



HAL
open science

Prise en charge des pathologies cutanées en médecine générale : le regard des dermatologues

Sophie Perdu-Laplace

► **To cite this version:**

Sophie Perdu-Laplace. Prise en charge des pathologies cutanées en médecine générale : le regard des dermatologues. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00768298

HAL Id: dumas-00768298

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768298v1>

Submitted on 21 Dec 2012

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

N°

**THESE POUR LE DOCTORAT EN
MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

PERDU-LAPLACE Sophie

Née le 25 mai 1984 à Bois-Guillaume

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 DECEMBRE 2012

**PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES
CUTANEEES EN MEDECINE GENERALE :
LE REGARD DES DERMATOLOGUES**

Président de Jury : Monsieur le Professeur Jean-Louis Hermil

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Matthieu Schuers

Membres du jury : Madame le Professeur Véronique Merle

Monsieur le Professeur Alain Mercier

Madame le Docteur Catherine Girardin-Tordeur

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -, DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M ^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOV	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

LISTENSEDMEDPHAR2012-2013.doc

Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR-AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine-générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Remerciements

A notre Président de Jury,

Monsieur le **Professeur Jean-Loup HERMIL**,

Merci pour votre engagement pour la Médecine Générale. Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider notre Jury. Veuillez trouver en ces mots l'expression de notre profonde estime.

A nos juges,

Madame le **Professeur Véronique MERLE**,

Monsieur le **Professeur Alain MERCIER**,

Madame le **Docteur Catherine GIRARDIN-TORDEUR**

Vous avez accepté de juger notre travail, nous vous en remercions. Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

A notre Directeur de thèse,

Monsieur le **Docteur Matthieu SCHUERS**,

Tu as eu la gentillesse de nous orienter dans le choix de notre travail et d'accepter de diriger nos thèses. Nous te remercions de la confiance que tu nous as témoignée. Merci pour la disponibilité et la patience dont tu as fait preuve.

Aux médecins qui ont participé à ce travail,

Soyez remerciés du temps et de l'intérêt que vous avez accordés à nos recherches.

A Alexandre, merci d'être à mes côtés, jour après jour. Merci pour ta patience, ta joie de vivre au quotidien et ta confiance en moi.

A Auguste, merci pour tout le bonheur que tu m'apportes, tu m'émerveilles chaque jour, grandis bien.

A toi son petit frère, tu m'as accompagnée à ta manière sur la fin de ce travail de thèse, j'ai hâte de te tenir dans mes bras.

A mon grand-père paternel, merci pour ces mots : « N'aie pas peur de viser haut ».

A mes parents, merci pour votre soutien au long de ces études et merci pour tout le reste.

A Virginie, merci d'être là. N'oublie pas de prendre soin de toi.

A Eric et Veronique, merci pour votre affection et votre accueil chaleureux.

A l'ensemble de ma famille, merci pour les moments de joie partagés.

A Stéphanie et Vanessa, merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de ce travail partagé.

A mes amis, de lycée, de fac et d'ailleurs, merci pour tous ces bons moments passés ensemble et pour ceux à venir.

A mes co-externes et co-internes, avec qui j'ai partagé galères et fous rires.

A tous les médecins qui d'une façon ou d'une autre ont participé à ma formation.

SOMMAIRE

Liste des abréviations

1. INTRODUCTION-----**17**

2. CONTEXTE-----**18**

2.1. L'activité de dermatologie en médecine générale

2.1.1. La place de la dermatologie dans l'activité globale de médecine générale

2.1.2. Typologie des pathologies

2.1.3. Les avis spécialisés demandés

2.1.4. Un examen clinique superficiel

2.2. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes Hauts-Normands dans la prise en charge des pathologies cutanées

2.2.1. Ressenti variable des médecins généralistes face à la dermatologie

2.2.3. Difficulté concernant l'évaluation du degré d'urgence

2.2.4. Difficultés variables selon les pathologies

2.3. L'offre de soins de dermatologie

2.3.1. Densité des dermatologues : situation actuelle et évolution

2.3.2. Répartition des dermatologues

2.3.3. Activité des dermatologues

2.4. Relations entre médecins généralistes et dermatologues

2.4.1. Difficultés de référencement des patients dues aux difficultés d'accès en Haute Normandie

2.4.2. La communication entre médecins généralistes et dermatologues

2.4.3. Sentiment de hiérarchie entre dermatologues et médecins généralistes

2.4.4. La télédermatologie

3. PROBLEMATIQUE-----**40**

4. METHODE-----**41**

4.1. Description de l'étude

4.2. Méthodologie de sélection des médecins interrogés

4.3. Méthodologie d'entretien

4.3.1. Le guide d'entretien

4.3.2. Réalisation des entretiens

4.3.3. Calendrier

4.4. Analyse des données

5. RESULTATS-----**43**

5.1. La population étudiée

5.1.1. Participation

5.1.2. Données démographiques

5.2. Les entretiens

- 5.3. Analyse qualitative des résultats
 - 5.3.1. Rôles et compétences du dermatologue
 - 5.3.2. Rôles et compétences du médecin généraliste
 - 5.3.3. Coopération entre le dermatologue et le médecin généraliste
 - 5.3.4. Propositions pour améliorer la prise en charge

6. DISCUSSION _____ **71**

6.1 Rappel des principaux résultats

6.2. Discussion des résultats

- 6.2.1. Le regard du dermatologue face à son propre exercice
- 6.2.2. Le dermatologue face au médecin généraliste
- 6.2.3. La télédermatologie

6.3. Discussion de la méthode

- 6.3.1. Les limites de l'étude
- 6.3.2. Les forces de l'étude

7. CONCLUSION _____ **89**

8. BIBLIOGRAPHIE _____ **90**

9. ANNEXES _____ **95**

Liste des abréviations (par ordre alphabétique)

ARS : Agence Régionale de Santé

CATEL : Club des Acteurs de la TELésanté

CEDEF : Collège des Enseignants en Dermatologie de France

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre de Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

Km : Kilomètres

OMG : Observatoire de Médecine Générale

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

1. INTRODUCTION

Le médecin généraliste a un rôle de pivot dans le système de soins. De par sa position, il est amené à prendre en charge tous types de pathologies, y compris cutanées. Dans ce domaine, les pathologies rencontrées sont nombreuses et très variées. Du fait, entre autre, de la diminution du nombre de dermatologues, l'activité de dermatologie en médecine générale va s'accroître. Le généraliste adresse au dermatologue environ 1 patient sur 5 qui consulte pour une pathologie de la peau.

Les généralistes ressentent certaines difficultés dans ce domaine, aussi bien diagnostiques que thérapeutiques, mais également dans l'accès aux spécialistes. Il nous a semblé intéressant de comparer leur ressenti à celui des dermatologues.

Par ailleurs, les généralistes ont été interrogés sur les solutions potentielles pour améliorer leur prise en charge des pathologies cutanées. Plusieurs de ces solutions mettent en jeu le dermatologue. Il nous a donc semblé important et nécessaire de recueillir l'avis des spécialistes vis-à-vis de ces solutions. En particulier, face à un système de télédermatologie, évaluer la position des dermatologues apparaît indispensable avant d'envisager l'étude de faisabilité de la mise en place d'un tel système.

2. CONTEXTE

2.1. L'activité de dermatologie en médecine générale

2.1.1. La place de la dermatologie dans l'activité globale de médecine générale

2.1.1.1. Fréquence des pathologies dermatologiques en France

Selon les dernières données disponibles de l'Observatoire de Médecine Générale (OMG fermé en 2011), les pathologies dermatologiques représentaient environ 6% des résultats de consultation. La dermatite atopique était la pathologie dermatologique la plus fréquente.

Un programme de recherche est actuellement en cours dans différentes universités de France : l'étude ECOGEN (1) (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale), sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Ce programme a pour but de décrire les motifs de consultation en médecine générale et les procédures de soins des principaux problèmes de santé. Les premiers résultats sont attendus début 2013.

2.1.1.2. Fréquence des pathologies dermatologiques en Haute Normandie

L'activité globale de dermatologie représente 5,7% des consultations en 2012 (2). Ce résultat concerne toutes les pathologies dermatologiques, qu'elles soient le motif principal de consultation ou non. Un taux sensiblement similaire de 5.8%, est retrouvé par une étude concernant les motifs de consultation en médecine générale recueillis en 2010 en Haute-Normandie (3).

2.1.2. Typologie des pathologies

D'après la littérature, 3 diagnostics sont toujours représentés dans les 10 premiers et représentent 50 % des pathologies. Il s'agit de l'eczéma, des verrues, des infections bactériennes (4) (5).

En Haute Normandie, les 5 pathologies dermatologiques les plus fréquemment rencontrées par les médecins généralistes sont la dermatite atopique, les candidoses, le psoriasis, les verrues et les naevi, comme le montre le schéma ci-dessous (6).

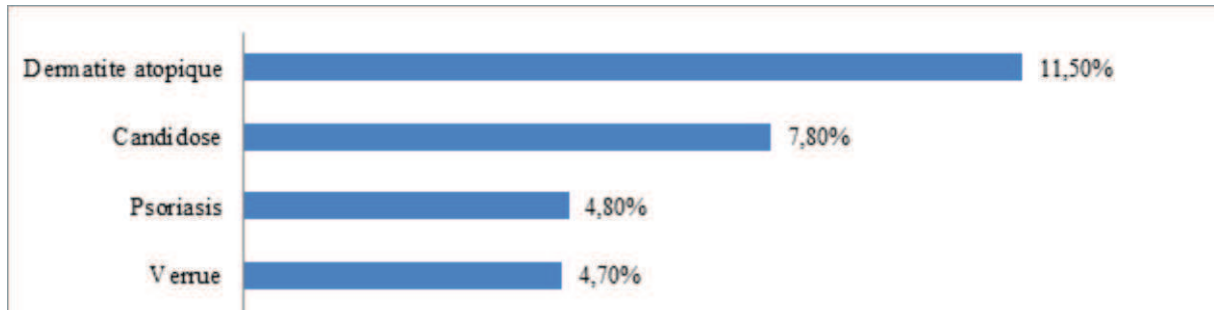


Figure 1 : pathologies dermatologiques les plus fréquentes rencontrées par les médecins généralistes

Ces 5 pathologies représentent 1/3 des problèmes cutanés en médecine générale. Les 20 diagnostics les plus fréquemment cités représentent 71% des pathologies dermatologiques rencontrées.

La répartition des pathologies cutanées rencontrées en médecine générale est représentée dans le graphique ci-dessous (6).

