérente au processus est cependant réductrice, ce qui impose de définir son champ d'application avec précision et de maintenir une présence humaine dans le parcours de soin.

Bibliographie

1. Commission Paritaire Nationale Médecins, 11 Décembre 2019 [Internet]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/CPN_medecin_11_decembre_Telemedecine.pdf
2. Bilan à 6 mois de la télémédecine, Assurance maladie, Communiqué de presse, 26 mars 2019.
3. Journal officiel de la République française - N° 183 du 10 août 2018.
4. La crise liée au coronavirus consacre la télémédecine. Le Monde.fr [Internet]. 3 mai 2020 [cité 13 mai 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/05/03/la-crise-liee-au-coronavirus-consacre-la-telemedecine_6038519_3234.html
5. Slate.fr. Télémédecine, la solution aux déserts médicaux? [Internet]. Slate.fr. 2018 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/sante/besoins-en-sante/episode-1/telemedecine-solution-desert-medicaux>
6. DGOS. La télémédecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
7. La Creuse manque de spécialistes [Internet]. France 3 Nouvelle-Aquitaine. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/creuse/creuse-manque-specialistes-1778419.html>
8. Atlas de la démographie médicale, Conseil national de l'ordre des médecins, 2018.
9. Remillieux M. La télémédecine: une application de choix pour la dermatologie [Internet]. Elsevier Connect. 2017 [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/dermatologie/la-telemedecine-une-application-de-choix-pour-la-dermatologie>
10. Oudshoorn N. Physical and digital proximity: emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients. *Sociol Health Illn.* avr 2009;31(3):390-405.
11. Parizel É, Marrel P, Wallstein R. La télémédecine en questions. *Etudes.* 5 nov 2013;Tome 419(11):461-72.
12. Barra E. Les couleurs du Corpus Hippocraticum. *Corps.* 2007;n° 3(2):25-32.
13. Wallach D. Une approche historique de la pensée dermatologique. *Rev Francaise Psychosom.* 1 oct 2006;no 29(1):133-46.
14. Zweig, S. *Le monde d'hier.* Librairie générale française; 1996. 512 p.
15. La demographie medicale a l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et regionales. *J Pédiatrie Puériculture.* juill 2009;22(4-5):245-53.
16. DREES. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. oct 2018;(1085).

17. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome, Recommandation en santé publique, HAS rapport d'évaluation, Service évaluation médico-économique et santé publique Octobre 2006.
18. Bouet DP. Atlas de la démographie médicale en France, profils comparés 2007-2017 - les territoires au coeur de la réflexion. Conseil national de l'ordre des médecins. 2017;323.
19. Livre blanc - les défis de la dermatologie en France, Société Française de dermatologie, 2017, page 50-55.
20. Dictionnaire Wikipédia-consulté le 16-03-2020 à l'adresse : <https://fr.wiktionary.org/wiki/télé->.
21. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 78. 2009-879 juill 21, 2009.
22. Coates SJ, Kvedar J, Granstein RD. Tele dermatology: From historical perspective to emerging techniques of the modern era: Part I: History, rationale, and current practice. J Am Acad Dermatol. 1 avr 2015;72(4):563-74.
23. Health On the Net (HON): Telemedicine has now come of age [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.hon.ch/Library/papers/debakey.html>
24. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.
25. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. 2017;45(4):297-330.
26. La téléconsultation [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/telemedecine/teleconsultation>
27. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19. 2020-227 mars 9, 2020.
28. La télédermatologie encore réalisée hors cadre et peu rémunérée par l'assurance maladie (SFD) [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.ticsante.com/story/4953/la-telemedecine-encore-realisee-hors-cadre-et-peu-remuneree-par-l-assurance-maladie-\(sfd\).html](https://www.ticsante.com/story/4953/la-telemedecine-encore-realisee-hors-cadre-et-peu-remuneree-par-l-assurance-maladie-(sfd).html)
29. Agence française de la santé numérique. Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine. 2019.
30. Kane CK, Gillis K. The Use Of Telemedicine By Physicians: Still The Exception Rather Than The Rule. Health Aff Proj Hope. 2018;37(12):1923-30.
31. Chuchvara N, Patel R, Srivastava R, Reilly C, Rao BK. The growth of tele dermatology: Expanding to reach the underserved. J Am Acad Dermatol. avr 2020;82(4):1025-33.
32. Fact sheet : telehealth, 2019 American Hospital Association, Février 2019.
33. Augsburg ML. Telemedicine and Telehealth. Dennis Barrys Reimburse Advis. févr 2018;33(6):3-8.