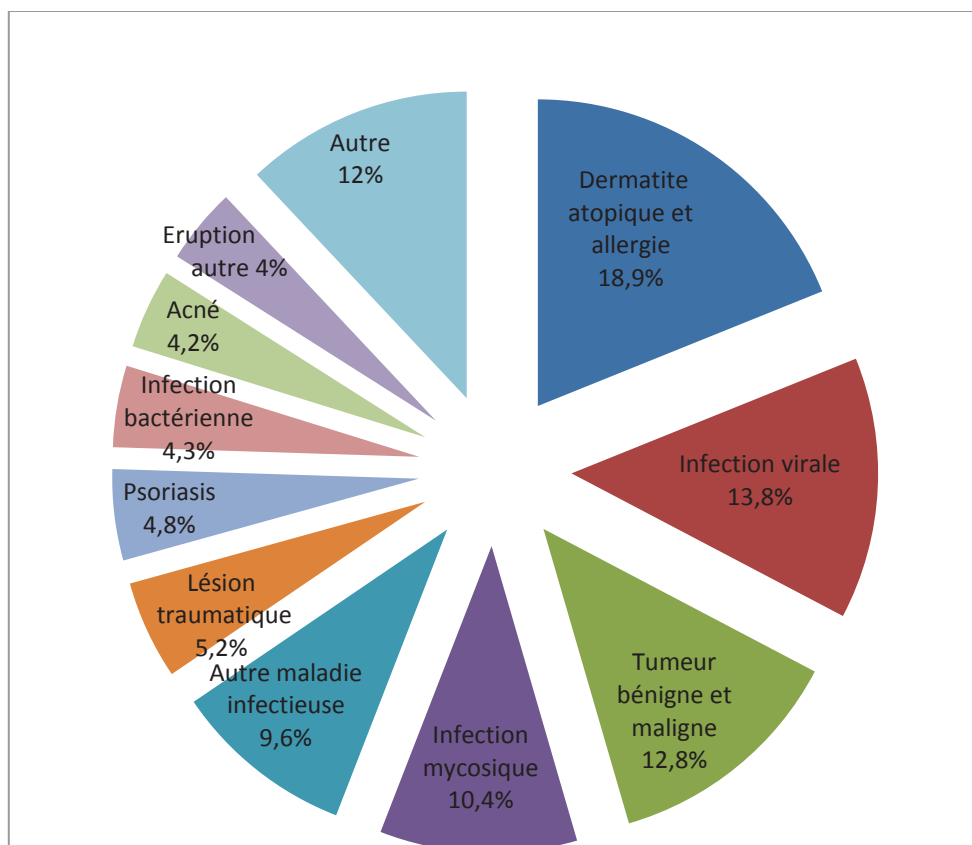


Figure 2 Fréquence des pathologies dermatologiques rencontrées

Plus d'un patient sur 10, ayant une pathologie dermatologique, se plaint de dermatite atopique ou d'eczéma.

La catégorie des tumeurs bénignes et malignes représente 12,8% des pathologies. Elle est composée d'1/3 de naevus et d'1/3 de cancers cutanés. Le cancer cutané est la pathologie la plus fréquente chez les patients de plus de 60 ans (6).

Le degré de certitude des généralistes concernant leur diagnostic a été recueilli de façon subjective, par questionnaire, pour chaque pathologie dermatologique rencontrée. Il était en moyenne de 8,53/10. Leur degré de certitude liée à la prise en charge a été recueilli de façon similaire. Il était de 8,43/10 (6).

2.1.3. Les avis spécialisés demandés par les médecins généralistes pour les pathologies cutanées

2.1.3.1. Les indications du référencement au dermatologue

Les indications principales des demandes d'avis sont de conforter un diagnostic, de rassurer le médecin généraliste mais également le patient et d'évaluer la nécessité d'un geste technique (2). Etablir un diagnostic des lésions d'origine inconnue peut également être un motif d'avis spécialisé (7).

Les pathologies où les médecins généralistes souhaitent le plus avoir l'avis du dermatologue sont les tumeurs bénignes et malignes. En effet, un avis est souhaité pour 76,4% des patients présentant ce type de pathologie cutanée.

Pour la dermatite atopique et allergie, pathologie la plus fréquente, un avis est souhaité dans 17% des cas (6).

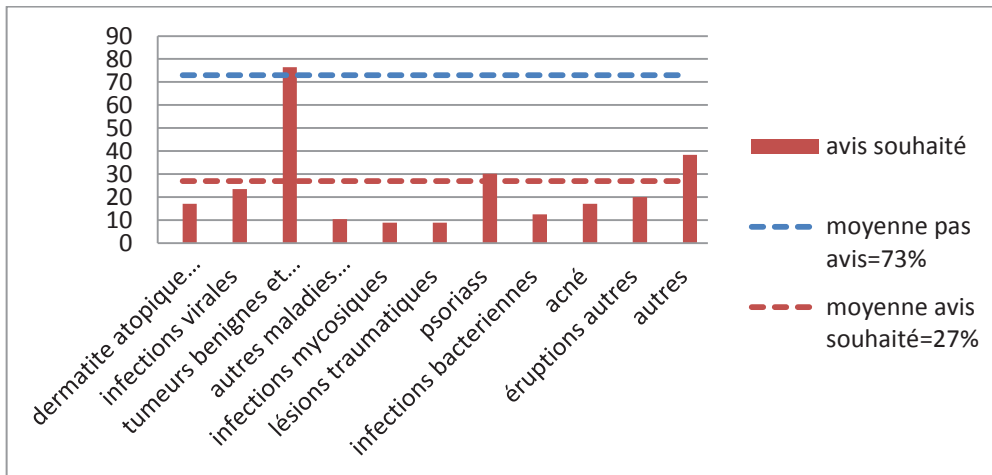


Figure 3 Avis du dermatologue selon le type de pathologie

2.1.3.2. Tous les avis souhaités ne sont pas demandés

Le médecin généraliste souhaite avoir l'avis du dermatologue dans un peu plus d'1/4 des consultations (26,89%) (6).

Cependant l'avis n'est demandé que pour 3/4 (76,95%) des patients pour qui un avis est souhaité.

Certains avis (près d'un avis souhaité sur 4) n'ont pas été demandés car le patient était déjà suivi ou avait déjà un rendez-vous prévu avec le dermatologue pour ce motif de consultation (en accès direct ou pas). Dans d'autres cas, c'est le patient qui a refusé la demande d'avis car ce dernier était réfractaire aux avis spécialisés (6).

Certains médecins ont estimé que leur prise en charge était assez souvent similaire à celle des dermatologues et doutaient de la nécessité de la demande d'avis (2).

Plus l'accès du patient était jugé facile et plus les praticiens souhaitaient recourir au dermatologue ($p=0,019$), comme le représente le schéma ci-dessous. (6)

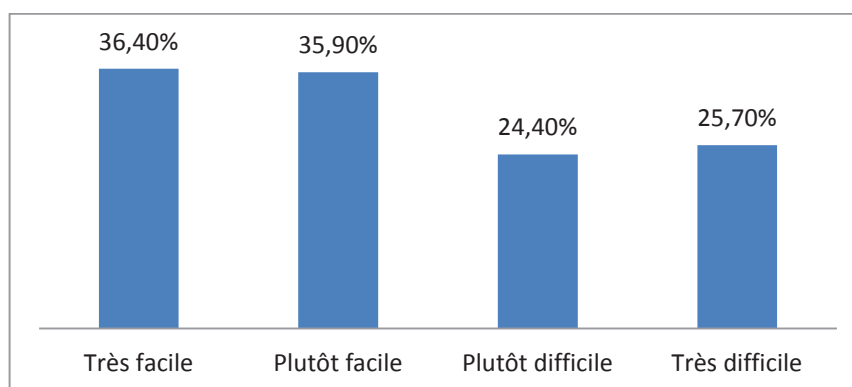


Figure 4 Pourcentage d'avis souhaités par le MG selon l'accessibilité du patient au dermatologue

2.2. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes Hauts Normands dans la prise en charge des pathologies cutanées

2.2.1. Ressenti variable des médecins généralistes face à la dermatologie

D'un point de vue quantitatif, 80% des praticiens se disent plutôt à l'aise voire tout à fait à l'aise pour la prise en charge de patients ayant une pathologie dermatologique. L'aisance en dermatologie augmente en fonction de l'âge du médecin généraliste (6). Cependant les médecins généralistes expriment une réelle difficulté pour prendre en charge les pathologies cutanées. Certains expriment un sentiment d'incompétence, une culpabilité par rapport au risque d'erreur ou de retard diagnostique en cas de pathologie grave. Ce sentiment d'échec est souvent présent en cas d'absence de diagnostic. L'incapacité à soulager le patient est la première source d'inquiétude (2).

2.2.2. Un examen clinique superficiel

Les médecins généralistes estiment négliger l'examen clinique en dermatologie (2).

Ils l'expliquent par :

- son caractère chronophage, notamment dans le cas de motifs multiples de consultation. En effet plusieurs travaux ont retrouvé un nombre de motifs de consultation allant de 1,7 à 2,66 par consultation (8) (9) (10).

- son caractère non prioritaire, principalement du fait d'un doute sur leurs compétences de dépistage des pathologies cancéreuses.

- le déshabillage qui semble également être un frein, notamment pour les patients non demandeurs.

2.2.3. Difficulté concernant l'évaluation du degré d'urgence

Il s'agit d'une des principales difficultés relevées par les médecins généralistes (2).

Elle concerne les pathologies de « gravité intermédiaire » car elle pose la question du délai d'adressage.

La demande d'avis spécialisé rapide est souvent motivée par l'incertitude diagnostique avec la peur de retard diagnostique d'une pathologie grave telle que le mélanome.

Il existe une réelle discordance entre l'urgence ressentie par le patient ou le généraliste et l'urgence réelle selon le dermatologue. Le degré d'urgence peut être

difficile à évaluer du fait de la répercussion psychologique de la pathologie cutanée. En effet, le patient présente une angoisse particulière par rapport à son revêtement cutané, plus importante que pour les autres organes de spécialité (2). Une étude allemande a montré que sur 247 patients hospitalisés en service de dermatologie, entre 25,9% et 31% d'entre eux présentaient des modifications psychologiques secondaires à leur pathologie cutanée, notamment des syndromes dépressifs. La prévalence des troubles psychologiques a été un peu plus élevée que celle observée en oncologie, cardiologie et neurologie (11). Cette composante psychologique semble jouer un rôle important dans la difficulté de prise en charge des pathologies cutanées. Elle peut influencer le généraliste dans le sens où le degré d'urgence n'est pas lié uniquement à la pathologie et son évolution possible mais également à l'intensité de la répercussion psychologique qu'elle engendre sur le patient.

2.2.4. Difficultés variables selon les pathologies

Les médecins généralistes sont en difficulté (2)

- Par rapport au diagnostic
 - des lésions pigmentées de la peau avec la peur commune du cancer cutané et en particulier du mélanome. Les médecins expriment des doutes concernant leur capacité de dépistage de ces lésions et adressent facilement au spécialiste. Un patient présentant une tumeur bénigne ou maligne a 9 fois plus de chances que les autres patients d'être adressé au dermatologue (6).
 - De la gale, en recrudescence et présentant des tableaux variés
 - des pathologies sur peau noire
 - des pathologies des migrants
 - des toxidermies
 - des pathologies rares ou atypiques

- par rapport à la prise en charge thérapeutique
 - des pathologies chroniques telles que l'urticaire, les ulcères, le prurit
 - de la gale
 - du molluscum contagiosum étendu
 - des pathologies nécessitant des dermocorticoïdes. En effet il existe une

corticophobie assez répandue chez les médecins généralistes. Cependant le recours aux dermocorticoïdes est fréquent y compris en tant que test thérapeutique voir test diagnostique.

2.3. L'offre de soins de dermatologie

2.3.1. Densité des dermatologues : situation actuelle et évolution

2.3.1.1. Densité des dermatologues : situation actuelle et évolution en France

Les données diffèrent selon les sources.

Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), au 1^{er} janvier 2012, la France compte 216 762 médecins en activité dont 101 896 médecins généralistes et 4 100 dermatologues (13).

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

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

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

D'après le Syndicat National des Dermatologue Vénérologue (SNDV), la Dermato-Vénérologie est exercée en France par environ 3 400 médecins, en cabinets privés pour 92%, et en services hospitaliers pour 8% (12).

L'âge moyen des dermatologues est de 52,4 ans. Les femmes représentent 66,7 % des dermatologues (13).

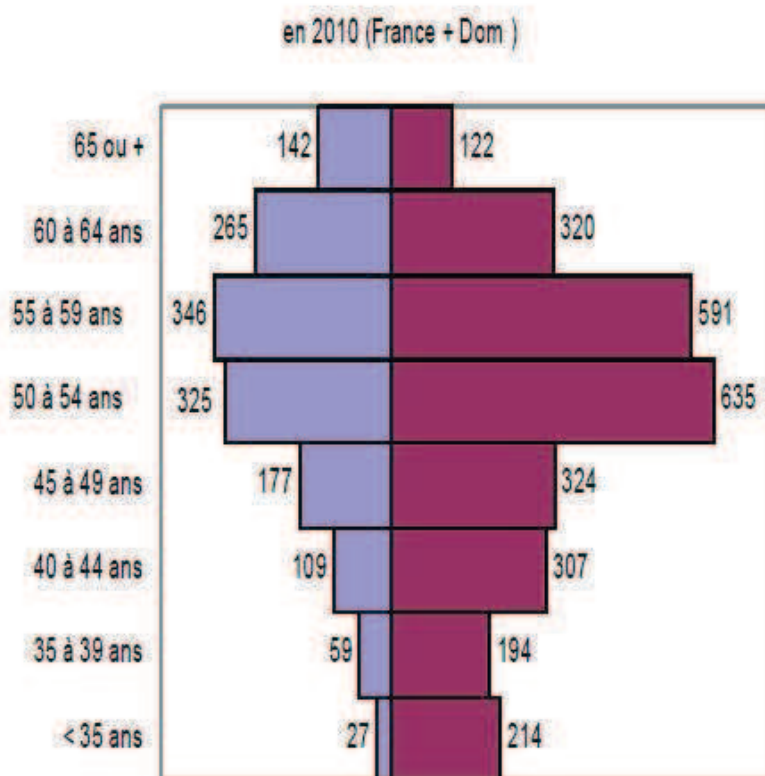


Figure 5. Pyramide des âges et répartition hommes/femmes des dermatologues en 2010 en France, source DREES (6)

Suite à la baisse du numerus clausus, le nombre des nouveaux dermatologues ne compense pas celui de ceux qui partent progressivement en retraite. Il est prévu une baisse de 32% de dermatologues d'ici 2030 avec une baisse de 25,1% de médecins en zone rurale. La proportion de femmes atteindrait 83% en dermatologie (14).

A ce phénomène démographique, s'ajoute d'une part la féminisation de la profession médicale et d'autre part une évolution des comportements chez les plus jeunes. Tous ces phénomènes tendent à accentuer la diminution du temps médical disponible par médecin. En effet, comme le montre l'étude de la DREES sur l'emploi du temps des médecins libéraux, la grande majorité des médecins libéraux travaillant à temps partiel sont des femmes. Elles travaillent moins de jours (-10%), moins d'heures par semaine (10 en moyenne) et réalisent moins d'actes par jour (-20%) que les hommes (15).

2.3.1.2. Densité des dermatologues : situation actuelle et évolution en Haute Normandie

D'après la DREES en 2012, en Haute Normandie, 80 dermatologues exercent en Haute Normandie. 57,8% sont des femmes. Leur âge moyen est de 51,5 ans (16).

Le dernier chiffre disponible sur le site Ecosanté montre une densité de 4.41 dermatologues pour 100 000 habitants en Haute Normandie. La région est sous dotée par rapport au reste de la France (13). Huit dermatologues libéraux sur Rouen et agglomération ont cessé leur activité récemment, sans être remplacés.

On observe sur le schéma ci-dessous que la densité des dermatologues est très variable selon les régions. L'Ile de France et la région PACA possèdent une densité supérieure de plus de 20% par rapport à la moyenne nationale. A l'inverse, la Haute Normandie fait partie des régions les plus déficitaires, avec une densité inférieure de plus de 20 % par rapport à la moyenne nationale (13).

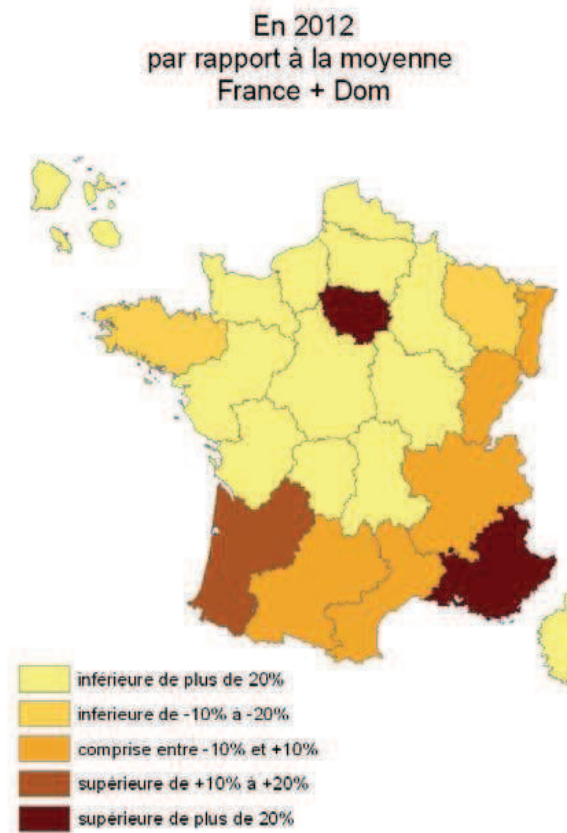


Figure 6 Densité des dermatologues en France en 2012, source IRDES

2.3.2. Répartition des dermatologues

2.3.2.1. Répartition selon le mode d'activité

D'après la DRESS, la répartition des dermatologues en France selon leur mode d'exercice est la suivante :

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

En Haute Normandie, les 80 dermatologues se répartissent de la façon suivante :

- 75 % (60) en cabinet ;
- 22,5 % (18) en hôpitaux publics et privés ;
- 2,5 % (2) dans d'autres structures.

En 2012, d'après le site Ameli, en Haute Normandie, 65 dermatologues exercent en milieu libéral dont 3 sur 2 sites de consultation différents. Cinquante-sept dermatologues ont une activité libérale exclusive et 8 ont une activité mixte c'est à dire libérale et hospitalière (17).

2.3.2.2. Répartition sur le territoire Haut Normand

D'un point de vue libéral, en octobre 2012, 65 dermatologues libéraux exercent en Haute Normandie (17).

La ville de Rouen et son agglomération regroupe 25 dermatologues (38.45%).

La ville du Havre compte 14 dermatologues, Evreux : 7, Dieppe : 3 et Vernon : 2.

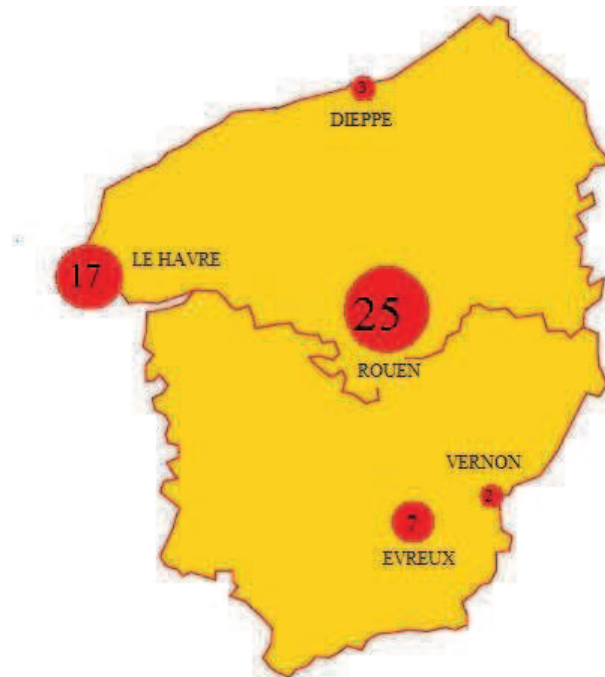


Figure 7 Répartition des dermatologues libéraux en milieu urbain

Au total les 4 villes de plus de 20 000 habitants de Haute Normandie regroupent 51 dermatologues libéraux soit 78.46% des dermatologues libéraux de Haute Normandie.

D'un point de vue hospitalier, 16 dermatologues exercent en milieu hospitalier en Haute Normandie : 8 au CHU de Rouen (soit 53.33%), 5 au centre hospitalier du Havre soit 33.33% (18) et 3 au CHI Eure-Seine (Evreux et Vernon) (19).

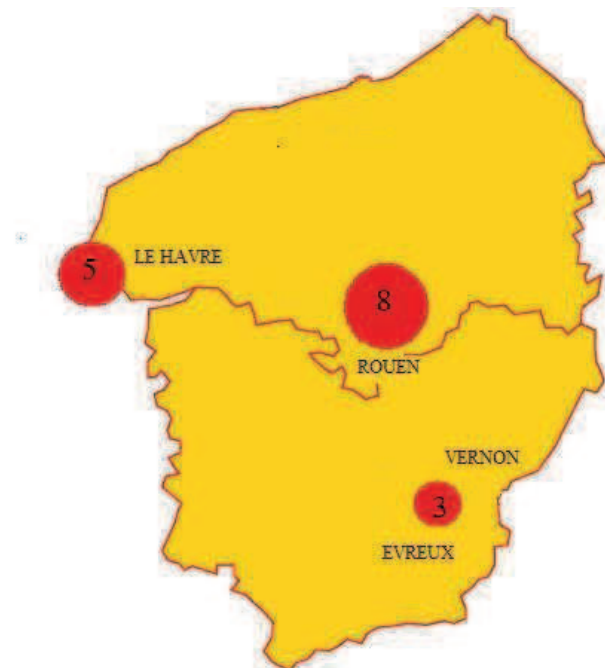


Figure 8 Répartition des dermatologues hospitaliers

Au niveau de l'offre de soin dermatologique en milieu hospitalier, le service de référence en dermatologie se situe au CHU de Rouen. Dix-huit dermatologues hospitaliers exercent dans ce service, dont 10 en tant qu'attachés (20). Le service d'Evreux est composé de 4 médecins (3 dermatologues et 1 allergologue). Le service du Havre comporte 8 lits d'hospitalisation, et fonctionne avec 5 médecins. Il n'y a pas de service de dermatologie à l'hôpital de Dieppe, ce sont les dermatologues libéraux de Dieppe qui sont sollicités pour les avis des patients hospitalisés ou accueillis au service d'urgences.

Au CHU de Rouen, il existe une consultation « d'urgences dermatologiques ». L'accueil a lieu tous les matins du lundi au vendredi. Les consultations sont assurées en grande partie par les internes du service. L'accès à ces consultations se fait par ordre d'arrivée, sur présentation d'un courrier du médecin traitant demandant un avis en urgence. L'activité de cette consultation a nettement augmenté récemment et représente environ 25 consultations quotidiennes.

2.3.3. Activité des dermatologues

D'après le site ECOSANTE, les dermatologues français effectuent 3 848 actes (tous actes confondus) dont 2 961,1 consultations par an et par dermatologue. En Haute Normandie, ils effectuent 4 490 actes dont 3 396,6 consultations (13).

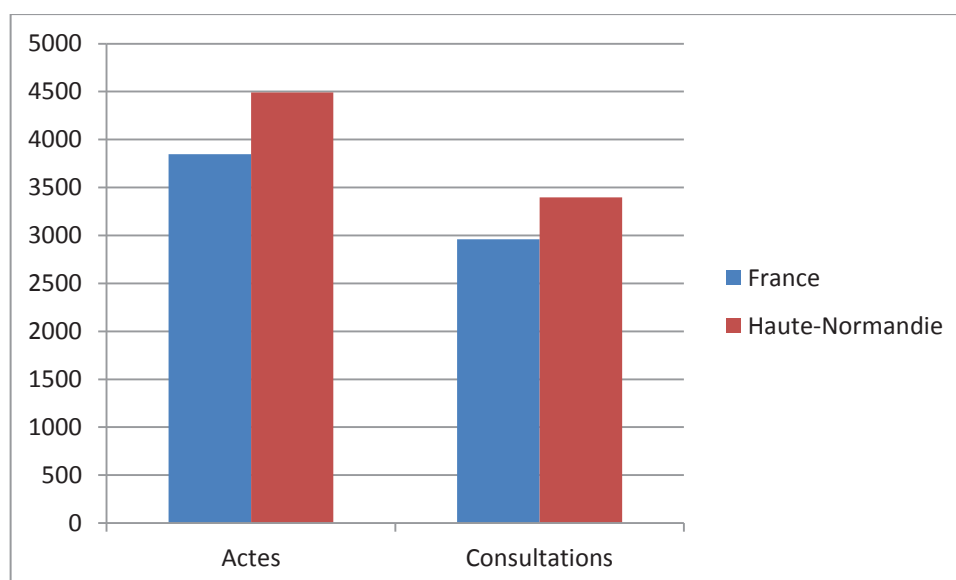


Figure 9 . Comparaison activité des dermatologues en France et en Haute Normandie, par an, an 2010 (6)

Peu de données sont actuellement disponibles sur la pratique quotidienne des

dermatologues français. Une enquête de pratique nationale a été effectuée en 2000 sur 429 dermatologues libéraux (22). Elle retrouve comme diagnostics les plus fréquents : les verrues, l'acné, les naevus, l'eczéma de contact ou la dermatite atopique, les cancers et lésions précancéreuses, les mycoses et le psoriasis. Un geste a été réalisé au cabinet dans 40 % des cas. Dans 28 % des cas le retentissement de la dermatose sur la vie quotidienne était considéré par le médecin comme important ou majeur. A côté des affections bénignes, une part significative de l'activité des dermatologues libéraux français métropolitains concerne donc des pathologies plus préoccupantes ou ayant un fort retentissement sur la vie quotidienne.

2.4. Relations entre médecins généralistes et dermatologues

2.4.1. Difficultés de référencement des patients dues aux difficultés d'accès en Haute Normandie

Les généralistes Hauts Normands ressentent une difficulté d'accès au dermatologue. Ils évoquent une perte de chance de certains patients à cause des délais de rendez-vous. Ils se plaignent également de l'encombrement des consultations de dermatologie pour des pathologies qu'ils auraient pu très bien gérer seuls (telles que l'acné). Les créneaux d'urgence leur semblent relativement peu importants (2).

2.4.1.1. Délai de rendez-vous

80% des médecins généralistes hauts normands pensent que l'accès de leur patient au dermatologue est plutôt difficile voire très difficile (6).

Une enquête téléphonique auprès des secrétariats de 67 dermatologues libéraux de Haute Normandie, a été effectuée en avril 2011 (voir annexe 1). Cette enquête retrouve un délai moyen de rendez-vous de 64 jours si le rendez-vous est demandé par le patient. Ce délai est semblable selon les lieux d'exercice urbain ou semi rural du dermatologue. Lorsque le médecin généraliste appelle : 10 (16%) peuvent recevoir le patient dans la journée, 12 (19.35%) dans les 3 jours et 28 (45.16%) dans la semaine. Pour les autres dermatologues, les secrétaires transmettent la communication au dermatologue qui définit le délai selon le motif de l'appel.

Ces résultats sont concordants avec le ressenti des médecins généralistes : si le médecin sollicite directement le dermatologue, il parvient avoir un rendez-vous en moins d'une semaine dans 2/3 des cas (6).

2.4.1.2. Difficultés de transport en milieu rural

L'accessibilité est décrite par les médecins généralistes hauts normands comme difficile avec des distances importantes en ruralité (2).

Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), en 2006, la distance moyenne d'accès à un dermatologue, au niveau national, est de 5 889 mètres. Quatre-vingt-quinze pour cent de la population accède au dermatologue en 35 minutes maximum, avec une moyenne de 12 minutes.

En Haute Normandie, le dermatologue est distant du médecin généraliste en moyenne de 14,7 kilomètres. Ces chiffres ne reflètent pas l'extrême variabilité des distances, allant de 200 m à 50 km. Vingt pour cent des médecins généralistes exercent à plus de 30 km d'un dermatologue.

Il existe une différence significative selon la zone d'exercice. La distance avec le dermatologue augmente progressivement quand on s'éloigne des unités urbaines (21).

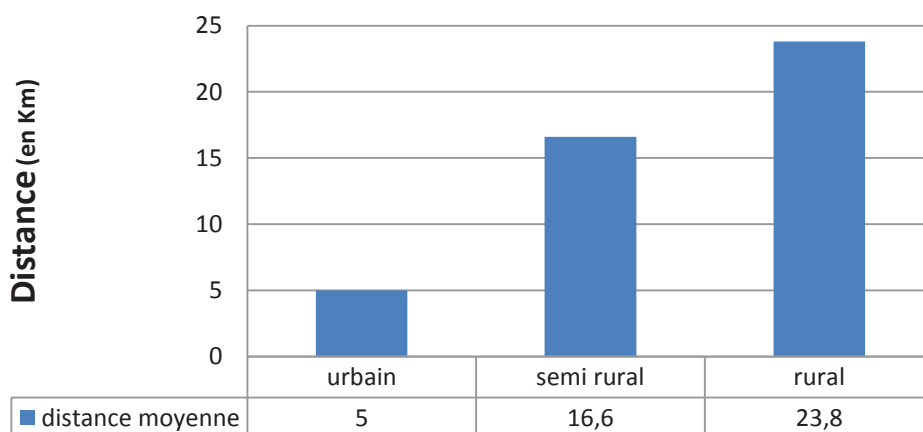


Figure 10 Distance moyenne (en kilomètres) du dermatologue le plus proche selon la zone d'exercice

2.4.1.3. Difficultés financières

D'après certains médecins généralistes Hauts Normands, un des freins à l'accès chez le dermatologue est le dépassement d'honoraire. Selon eux, beaucoup de

patients ne peuvent se permettre de payer de dépassement (2).

En Haute Normandie, sur 65 dermatologues libéraux, 41 (63.08%) exercent en secteur 1 et 24 (36.92%) en secteur 2 (17).

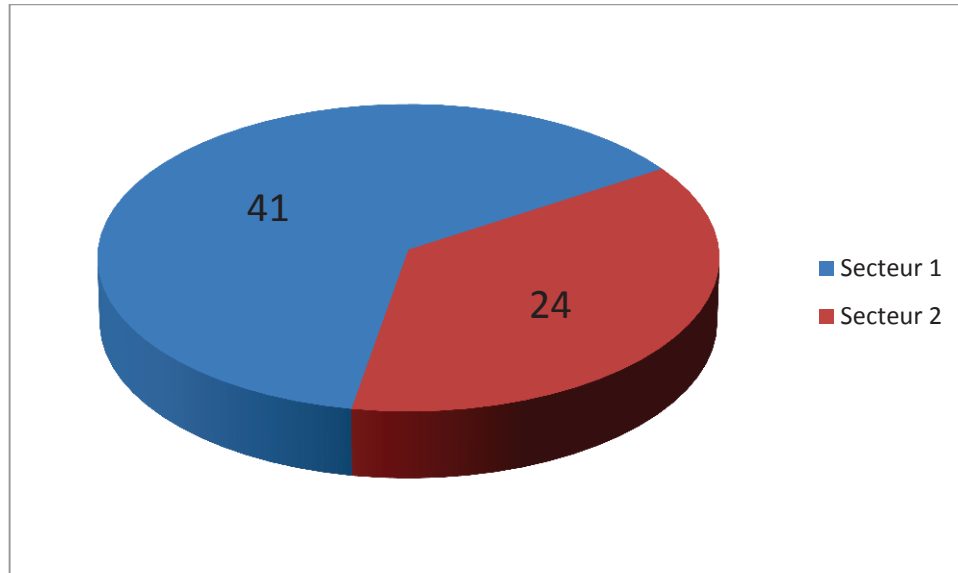


Figure 11 . Répartition des dermatologues selon leur secteur 1 ou 2

Concernant les praticiens exerçant en secteur 2 :

- le tarif de consultation moyen est de 41.75 euros (avec des écarts allant de 28 à 90 euros), pour une base de remboursement par la sécurité sociale de 28 euros.

- le tarif moyen de la consultation dans le cadre d'un avis de consultant est de 56.90 euros (avec des écarts allant de 50 à 100 euros), pour une base de remboursement par la sécurité sociale de 46 euros (17).

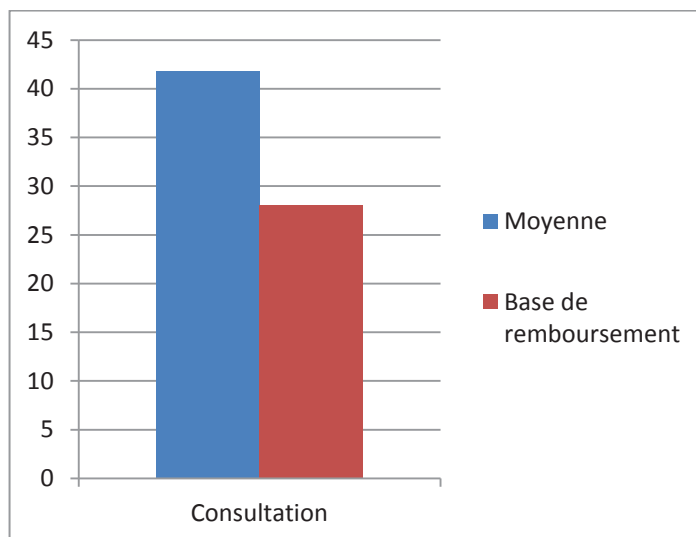


Figure 12 Tarif moyen de consultation des dermatologues en secteur 2 en Haute Normandie et base de remboursement par la sécurité sociale

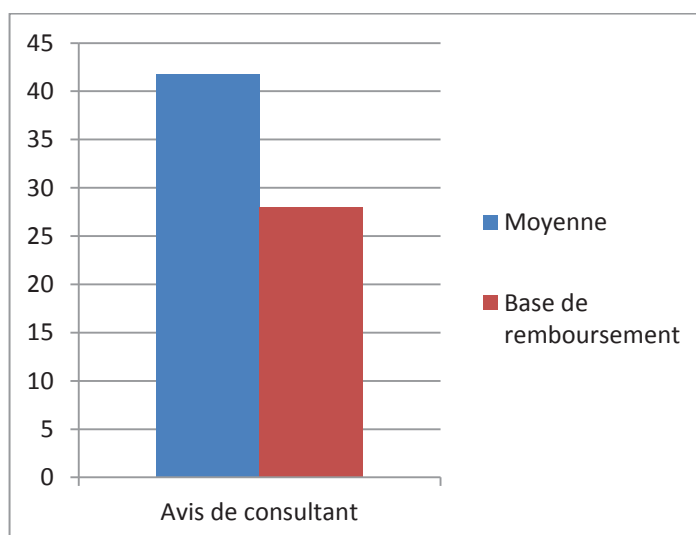


Figure 13 Tarif moyen de l'avis de consultant des dermatologues en secteur 2 en Haute Normandie et base de remboursement par la sécurité sociale

En 2010, en France, 11.87% des honoraires des dermatologues correspondaient à des dépassements d'honoraires (13).