34. 2019 State of the States Report: Coverage and Reimbursement [Internet]. ATA. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.americantelemed.org/initiatives/2019-state-of-the-states-report-coverage-and-reimbursement/>
35. Baltzare.fr. Actualité des dermatologues : La Corse, une longueur d'avance en Télédermatologie [Internet]. Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues. 2015 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.syndicatdermatos.org/corse-longueur-davance-en-teledermatologie/>
36. Haute autorité de santé. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Note de cadrage; 2011.
37. Solutions de télémédecine pour les entreprises [Internet]. H4D. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.h4d.com/entreprises/>
38. Campagna M, Naka F, Lu J. Teledermatology: An updated overview of clinical applications and reimbursement policies. *Int J Womens Dermatol*. 1 sept 2017;3(3):176-9.
39. Simon P., Acker D. Ministère de la Santé et des Sports Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins Rapport La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. 2008.
40. La situation économique et financière des hôpitaux publics, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (DREES), 2015.
41. Rat C, Quereux G, Grimault C, Gaultier A, Khammari A, Dreno B, et al. Melanoma incidence and patient compliance in a targeted melanoma screening intervention. One-year follow-up in a large French cohort of high-risk patients. *Eur J Gen Pract*. 3 avr 2015;21(2):1-7.
42. Virtual Visit Doctors and Psychologists [Internet]. Doctor On Demand. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.doctorondemand.com/>
43. Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2670322/fr/experimentations-relatives-a-la-prise-en-charge-par-telemedecine
44. Ray KN, Shi Z, Gidengil CA, Poon SJ, Uscher-Pines L, Mehrotra A. Antibiotic Prescribing During Pediatric Direct-to-Consumer Telemedicine Visits. *Pediatrics*. 2019;143(5).
45. Martinez KA, Rood M, Jhangiani N, Boissy A, Rothberg MB. Antibiotic Prescribing for Respiratory Tract Infections and Encounter Length: An Observational Study of Telemedicine. *Ann Intern Med*. 19 févr 2019;170(4):275.
46. Dicom G. Une menace sanitaire et économique [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-antibiotiques-a-l-antibioresistance/article/une-menace-sanitaire-et-economique>
47. Arné J-L. Éthique, jurisprudence et télémédecine. *Bull Académie Natl Médecine*. janv 2014;198(1):119-30.
48. Bauer KA. Home-Based Telemedicine: A Survey of Ethical Issues. *Camb Q Healthc Ethics*. avr 2001;10(2):137-46.

49. Allouche M, Hervé C, Pirnay P. Le nécessaire questionnement éthique autour de la relation de soin en télé médecine bucco-dentaire. médecine/sciences. déc 2017;33(12):1105-9.
50. Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base - Insee Première - 1780 [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>
51. Uscher-Pines L, Mehrotra A. Analysis of Teladoc use seems to indicate expanded access to care for patients without prior connection to a provider. Health Aff Proj Hope. févr 2014;33(2):258-64.
52. Béranger J, Le Coz P. Les enjeux et les bonnes pratiques éthiques en télé radiologie. Éthique Santé. 1 juin 2013;10(2):109-14.
53. Milcent C, Rochut J. Tarification hospitalière et pratique médicale. Rev Econ. 30 mars 2009;Vol. 60(2):489-506.
54. Angelé-Halgand N, Garrot T. Discipliner par le chiffre : l'hôpital financiarisé au risque de la réification ? Entrep Hist. 8 oct 2015;n° 79(2):41-58.
55. Nicolini D. Medical Innovation as a Process of Translation: a Case from the Field of Telemedicine: Medical Innovation as a Process of Translation. Br J Manag. déc 2010;21(4):1011-26.
56. Mathieu-Fritz A, Gaglio G. À la recherche des configurations sociotechniques de la télé médecine. Reseaux. 12 mars 2018;n° 207(1):27-63.
57. Jacques Ellul ou l'impasse de la technique | Revue du Mauss permanente [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.journaldumauss.net/?Jacques-Ellul-ou-l-impasse-de-la>
58. Lavignotte S. Jacques Ellul : une pensée critique de la technique. Nouv Achimède. 2014;(64):24-5.
59. Habib J, Béjean M, Dumond J-P. Appréhender les transformations organisationnelles de la santé numérique à partir des perceptions des acteurs. Syst Inf Manag. 1 juin 2017;Volume 22(1):39-69.
60. Bili A-B. La place de la télé médecine à domicile dans l'organisation du système de santé en France. 2012;450.
61. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télé médecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 27 oct 2016;Vol. 28(4):487-97.
62. Rogowska K, Bronner C, Duong TA. Télé dermatologie : usage et intérêt des médecins généralistes. Eur Res Telemed Rech Eur En Télé médecine. déc 2015;4(4):138-9.
63. Esterle L, Mathieu-Fritz A, Espinoza P. L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? Rev Francaise Aff Soc. 16 déc 2011;(2):63-79.
64. Modernisation du cabinet : forfait structure [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
65. Gaglio G, Mathieu-Fritz A. Les pratiques médicales et soignantes à distance. Reseaux. 12 mars 2018;n° 207(1):9-24.