2.4.2. La communication entre médecins généralistes et dermatologues

Les médecins généralistes regrettent le manque de contact avec les dermatologues. Ils se plaignent d'une grande difficulté pour les joindre (2).

2.4.2.1. Communication par courrier

Depuis la mise en place de la réforme du médecin traitant (août 2004), le patient est censé consulter le spécialiste sur demande de son médecin traitant déclaré. Cette demande d'avis est notifiée sur un courrier (22).

Depuis cette réforme, 60% des dermatologues jugent que les échanges avec les généralistes sont plus nombreux. En parallèle, les courriers reçus de la part des médecins traitants sont jugés moins informatifs dans la moitié des cas (23).

Du côté des médecins généralistes, ils ont noté une augmentation de leur activité de dermatologie. Ils sont par contre très agacés par la demande de courrier intempestive sans voir la lésion ou même sans voir le patient.

Les généralistes regrettent le caractère inconstant du retour de courrier (2).

2.4.2.2. Communication téléphonique

Les généralistes utilisent également le téléphone pour contacter le dermatologue. Ce mode de communication est particulièrement utilisé dans le cadre d'un avis ou d'une demande de rendez-vous en urgence. Cependant ils se plaignent d'une grande difficulté à joindre le dermatologue en communication directe (2).

2.4.3. Sentiment de hiérarchie entre dermatologues et médecins généralistes

Certains médecins généralistes ressentent un sentiment d'infériorité qui leur serait renvoyé par les médecins spécialistes. Ils ont le sentiment d'être jugés incapables par les dermatologues. A contrario, d'autres ressentent une confiance du dermatologue dans leur prise en charge.

Ils évoquent parfois l'existence de mauvais rapports professionnels, surtout en cas d'erreur diagnostique du médecin généraliste.

Enfin, ils ne se sentent pas reconnus dans leur inquiétude face à une pathologie qui leur semble urgente. Il existe une discordance entre l'urgence ressentie par les

dermatologues et la leur (2).

Peu de données existent dans la littérature à ce sujet. Les professionnels interrogés dans une étude parue dans la revue *Pratiques* expriment une difficulté à écrire sur ces questions considérées comme taboues. Ils ressentent un préjudice porté au patient, mettant en péril la finalité du soin, du fait de ces conflits. Au-delà des affrontements corporatistes stériles, les auteurs plaident pour un retour à la raison d'être de la fonction soignante (24).

Ce sentiment de hiérarchie proviendrait d'une réaction de rejet pendant la formation dans un milieu hospitalier jugé trop inhumain, trop technique, et hiérarchique. Les généralistes ont le sentiment d'être en position d'infériorité avec l'idée d'un statut supérieur des spécialistes, d'un élitisme, qui persiste après la sortie du cursus d'étude. La voie de la médecine générale pendant les études serait perçue comme celle de l'échec (25).

2.4.4. La télédermatologie

2.4.4.1. Définitions

La télémédecine apparaît aujourd'hui comme l'une des solutions potentielles pour répondre à la baisse de la démographie médicale, lutter contre les déserts médicaux, et donc garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Elle semble également intéressante pour réduire les coûts médicaux liés aux déplacements et au suivi itératif des patients.

Selon la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, la télémédecine se définit comme «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 figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. (...). » (Article L. 6316-1) (26).

Les actes de télémédecine comprennent :

- La téléconsultation. Elle permet 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.
- La téléexpertise. Elle permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux.
- La télésurveillance médicale. Elle permet 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. Elle permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte (26).

La télédermatologie entre dans le cadre de la téléexpertise.

2.4.4.2. Le recensement des activités de télémédecine en France

Un recensement national des activités de télémédecine a été réalisé fin 2011 par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) auprès des référents télémédecine des ARS (Agence Régionale de Santé) (27). Parmi les 256 activités de télémédecine dénombrées sur l'ensemble du territoire, environ la moitié prennent en charge des patients, de façon opérationnelle (113) ou encore expérimentale (27). Les autres activités en sont au stade de la conception du projet (101), sachant par ailleurs, que le niveau de maturité de 15 projets n'est pas déterminé.

Le déploiement national de la télémédecine est actuellement en cours d'élaboration. D'après Didier Robin, président du Club des Acteurs en TELésanté (CATEL), réseau de compétences en télésanté, 300 expérimentations sont menées actuellement en France (28).

Les chantiers prioritaires nationaux sont l'imagerie médicale, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), le milieu carcéral, les maladies chroniques, les hospitalisations à domicile (26).

La dermatologie étant une discipline principalement visuelle, l'application de la télémédecine paraît intéressante dans ce domaine.

Différents projets de télédermatologie ont vu le jour en France :

- La télémédecine en Midi Pyrénées (29)

La première expérience de télédermatologie a débuté en 2000 en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans la région Midi-Pyrénées. Il s'agissait d'un système de visioconférence. Elle a permis à des patients d'accéder plus facilement à des consultations spécialisées et donc de limiter les déplacements de personnes fragiles.

- L'e-diagnostic à Besançon (30)

L'expérimentation d'e-diagnostic en dermatologie a eu lieu en 2010, dans le Doubs. Chaque infirmière participant au projet et visitant les personnes âgées, à leur domicile ou en maison de retraite, était dotée d'une valise de diagnostic dermatologique à distance comprenant un appareil photo, un mini-PC et un lecteur de carte Vitale. Les clichés pris par l'infirmière étaient transmis automatiquement, en temps réel, au CHU voisin. Ils étaient ensuite analysés en temps différé par un expert dermatologue.

- Le réseau de Télémedecine Appliquée aux Plaies (TELAP) à Caen (31).

Ce système permet un suivi thérapeutique des plaies au domicile du patient. Il a pour but le maintien à domicile et la réduction du temps d'hospitalisation. Une infirmière et un médecin experts communiquent avec l'infirmière libérale vocalement et visuellement. Ce projet est financé par la région, l'état et l'Europe. Il a débuté en Mars 2011 en utilisant des photographies analysées en différé. Le projet se fera ensuite avec du matériel adapté (tablettes portatives pour une communication visuelle en direct) fin 2012.

- La téléconsultation de plaies chroniques à distance entre les centres hospitaliers de de St-Brieuc et de Paimpol.

Cette organisation repose sur l'intervention synchronisée d'une infirmière experte sur le site de Paimpol et d'un chirurgien vasculaire sur Saint Brieuc. Il s'agit d'un complément de consultation des patients externes via la télémedecine.

Ces systèmes se sont développés essentiellement pour la prise en charge des plaies entre services hospitaliers ou EHPAD. Aucun système de télémedecine ne s'est développé en libéral, avec des médecins généralistes en France.

2.4.4.3. Les difficultés

Les études expérimentales et pilotes conduites en France au cours des dix dernières années montrent une grande hétérogénéité sans avancée franche (manque de structuration, financements non pérennes, abandons d'applications, absence d'évaluations médico-économiques etc...) (26).

Une synthèse des principaux enseignements a été effectuée suite aux retours d'expériences de projets associés aux 5 priorités nationales. On retrouve comme principales difficultés les difficultés financières, juridiques et techniques (29).

2.4.4.3.1. Les difficultés financières

Les principales difficultés financières apparues sont :

- l'absence de financement spécifique
- un niveau de cotation des actes non précisé
- l'existence d'une UF (Unité fonctionnelle) sans moyens financiers alloués.

2.4.4.3.2. Les difficultés juridiques

Du point de vue juridique, dans les expériences menées en France, il n'y a pas eu ou peu d'oppositions observées. Il a simplement été soulevé le problème de « contraindre » les patients à revenir en centre lorsque leur état de santé les y obligeait (dans le cadre d'un projet de télé dialyse). La question de la responsabilité médico-légale est en cours de réflexion (cf recommandations de la DGOS plus loin).

2.4.4.3.3. Les difficultés techniques

Les difficultés techniques observées ont été :

- Une communication moins naturelle qu'en local
- Un manque de fiabilité de certains opérateurs de télé-médecine
- La nécessité d'entretien du matériel
- Une connexion externe dépendante de l'opérateur haut débit, une connexion interne (WIFI) variable.

2.4.4.4. Les prévisions locales

Une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a été mise en œuvre dès la publication du décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Ce projet est piloté par la DGOS (13).

D'après le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) (32) en Haute Normandie, une des orientations concernant la Télémédecine est la demande d'avis spécialisé à distance sur la base de la transmission de documents médicaux.

Une réflexion est en cours dans le cadre du SROS télémédecine. Afin d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins, un ou des projets de télémédecine sont à étudier. Les disciplines prioritaires repérées sont l'imagerie médicale, la dermatologie, la psychiatrie. Un objectif de 2 ans est retenu pour le déploiement du programme régional de Télémédecine.

Ce projet a pour but de favoriser les pratiques de téléexpertise temps réel ou déporté. La télémédecine fait l'objet de besoins spécifiques exprimés par les équipes médicales en matière de téléconsultation, et de téléexpertise, notamment pour l'imagerie médicale, la dermatologie, l'orthopédie et l'ophtalmologie.

Au niveau des centres pénitentiaires le but est de limiter les extractions. Ainsi le nombre de consultations spécialisées est à développer sur le site grâce à la télémédecine. Une étude complémentaire sur les besoins est à mettre en place afin de définir les consultations pouvant faire l'objet de télémédecine comme la dermatologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, l'imagerie médicale par exemple.

Un projet de télédermatologie est en cours au sein de certains EHPAD en Haute Normandie, sous la direction du Dr P.Carvalho.

3. PROBLEMATIQUE

Les pathologies dermatologiques représentent donc 5,7% de l'activité globale des médecins généralistes en Haute Normandie. Les difficultés des généralistes dans ce domaine sont variées et dépendent en partie du type de pathologie. Ils souhaiteraient un avis spécialisé dans 26.89% des consultations mais ne le demandent que pour 3/4 (76,95%) des patients pour qui un avis est souhaité.

Les difficultés d'accès aux dermatologues sont nombreuses avec principalement un déficit démographique et des délais de rendez-vous importants. Ces difficultés sont majorées en milieu rural.

Dans le but d'améliorer leur prise en charge en dermatologie et la qualité des contacts avec les dermatologues, les médecins généralistes ont notamment évoqué comme solution un système de téléexpertise dermatologique.

Il nous a semblé important de connaître le regard des dermatologues vis-à-vis de la prise en charge des pathologies cutanées en soins primaires, et leur avis concernant les solutions potentielles pour remédier aux éventuels problèmes.

4. METHODE

4.1. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de dermatologues Hauts Normands.

4.2. Méthodologie de sélection des médecins interrogés

Nous n'avons interrogé que des dermatologues installés.

L'échantillon a été constitué de manière raisonnée de façon à privilégier toutes les représentations possibles.

Nous avons donc été attentifs à ce que le genre, l'âge, le mode et le lieu d'exercice des praticiens interrogés soient variés.

4.3. Méthodologie d'entretien

4.3.1. Le guide d'entretien

Ce guide a été constitué au préalable, avec modification succincte au cours de l'étude, après analyse des 8 premiers entretiens.

Une première partie a consisté au recueil d'informations générales concernant le dermatologue et son exercice.

La deuxième partie a concerné la prise en charge des pathologies cutanées par les médecins généralistes.

La troisième partie a exploré les solutions pour améliorer cette prise en charge.

La quatrième partie était centrée sur l'avis des dermatologues face à un système de téléexpertise dermatologique. (cf. annexe n° 2)

4.3.2. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été effectués le plus souvent en face à face sur le lieu d'exercice du médecin interrogé.

Deux ont été effectués par le biais du téléphone ou de l'utilisation du programme Skype par internet. Les conversations ont été enregistrées sur dictaphone ou

smartphone.

Les entretiens ont été effectués par 3 thésardes, de façon alternative. Chaque dermatologue a été interviewé de façon unique par une des 3 thésardes.

L'accord du médecin était demandé pour l'enregistrement de l'interview.

4.3.3. Calendrier

Les entretiens concernant les dermatologues libéraux ont eu lieu de mars à avril 2012. Ils se sont déroulés suite à l'analyse de la première étude et de façon concomitante à la deuxième étude.

Une seconde phase, après analyse des premiers résultats et suite à la modification succincte du guide d'entretien, a eu lieu auprès des dermatologues hospitaliers en septembre 2012.

4.4. Analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits mots à mots sur fichiers Word. La retranscription a été réalisée par nos soins, manuellement.

Les données ont été analysées via le programme N vivo version 9. Ce logiciel est spécialisé dans l'analyse des études qualitatives.

L'analyse a débuté par un codage axial de chaque verbatim. Les codes ont ensuite été regroupés en sous-classes puis classes. La construction de cet arbre a été progressive et évolutive.

5. RESULTATS

5.1. La population étudiée

5.1.1. Participation

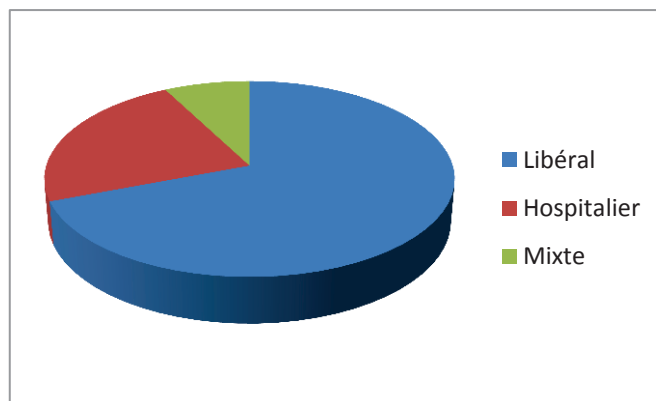
Douze dermatologues libéraux ont participé à notre étude.

5.1.2. Données démographiques

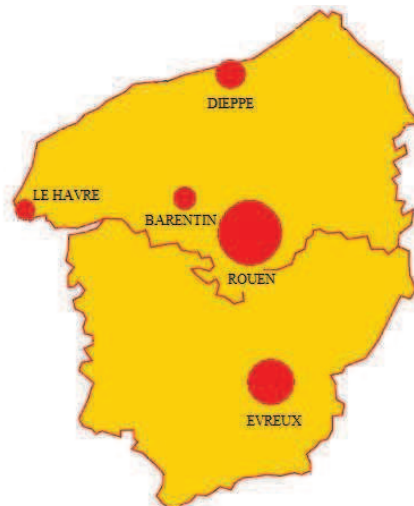
Sur un total de 12 dermatologues il y avait 4 hommes et 8 femmes, soit un sex ratio de 0,5.

L'âge moyen était de 46.33 ans

Huit étaient libéraux, 3 hospitaliers, un seul avait un exercice mixte.



La distance moyenne par rapport au service de référence du CHU était de 34,14 km. Onze dermatologues exerçaient en milieu urbain (5 à Rouen ou agglomération rouennaise, 3 à Evreux, 2 à Dieppe, 1 au Havre) et 1 en milieu semi rural.



La durée d'installation moyenne était de : 16.83 années

5.2. Les entretiens

6 entretiens ont eu lieu au cabinet libéral du dermatologue, 1 entretien a eu lieu par le programme Skype, 1 par téléphone, 4 au sein d'un hôpital.

5.3. Analyse qualitative des résultats

5.3.1. Rôles et compétences du dermatologue

5.3.1.1 Une spécialité à part

La dermatologie semblait se différencier des autres spécialités sur plusieurs aspects. D'une part elle présentait une amplitude importante de pathologies.

« C'est une spécialité très large, très variée et difficile...l'amplitude de diagnostic est telle » D12, 52ans, H

La dermatologie présentait également un taux plus faible de mortalité, ainsi qu'une proportion de pathologies urgentes plus restreinte que les autres spécialités. La notion d'urgence en dermatologie semblait même être abordée avec humour par certains dermatologues.

« On meurt peu de dermatologie quand même ! » D7, 55ans, L

« De toute façon en dermato, il n'y a pas d'urgence.... [Rires]. C'est jamais urgent, urgent ... même une tumeur ce n'est pas à une semaine près, même pas à un mois près... moi l'urgence, ça me fait rire» D1, 54ans, L

« On a très peu de véritables urgences, on n'est pas cardiologues » D3, 54ans, L

La dermatologie apparaissait comme une spécialité où l'examen clinique était primordial. Il était principalement visuel. Les examens complémentaires y étaient rares. Contrairement aux autres spécialités, la dermatologie était beaucoup moins technique.

« La dermatologie est quand même une spécialité très visuelle » D9, 52ans, H

« En sémiologie dermato on insiste sur le côté maculeux, papuleux, induré etc. et ça c'est autant de mots clés » D5, 45ans, L

L'examen clinique, de l'ensemble du revêtement cutané y était essentiel. Le déshabillage était donc capital. Il permettait ainsi au dermatologue de découvrir souvent d'autres lésions que celle pour laquelle le patient était adressé.

« Les gens qui viennent me voir sont déshabillés de la tête aux pieds, c'est non négociable, donc quelquefois je vois des choses que le généraliste n'a pas vu » D6, 46ans, L

La compétence du dermatologue était unique, indispensable. Elle ne pouvait être substituée par celle d'un autre médecin. L'expérience jouait un grand rôle.

« Pour savoir le repérer, il faut de l'expérience, il faut l'œil du dermato » D1, 54ans, L

« La cardio tout ça c'est technique, alors que la dermato, il y a beaucoup de feeling, ce que l'on appelle le pif » D1, 54ans, L

5.3.1.2. Le manque de reconnaissance

Les dermatologues recherchaient une reconnaissance au niveau national de la part des politiques actuels. Ils souffraient d'être apparentés à l'esthétique et à la cosmétologie. Dans ce cadre, une de leur action syndicale a été la mise en place d'une journée nationale de dépistage.

« L'image de la dermatologie au niveau national c'est la cosmétologie... Il ont pas encore intégré que l'ablation d'un mélanome, c'est pas le remboursement d'un acte esthétique... on est en déficit de notoriété médicale. La pathologie cardiaque qui évolue sur 20 ans c'est grave, mais le mélanome ... C'est pour ça qu'on a mis en place la journée de dépistage, c'était au départ clairement une campagne publicitaire pour faire comprendre aux pouvoirs publics que la dermato c'est pas de la cosmeto » D12, 52ans, H

5.3.1.3. La pression des recommandations

Les recommandations de l'HAS évoluaient vers des recommandations opposables. Ceci suggérait une judiciarisation de la médecine, avec la notion de responsabilité médico-légale et l'augmentation des procès.

« Pendant un temps les recommandations HAS n'étaient que des recommandations et on sent que de plus en plus ça devient opposable [...] une des obligations des médecins généralistes est, en cas de suspicion d'une lésion atypique, [...] ils doivent, je dis bien, ils doivent, se débrouiller pour trouver un rendez-vous dans les 2 mois » D12, 52ans, H

« La plupart des procès contre les dermatos, c'est retard de diagnostic de mélanome » D12, 52ans, H

5.3.1.4. L'organisation de son exercice :

5.3.1.4.1. Son équipement

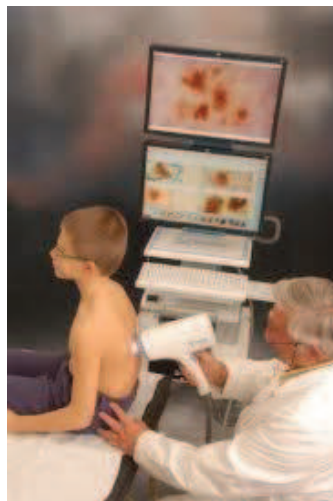
Un des outils diagnostiques spécifiques au dermatologue était le **dermatoscope**. Il s'agit d'un outil comprenant une ou plusieurs lentilles et un système d'éclairage. Il permet d'observer les lésions cutanées de façon précise, grossie, avec un éclairage adéquat. Il est particulièrement utile dans le diagnostic des nævus.

« Dans notre pratique, ces dernières années on a pas mal progressé avec le dermatoscope ça c'est évident » D5, 45ans, L



Pour le suivi de certains profils de patients à risque de cancer cutané, une des techniques utilisées par certains dermatologues était la **vidéo dermatoscopie**. Les lésions pigmentées de l'ensemble du revêtement cutané sont filmées à chaque consultation. Les images peuvent donc être comparées dans le cadre du suivi, à la recherche d'une modification de ces lésions.

« La vidéo dermatoscopie sur certains profil très à risque, c'est-à-dire qu'on enregistre les images et on a un suivi pour ces personnes » D12, 52ans, H



L'équipement informatique des cabinets libéraux de dermatologie était variable.

« Je ne suis pas du tout informatisé. C'est un monde que je ne connais pas » D1, 54ans, L

« Par internet, j'ai la messagerie [...] à longueur de journée j'ai des messages » D6, 46ans, L

5.3.1.4.2. La gestion des rendez-vous

C'était les secrétariats, téléphoniques ou dans le cabinet, qui géraient la majorité des rendez-vous.

« J'ai l'impression que notre secrétaire gère plutôt bien, elle garde les noms des patients et les rappelle s'il y a un désistement...C'est vrai que l'on n'a pas le temps de gérer en plus des demandes complémentaires... » D2, 31ans, L

Devant des délais de rendez-vous qui se sont allongés, certains dermatologues ont bloqué volontairement leur agenda.