66. Tribunal administratif de Grenoble, 21 mai 2010, n° 0600648 (Responsabilité – Hôpital – Télé-expertise) - APHP DAJ [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/tribunal-administratif-de-grenoble-21-mai-2010-n-0600648-responsabilite-hopital-tele-expertise/>
67. Direction générale de l'offre de soins Télémédecine et responsabilités juridiques engagées Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau RH 2 « exercice, déontologie, développement professionnel continu » 18/05/2012.
68. Sullivan WM. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ Can Med Assoc J.* 7 mars 2000;162(5):673-5.
69. Qare - Consultez un médecin généraliste ou spécialiste en vidéo 7 jours / 7 [Internet]. Qare.fr. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.qare.fr/our-doctors>
70. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
71. Hervé C, Mamzer M-F. La consultation médicale à l'épreuve d'une nouvelle humanisation : quelle évolution éthique pour le médecin et son patient ? *Ethics Med Public Health.* 1 avr 2016;2(2):238-45.
72. Kozera EK, Yang A, Murrell DF. Patient and practitioner satisfaction with tele-dermatology including Australia's indigenous population: A systematic review of the literature. *Int J Womens Dermatol.* 1 sept 2016;2(3):70-3.
73. PubMed [Internet]. PubMed. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/>
74. Zolesio E. La relation chirurgien-patient. *Sci Soc Sante.* 2012;Vol. 30(4):75-98.
75. Peneff J. Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert. *Sociol Trav.* 1997;39(3):265-96.
76. Foucault M. Naissance de la clinique. Presses universitaires de France; 1963.
77. Lupton D, Maslen S. Telemedicine and the senses: a review. *Sociol Health Illn.* nov 2017;39(8):1557-71.
78. Hirsch E, Hirsch F. *Traité de bioéthique IV: Les nouveaux territoires de la bioéthique.* Eres; 2018. 557 p.
79. Chuchu N, Dinnes J, Takwoingi Y, Martin RN, Bayliss SE, Davenport C, et al. Teledermatology for diagnosing skin cancer in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 04 2018;12:CD013193.
80. Bruce AF, Mallow JA, Theeke LA. The use of teledermoscopy in the accurate identification of cancerous skin lesions in the adult population: A systematic review. *J Telemed Telecare.* févr 2018;24(2):75-83.
81. Warshaw EM, Hillman YJ, Greer NL, Hagel EM, MacDonald R, Rutks IR, et al. Teledermatology for diagnosis and management of skin conditions: A systematic review. *J Am Acad Dermatol.* avr 2011;64(4):759-772.e21.