« Pour moi quand ce n'est plus gérable on bloque le secrétariat » D7, 55ans, L

« Volontairement j'ai limité l'agenda à 3 mois » D3, 54ans, L

« On ne peut pas tout faire, il faut dormir la nuit, donc il y a un moment où on est obligé de dire stop » D3, 54ans, L

En milieu libéral, se posait également la question du temps de consultation.

« Il faut trouver l'équilibre entre l'alimentaire sans intérêt et puis le truc intéressant mais long » D7, 55ans, L

« J'ai arrêté le libéral car je n'avais plus le temps de le faire comme j'aimais, c'était trop lourd » D12, 52ans, L

La gestion des annulations apparaissait également comme l'une des difficultés.

« Si vraiment ils rappellent très fréquemment pour voir s'il y a une annulation, et si par miracle j'en ai une, compte tenu de l'assiduité qu'ils ont eu à retéléphoner, je me dis que pour eux ça pose un gros problème et je passe dans la notion d'urgence psychologique » D3, 54ans, L

« Ce qui est difficile aussi à gérer c'est les pas venu pas prévenu » D5, 45ans, L

5.3.1.4.3. La gestion des urgences

Les demandes de rendez-vous en urgence passaient par un circuit différent des rendez-vous classiques. La demande passait souvent par le dermatologue. Le critère d'urgence était d'ailleurs remis en cause par certains dermatologues.

« Ca me gonfle quand on me demande un rendez-vous en urgence pour une verrue qui fait mal. Je suis désolée, mais une verrue qui fait mal, ce n'est pas un motif d'urgence. Parce que dans le même temps, je vais refuser un gamin qui a de l'eczéma » D3, 54ans, L

« Il y a beaucoup d'urgences qui sont des urgences différées » D5, 45ans, L

La plupart des dermatologues interrogés avaient des plages de rendez-vous spécifiques pour les urgences : les créneaux d'urgence. Ils étaient gérés par les secrétaires et validés par le dermatologue.

« Il y en a un par jour que les secrétaires peuvent mettre, 3 à 4 le vendredi » D2, 32ans, L

« Des créneaux d'urgence qui se remplissent rapidement » D6, 46ans, L

Il existait au niveau du service de dermatologie du CHU de Rouen une consultation d'urgence. Il s'agissait de la consultation porte. C'était un des relais des généralistes en cas de demande d'avis dermatologique en urgence. Ces consultations ne se faisaient qu'après avis du médecin traitant. La consultation porte semblait poser le problème de son « succès ».

« Ce qui paraît logique c'est que quand lui ne se sent pas capable de prendre quelque chose en charge qu'il ait un accès peut être privilégié, qu'on a essayé de développer avec cette consultation » D12, 52ans, H

« Les gens peuvent parfois attendre 4 h ... On se demande si on va pas mettre des tickets comme au supermarché ! Ça se bouscule tellement... les gens deviennent vite agressifs » D12, 52ans, H

5.3.1.4.4. Coopération entre les dermatologues libéraux et hospitaliers

Il semblait exister une bonne coopération entre les dermatologues libéraux et hospitaliers, tout du moins avec le CHU de Rouen. La collaboration avec les services spécialisés de Paris semblait moins évidente.

« Je trouve que le CHU de Rouen pour un service hospitalier est très accessible... ce que j'apprécie c'est que j'envoie un mail à [...] on a une réponse en pratiquement 48h,

chose qu'on n'obtient pas forcément avec certains services comme st Louis » D1, 54ans, L

« J'apprécie beaucoup de la part du service de l'hôpital et c'est des gens qui sont très accessibles », D8, 62ans, L

5.3.1.5. Les liens du dermatologue avec le patient

5.3.1.5.1. Une accessibilité limitée

5.3.1.5.1.1. Les délais de rendez-vous longs

Les délais de rendez-vous classiques, après appel par le patient, étaient considérés comme longs par les dermatologues. De plus, ces délais s'allongeaient.

« Ça s'allonge, ça s'allonge, je regarde (sur son agenda) vers le 6-7 juin (environ 3 mois) » D8, 62ans, L

« Il suffit de regarder, nous à Evreux, à une époque, on était 12 dermatos, d'ici 4 ans, il n'y en aura plus que 3 donc après vous dites « les délais d'attente.. » bah oui, mais ça va empirer ! » D1, 54ans, L

Cependant ces délais étaient nettement raccourcis après appel du médecin traitant.

« On a des rendez-vous d'urgence, dans la semaine sur coup de fil du médecin traitant [...] quand le médecin traitant appelle c'est rapide, la semaine » D4, 32ans, L

« La journée même, le lendemain, en général j'essaie de les voir dans la semaine » D6, 46, L

Ces délais de rendez-vous avaient pour certains de nettes conséquences négatives, principalement la perte de chance.

« Il y a toujours des patients qui passent au travers de tout, qui attendent gentiment les 6 mois de délais et effectivement si ils ont un mélanome c'est un peu dommage quoi, les délais de rendez-vous c'est vraiment un handicap » D6, 46ans, L

« On considère que 3 mois c'est pas encore trop une perte de chance mais après... » D12, 52ans, H

A l'inverse, il pouvait y avoir une guérison spontanée de la lésion pendant le délai d'attente.

« On a souvent des patients qui viennent alors qu'ils n'ont plus rien, comme les délais sont un peu longs et bien c'est guéri entre deux » D2, 32ans, L

Les dermatologues se plaignaient également de certains patients très revendicatifs,

et qui manquaient de flexibilité sur les horaires de rendez-vous.

« Les patients quand même, ils veulent le rendez-vous tout de suite maintenant à l'heure où ça les arrange, sans faire rater l'école aux enfants, tous les jours mais non 8 h c'est trop tôt etc. » D5, 45ans, L

5.3.1.5.1.2. Les consultations hospitalières

L'accessibilité aux consultations dermatologiques hospitalières semblait encore plus restreinte.

« Au niveau de mon activité hospitalière j'ai fait un blocage. Je suis extrêmement hermétique » D12, 52ans, H

5.3.1.5.1.3. Accessibilité en milieu rural

Du fait de la répartition des spécialistes, présents principalement en milieu urbain, l'accessibilité des patients ruraux aux consultations de dermatologie était faible. Les longues distances parcourues avaient pour conséquence une diminution du nombre de rendez-vous et donc une modification du type de prise en charge.

« On a des patients qui viennent de la Somme, qui font des trajets pas possibles, alors ça modifie notre façon d'exercer [...] c'est de la dermatologie très particulière, un peu bizarre parce que les gens reviennent pas » D6, 46ans, L

5.3.1.5.1.4. La limite financière

La limite financière potentielle pour l'accès à une consultation spécialisée a été reconnue par un des dermatologues interrogés.

« Il y a des gens qui disent j'ai pas les sous pour consulter, donc je crois que de temps en temps c'est quand même vrai, mais c'est peut-être des gens je dirais qui ne gèrent pas intellectuellement correctement leur budget » D12, 52ans, H

5.3.1.5.2. Réassurance du patient par avis du spécialiste

De par sa position de spécialiste, l'avis du dermatologue rassurait souvent le patient même s'il n'entraînait pas de modification de prise en charge ultérieure.

« Le patient est rassuré, même si la consultation spécialiste ne fait que confirmer celle du généraliste .D6, 46ans, L »

5.3.1.5.3. Education du patient

Un des rôles du dermatologue était l'éducation thérapeutique du patient, notamment par rapport aux conseils hygiéno-diététiques. Ce rôle était facilité par le temps disponible consacré à la consultation uniquement dermatologique.

« Nous on va passer toute la consultation là-dessus, c'est-à-dire que l'on va passer 15-20 min à leur expliquer comment se laver, comment se crémér et quelle crème mettre, mais on a nos 20 min de consultations pour faire ça » D3, 54ans, L

5.3.1.5.4. Recrutement de patients

L'activité du dermatologue et son type de consultation et de patients, dépendait à priori des dermatologues. Certains d'entre eux affichaient clairement aux patients leur préférence d'exercice.

« Quasiment pas de demande concernant l'apparence pure car je n'en fais pas, il y a des collègues qui font ça avec beaucoup de gentillesse ce qui n'est pas mon cas. Ils se font envoyer bouler si ils me posent la question » D7, 55ans, L

« Quand on me fait « la danse du scalp pour une poussée d'acné, non ! Je suis une garce [...] je m'en fous les gens me détestent, ce n'est pas grave ! » D3, 54, L

5.3.1.5.5. Négligence de certains patients

Certains patients apparaissaient négligents face à la pathologie dermatologique, en particulier les hommes et principalement face à la cancérologie.

« Pour la cancéro, c'est souvent des gens qui se sont laissés aller » D1, 31ans, H

« C'est un jeune patient, je pense que c'est aussi la politique de l'autruche des hommes en particulier, qui ont un truc qui change, leur femme leur a dit va le montrer, ne laisse pas ça, mais ça me fait pas mal ...et puis on se retrouve 6 mois plus tard avec un mélanome » D12, 52ans, H

5.3.3. Rôles et compétences du médecin généraliste

5.3.3.1. Le médecin généraliste face à la dermatologie :

5.3.3.1.1. Variabilité des compétences

Les compétences en dermatologie des généralistes étaient évaluées de façon assez variable selon les dermatologues interrogés. Certains reconnaissaient une bonne capacité des médecins généralistes.

« Sincèrement, je pense qu'ils gèrent bien, j'ai rien à dire sur la façon de gérer les patients. » D6, 46ans, L

D'autres considéraient les compétences du généraliste avec plus de sévérité.

« Pour moi ils n'ont pas de compétence » D9, 52ans, H

« Le diagnostic et le traitement c'est un grand mystère pour eux. » D1, 54ans, L

5.3.3.1.2. Facteurs influençant le niveau de compétences

Les compétences semblaient différer selon l'intérêt porté par le généraliste à la dermatologie.

« C'est assez individuel, il y a des généralistes qui s'intéressent et qui gèrent très bien et puis il y a des généralistes qui gèrent pas bien » D9, 52ans, H

« Il y a certains généralistes, la dermato c'est pas leur truc » D6, 46ans, L

Le passage en stage de dermatologie lors du cursus universitaire était reconnu comme un facteur déterminant des compétences du médecin généraliste. Cependant ce stage n'était pas accessible à tous les étudiants du fait du manque de place.

« S'ils n'ont pas fait de stage de dermato, je ne vois pas comment ils peuvent faire et connaître les problèmes de dermato » D1, 54ans, L

« A Rouen, il y a un service très formateur mais ils peuvent pas recevoir tous les externes ou internes de médecine générale...Je pense que la dermato c'est une spécialité où il faut aller en stage » D5, 45ans, L

L'expérience semblait jouer un rôle important dans l'amélioration des compétences.

« A force, on finit par se souvenir, « tiens j'ai vu ce patient là, je l'ai envoyé chez le dermato, le dermato me répond qu'il a ça, bon bah petit à petit ça fini par rentrer. C'est l'expérience, c'est l'expérience, y'a pas... » D1, 54ans, L

« Je pense que ça demande une certaine expérience et ça nécessite de voir beaucoup de lésions avant d'arriver à en faire un diagnostic. » D2, 32ans, L

Le généraliste semblait particulièrement compétent pour ce qui était du suivi global d'une pathologie cutanée.