82. Menvielle L, Audrain-Pontevia A-F, Menvielle W. The Digitization of Healthcare: New Challenges and Opportunities. Springer; 2017. 476 p.
83. Le médecin : le premier des médicaments essentiels. Plaidoyer pour la médecine clinique et la relation de soin. Rev Médecine Interne. 1 sept 2016;37(9):577-8.
84. de Groof APNA. [‘La médecine c’est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours’; in search of the origins of an aphorism]. Ned Tijdschr Geneesk. 21 déc 2002;146(51):2494-8.
85. Sabesan S, Allen D, Caldwell P, Loh PK, Mozer R, Komesaroff PA, et al. Practical aspects of telehealth: doctor-patient relationship and communication: RACP telehealth. Intern Med J. janv 2014;44(1):101-3.
86. Onor ML, Misan S. The Clinical Interview and the Doctor–Patient Relationship in Telemedicine. Telemed E-Health. févr 2005;11(1):102-5.
87. Conseil consultatif national d’éthique. Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche Avis N°58. 1998.
88. Verspieren P. Malade et médecin, partenaires. Etudes. 2005;Tome 402(1):27-38.
89. Bauer K. Cybermedicine and the moral integrity of the physician–patient relationship. Ethics Inf Technol. 1 juin 2004;6(2):83-91.
90. Voerman SA, Nickel PJ. Sound Trust and the Ethics of Telecare. J Med Philos. févr 2017;42(1):33.
91. Pappas Y, Seale C. The opening phase of telemedicine consultations: An analysis of interaction. Soc Sci Med. 1 avr 2009;68(7):1229-37.
92. Yellowlees P, Richard Chan S, Burke Parish M. The hybrid doctor-patient relationship in the age of technology - Telepsychiatry consultations and the use of virtual space. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. 2015;27(6):476-89.
93. Tourneur-Bagot O. Éthique et téléconsultation, des grands principes à une approche humaniste ancrée dans la pratique. Éthique Santé. 1 sept 2019;16(3):120-4.
94. Måseide P. Body work in respiratory physiological examinations. Sociol Health Illn. 2011;33(2):296-307.
95. ALTÉRITÉ : Définition de ALTÉRITÉ [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/alt%C3%A9rit%C3%A9>
96. Face au coronavirus, l’essor de la télémédecine. Le Monde.fr [Internet]. 30 mars 2020 [cité 31 mars 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/30/face-au-coronavirus-l-essor-de-la-telemedecine_6034961_3224.html
97. Van Campenhoudt L., Marquet J., et Quivy R., Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 5e édition 2017 (1995).
98. Paillé P, Mucchielli A. L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e édition. Armand Colin; 2016.

99. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine - Article 2 | Legifrance [Internet]. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/9/2017-884/jo/article_2
100. En métropole [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>
101. Jullien F. L'écart et l'entre. Ou comment penser l'altérité, halshs-00677232. 2012;10.
102. Observatoire régionale de la santé Pays de la Loire. DÉMOGRAPHIE DES MÉDECINS EN PAYS DE LA LOIRE DERMATOLOGUES. 2018;
103. Vergier N., Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Dossiers de la DREES; 2017.
104. Nationale A. Proposition de loi de M. Olivier Faure, M. Guillaume Garot, M. Stéphane Le Foll, Mme Marie-Noëlle Battistel, Mme Gisèle Biémouret, M. Jean-Louis Bricout, Mme Christine Pires Beaune, Mme Cécile Untermaier, M. Joël Aviragnet et plusieurs de leurs collègues visant à lutter contre la désertification médicale [Internet]. Assemblée nationale. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b0477_proposition-loi
105. Nationale A. Proposition de loi de M. Guillaume Garot et plusieurs de ses collègues contre la désertification médicale et pour la prévention [Internet]. Assemblée nationale. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2354_proposition-loi
106. Rosa H. Aliénation et accélération Vers une théorie critique de la modernité tardive. La découverte; 2010.
107. Plateformes de téléconsultation, des atouts et des limites. La Croix [Internet]. 17 févr 2020 [cité 19 juin 2020]; Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sciences-et-ethique/Plateformes-teleconsultation-atouts-limites-2020-02-17-1201078816>
108. Lazzeri C. Réification et reconnaissance. Une discussion avec Axel Honneth. Rev MAUSS. 16 déc 2011;n° 38(2):259-85.
109. Honneth A. La réification: petit traité de théorie critique. Gallimard, NRF essais. 2007.
110. PRÉSENCE : Définition de PRÉSENCE [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/academie8/pr%C3%A9sence>
111. EXISTER : Définition de EXISTER [Internet]. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/exister>
112. Malone RE. Distal nursing. Soc Sci Med 1982. juin 2003;56(11):2317-26.
113. Téléconsultation dermatologue : obtenir un diagnostic en vidéo [Internet]. Qare. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.qare.fr/sante/teleconsultation/dermatologue/>
114. La Télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales : Rappel des positions du Conseil national de l'Ordre des médecins, Session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 février 2018.

115. Mot du Président de la Société Française de Télémedecine [Internet]. SFSD - site de la Societe Francaise de Sante Digitale. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.sf-telemed.org/qui-sommes-nous.html>
116. Sadin E. L'intelligence artificielle ou l'enjeu du siècle. L'échappée; 2018. 304 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

1. Pouvez-vous vous présenter succinctement, votre parcours, votre mode d'exercice.
2. Dans quel cadre faites-vous de la télédermatologie ? Pouvez-vous décrire comment cela se passe concrètement ?

Relances si besoin :

- Présence de données cliniques ? Quels types de données ?
- Echange verbal avec le patient, ou retour uniquement au requérant ?
- Diagnostic de posé, ou juste délai de consultation ?
- Rémunération ?
- Matériel dédié ?
- Etat de la démographie médicale dans son cadre d'exercice

3. Si vous deviez comparer votre exercice « classique » et la télédermatologie, qu'est-ce que vous diriez ?

Relances si besoin :

- Quels sont les avantages et les inconvénients, voire les risques d'une telle pratique ? (Si non suffisamment abordé)
- Seriez-vous prêt à faire de la télédermatologie à temps plein ? Si non, pourquoi ?
- Comment vivez-vous le fait de n'avoir parfois aucun contact présentiel avec le patient ? Je pense notamment aux cas où vous concluez qu'il n'est pas nécessaire de le voir en consultation.

4. Comment projetez-vous l'avenir de cette pratique ? Avez-vous des préconisations ?
5. Avez-vous des remarques supplémentaires à faire ? Des points que je n'ai pas abordés ?

Annexe 2 : Lettre d'information

INFORMATION AUX SUJETS CONCERNANT LE PROTOCOLE DE RECHERCHE

Madame, Monsieur,

Cette recherche est menée par Edmond Démoulins, et dirigée par la Pr Marie France Mamzer, dans le cadre d'un master 2 en éthique médicale et bioéthique au sein de l'Université Paris Descartes, qui est responsable du traitement des données. Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement dans le cadre du projet de recherche précité.

Votre participation à cette **recherche est entièrement libre et volontaire**, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant Edmond Démoulins au 07 ou par mail à . En cas de retrait de consentement, l'ensemble de vos données collectées dans le cadre de cette étude seront supprimées.

Objectif de la recherche :

La question de cette recherche est la suivante :

En quoi la télémédecine, dans le cadre de la téléexpertise dermatologique, induit-elle, ou non, une modification de la relation médecin-patient ?

Méthodologie de la recherche :

Pour mener cette recherche, je souhaiterais, avec votre accord, réaliser un entretien avec vous, selon vos disponibilités, durant la période qui s'étend de Février à Mars 2020.

Cet entretien se déroulera si possible dans un environnement calme pour favoriser l'échange. Durant l'entretien, je vous poserai des questions en lien avec votre expérience en tant que médecin dans la situation d'intérêt.

De plus, après avoir recueilli votre consentement libre et éclairé, je souhaiterai enregistrer notre entretien grâce à un dictaphone dédié à cette recherche. L'enregistrement, qui ne fera pas état de votre nom et prénom, sera transféré sur ordinateur et chiffré dans un dossier chiffré. Il sera supprimé après sa retranscription.

À la suite de notre entretien, je ferai une retranscription écrite de ce dernier. La retranscription consistera à réécouter notre entretien et à écrire fidèlement nos propos. Le fichier sera pseudonymisé.

Cette retranscription permettra de faire une analyse de son contenu qui consistera à lire notre entretien et de l'analyser pour pouvoir le comparer avec d'autres entretiens. Ce travail d'analyse me permettra de confronter et d'associer les données issues de la littérature scientifique aux données issues de l'analyse des entretiens.

Les données seront ensuite analysées dans le cadre de cette étude qualitative selon le modèle de la théorisation ancrée.

Protection des données à caractère personnel :

Le traitement de vos données à caractère personnel se fera conformément au RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de notre projet de recherche seront collectées et traitées, comme votre âge, sexe, votre parcours professionnel, votre mode d'exercice ainsi que les données de l'entretien.

La base légale du traitement de vos données personnelles repose sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement. Il est rappelé que le participant est libre de retirer ou cesser sa participation à ce projet à tout moment. Ce retrait n'aura aucune conséquence.

Votre identité sera dissimulée à l'aide du numéro de code dans tous les écrits produits sur la base de vos propos (comptes rendus d'entretien, notes d'observation, notes d'analyse échangées entre les chercheurs, publications...). Seul le responsable de la recherche détient la table de correspondance qui permet de faire le lien entre votre identité et le numéro de code attribué dans les différents documents issus de la recherche.

Toutes les données personnelles collectées sont conservées en France.

Les destinataires des données :

Les données personnelles recueillies ne seront consultées que par Edmond Démoulin. Ses directeurs de mémoire : Pr Marie France Mamzer (Université Paris Descartes) et Dr Cédric Rat (Département de médecine générale, Université de Nantes) n'auront accès qu'aux entretiens retranscrits par écrit et pseudonymisés.

Par ailleurs, il est possible que ce travail de recherche, fasse l'objet, dans un second temps, d'une publication sous forme d'article dans une revue internationale pour améliorer la connaissance scientifique sur le sujet étudié. Si tel est le cas, les résultats de la recherche seront diffusés de façon anonyme dans des colloques professionnels et scientifiques, dans des rapports destinés aux autorités, dans des revues professionnelles et académiques.

Durée de conservation des données :

Vos données personnelles sont conservées en base active jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats, ou en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles font ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée de 5 ans après la fin de la recherche.

L'enregistrement vocal des entretiens sera supprimé une fois la retranscription sur un logiciel de traitement de texte réalisée.

Mesures de sécurité techniques et organisationnelles :

Afin de garantir la confidentialité de vos données et éviter leur divulgation, le responsable de la recherche prend toutes les précautions utiles pour préserver la sécurité des données traitées conformément aux bonnes pratiques recommandées par la CNIL. Pour ce faire, les dispositifs suivants ont été mis en place :

- Seules les personnes collaborant à la recherche, désignées par le responsable de la recherche ou par un représentant des autorités administratives compétentes sont autorisés à accéder aux données.
- Les mesures de sécurité, tant physique que logique, suivantes sont prises : Stockage des données audio sur un ordinateur fixe dans un local fermé à clef, protégé par un mot de passé comprenant des caractères alphanumériques, retranscription sur ce même ordinateur puis placement des verbatims dans un dossier chiffré.

Vos droits :

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et ses décrets d'application, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

En cas d'exercice de votre droit d'opposition au traitement, vous pourrez demander l'effacement des données vous concernant déjà collectées. Cependant, vous êtes informé que certaines données préalablement collectées ne pourront être effacées, si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche auprès du responsable de la recherche en vous adressant Edmond Démoulins à l'adresse suivante : . Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais avec un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande.

Vous pouvez contacter également le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Paris à l'adresse postale suivante : DPD, 18 rue de l'Ecole de Médecine 75006 PARIS.

Après nous avoir contactés, si vous estimez que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal. CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (<https://www.cnil.fr>).

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander des informations sur les résultats globaux de la recherche en 2020.

Fait à le

Signature de la personne sollicitée

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement pour la participation à une recherche ...

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement pour la collecte des données vous concernant, dans le cadre de l'étude sur la relation médecin/patient en télédermatologie pilotée par le laboratoire ETREs.

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez :

- qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante,
- qu'on vous a informé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans justification et sans préjudice.

La recherche est déclarée conforme à la méthodologie de référence MR 004 éditée par la CNIL pour Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé (insérer le numéro de la déclaration faite à la CNIL).

Je soussigné(e)(nom et prénom de la personne interrogée) :

- Confirme avoir reçu les informations relatives à la recherche et aux traitements de mes données à caractère personnel (voir note d'information annexée)
- Vous avez lu et compris les renseignements communiqués dans la notice d'information
- Accepte de participer à la recherche d'Edmond Démoulins, étudiant en Master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » au sein de l'Université Paris Descartes, dirigé par Madame Marie France MAMZER.
- Accepte d'être enregistré(e) durant l'entretien et que ce dernier soit retranscrit par écrit dans le respect de la confidentialité
- Accepte que les données sensibles suivantes soient recueillies :

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Nom, prénom et signature du responsable de la recherche :

Fait à, le

Signature du sujet, précédée de la mention : lu et approuvé

Fait à, le

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier.

Annexe 4 : Avis favorable du comité d’Ethique

Par respect du droit d’auteur, les éléments sous droit ont été retirés