« Pour le suivi dès que l'on a une maladie qui est diagnostiquée avec un traitement qui est mis en route il n'y a jamais de souci, le suivi est bien ordonné, bien supervisé par le médecin traitant » D10, 41ans, H

Un dermatologue a remarqué l'amélioration des compétences des généralistes au cours de son expérience.

« Globalement les médecins généralistes depuis que je suis installée ont beaucoup progressé en matière dermatologique » D3, 54ans, L

5.3.3.1.3. Une négligence des généralistes

Les médecins généralistes apparaissaient négligents face à l'examen du revêtement cutané. En particulier, les dermatologues se plaignaient du manque de déshabillage systématique des patients.

« Combien de médecins avez-vous vu dans votre carrière qui examine un patient de la tête aux pieds au moins une fois par an... » D12, 52ans, H

« Très souvent ils regardent même pas, pff » D9, 52ans, H

Cependant, de façon parallèle à cette plainte, les dermatologues reconnaissaient la difficulté d'exercice des généralistes. En particulier, ils admettaient la contrainte de temps et la pluralité des motifs de consultation. Certains ont d'ailleurs eu eux même une expérience en tant que médecin généraliste.

« En médecine générale, la dermatologie est rarement le point axial de la consultation, c'est quand vous avez déjà dépatouillé la tension, le machin, le bidule, la gestion de mon même est malade mais faut que j'aille au boulot et puis à la fin « ah docteur, j'ai un bouton ici » D3, 54ans, L

« Je sais comment ça se passe en médecine générale : docteur il faut regarder ma tension, mon ordonnance, ma petite fille elle a ça, j'ai besoin d'un certificat et puis mon

bouton il me gratte toujours. » D12, 52ans, H

5.3.3.2. Les difficultés des médecins généralistes

A la question : « *Selon vous, quelles sont les difficultés des médecins généralistes pour la prise en charge des problèmes dermatologiques ?* » un des dermatologues a répondu :

« Vaste sujet (rires)... » D8, 62ans, L.

Les difficultés des généralistes apparaissaient donc variées.

5.3.3.2.1. Difficultés selon les pathologies

Les compétences en dermatologie du généraliste dépendaient du type de pathologie dermatologique. En particulier, la cancérologie semblait poser plus de problèmes. A l'inverse, les pathologies telles que l'acné, étaient bien gérées par le médecin généraliste.

« L'acné, les verrues, ça c'est des trucs que les généralistes connaissent » D6, 46ans, L

« C'est souvent les tumeurs cutanées qu'ils n'arrivent pas bien à cerner » D8, 62ans, L

La cancérologie apparaissait comme l'un des domaines posant le plus de difficultés au médecin généraliste.

Le mélanome en particulier était une pathologie très pourvoyeuse de stress chez le généraliste. Il générait une angoisse du professionnel avec la peur permanente de passer à côté du diagnostic.

« Quand on a fait un diagnostic de mélanome, généralement il y a tout un stress derrière, le médecin traitant pendant un bout de temps nous envoie beaucoup de trucs parce qu'il s'est fait peur lui-même » D6, 46ans, L

La gale était une des pathologies problématiques pour le médecin généraliste, tant du point de vue diagnostique que thérapeutique.

« Si on fait une ordonnance d'Ascabiol et bah on court à la cata-, les gens ne l'appliquent pas comme il faut, ils ne font pas la désinfection à côté, donc on vous écrit une lettre monsieur se gratte depuis 6 mois, il a eu 15 badigeons d'Ascabiol ça marche pas qu'est ce qu'on fait » D9, 52ans, H

Les pathologies vasculaires en particulier les ulcères étaient un des motifs fréquents d'avis spécialisés. C'était principalement leur prise en charge thérapeutique qui

posait problème.

« Ils sont surtout très embêtés par la pathologie vasculaire, tout ce qui est plaie, ulcère, escarre » D9, 52ans, L

« Des ulcères ils appelaient pas mal pour ça parce que en plus c'est vrai que c'est quelque chose qui n'est pas facile à gérer en ville » D11, 31ans, H

5.3.3.2. Difficultés d'évaluation du degré d'urgence

L'évaluation du degré d'urgence était une des grandes difficultés du généraliste, reconnue par les dermatologues. Cette compétence semblait différer selon les pathologies, les médecins traitant et les dermatologues.

« J'ai l'impression qu'il y a un souci d'évaluation de la problématique dermato » D10, 41ans, H

« En permanence on a l'impression de gérer des choses sur le fil du rasoir en se disant mince coup de chance que son médecin traitant lui ai dit de pas attendre le délai », D6, 46ans, L

« Ils sont incapables de juger si c'est urgent ou pas » D1, 54ans, L

5.3.3.3. Liens entre le médecin généraliste et le patient :

Les patients exerçaient une pression sur leur médecin pour avoir l'avis du spécialiste. Ils avaient une confiance variable dans les compétences dermatologiques de leur généraliste. Il arrivait même que certains patients cachent à leur médecin traitant leur rendez-vous chez le spécialiste de peur de les vexer.

« Ils ont peur qu'il soit passé à côté de quelque chose » D6,46ans,L

« Les patients disent écrivez pas au docteur parce qu'il va pas être content » D9, 52ans, H

5.3.4. Coopération entre le dermatologue et le médecin généraliste

5.3.4.1. Indication des référencement

Les motifs de demande d'avis spécialisés étaient très vastes.

« Ce que l'on voit c'est euh, c'est tellement vaste qu'on peut parler de toute la

dermato » D12, 52ans, H

D'un point de vue diagnostique, les avis demandés concernaient majoritairement les pathologies cancéreuses, en particulier les naevi suspects.

« Le vilain petit canard sur la peau globalement ils sont adressés » D4, 32ans, L

« Comme motif de consultation, je dirais quand même avant tout avis sur un naevus suspect, ça reste quand même le premier motif je pense de consult demandé par les généralistes » D5, 45ans, L

Les avis thérapeutiques concernaient particulièrement des traitements lourds, dont la prescription est limitée aux spécialistes.

« Le pso quand même quand il faut mettre des traitements comme le méthotrexate ou des biothérapies bah il faut quand même que ce soit le dermato » D11, 31ans, H

« Les mises en route de traitement un peu complexes comme le Roaccutane [...] pour l'instant ils peuvent pas prescrire le Protopic, ils sont coincés » D5, 45ans, L

Certains avis thérapeutiques concernaient des situations d'échec thérapeutique, par exemple dans le cadre de l'urticaire.

« Les urticaires quand vraiment ils ne savent plus quoi foutre, c'est-à-dire qu'on nous les envoie, ils sont déjà blindés de corticoïdes jusqu'aux oreilles donc moi après ça il ne me reste que la cathédrale ou la mosquée selon... » D3, 54ans, L

Certains avis étaient demandés en urgence. Les éruptions et les mélanomes en faisaient partie.

« En fait c'est plutôt pour des éruptions, en urgence ce n'est pas pour une lésion en particulier » D2, 32ans, L

« Quand manifestement ils pensent que c'est un mélanome ils sont adressés en urgence » D7, 55ans, L

Un autre motif de demande d'avis était la nécessité de geste technique, diagnostique ou thérapeutique.

« Par exemple quand il y a besoin d'une biopsie avec immunofluorescence » D6, 46ans, L

« Il y a des généralistes qui retirent les molluscum, d'autres qui n'ont pas envie et je les comprends car ça crée pas forcément des bons rapports avec les petits » D6, 46ans, L

L'avis spécialisé du dermatologue pouvait également être demandé si le médecin généraliste ressentait le besoin d'un relais, parfois pour se protéger dans le cadre médico-légal.

« On sent que c'est pas grave mais il y a un facteur humain, on sent que le patient en a assez, le médecin un peu aussi...le médecin traitant il avait pas besoin de mon avis il avait juste besoin de passer la main, que les patients reprennent confiance » D6, 46ans, L

« Je pense que les généralistes qui ont eu des problèmes médico légaux ou qui sont blasés dans leur exercice envoie beaucoup plus systématiquement » D7, 55ans, L

5.3.4.2. Les rapports humains

Les rapports humains, en particulier les affinités personnelles jouaient un rôle dans la coopération ou non entre les professionnels.

« J'exerce depuis pas mal de temps, on finit par se connaître, on s'entend bien, bon voilà c'est vraiment des questions de rapports humains » D1, 54ans, L

A la question concernant l'éventualité de conflit avec les généralistes, tous les dermatologues interrogés semblaient satisfaits de leurs rapports avec eux.

« Ah non justement je pense qu'il y a un besoin d'échanges qui est important, il n'y a pas du tout de conflit au contraire » D10, 41ans, H

« Bah non j'ai pas souvenir d'avoir eu de problèmes, après je trouve que quand on prend son téléphone, déjà ils sont souvent contents qu'on les appelle » D11, 31ans, H

5.3.4.3. Moyens de communication

Dans le cadre de la coopération entre généralistes et dermatologues, les moyens de communication étaient divers.

« Moi ils peuvent m'envoyer des photos, me téléphoner, oui moi tous les moyens sont bons » D5, 45ans, L

5.3.4.3.1. Le téléphone

5.3.4.3.1.1 L'accessibilité par téléphone

Le téléphone était utilisé de façon indirecte le plus souvent. Les généralistes communiquaient avec les secrétaires et éventuellement laissaient un message qui était transmis au dermatologue.

« Via le secrétariat : par internet, j'ai la messagerie...à longueur de journée j'ai des messages du Dr untel pour tel patient, tel problème » D6, 46ans, L

Certains professionnels communiquaient également de façon directe par le téléphone, sans passer par le secrétariat.

« Certains médecins ont la ligne directe de mon cabinet » D4, 32ans, L

Les dermatologues reconnaissaient cependant une limite d'accessibilité aux conversations téléphoniques, notamment du fait de l'impossibilité de répondre pendant les interventions.

« Si je suis en train de faire une intervention, je réponds pas évidemment [...] faut peut-être m'appeler plusieurs fois pour m'avoir [...] pour eux, il y a un peu la notion de parcours du combattant » D5, 45ans, L

« Dans une journée, on fait beaucoup de petites interventions, donc il y a pleins de moments où ça sonne et je réponds pas parce que je suis en train de faire une anesthésie etc. » D8, 62ans, L

5.3.4.3.1.2. Les avis téléphoniques

Certaines conversations téléphoniques pour demande d'avis pouvaient être conclues par une proposition de test thérapeutique.

« Après un échange que je leur dise bah essaie ça si ça marche pas je le vois ».D6, 46ans, L

Parfois, il s'agissait de demande d'estimation du degré d'urgence de consultation spécialisée.

« Le téléphone marche très bien, ils nous expliquent, et on leur dit effectivement, ça me semble urgent, je vais te le voir demain ou... » D1, 54ans, L

5.3.4.3.2. Le courrier

Le courrier était un moyen de communication classique et fréquent entre les professionnels. Il y était relaté le motif de la demande d'avis. Les dermatologues regrettaient le manque d'objectivité de certains courriers dans le but d'accélérer le rendez-vous.

« La situation est un peu grossie pour qu'on accepte de voir le patient... le soi-disant aigue traine depuis 6 mois mais bon » D6, 45ans, L

« Après il y a quelques collègues qui mmm ... qui biaisent leur courrier et ça nous agace ; par ce que le caractère non urgent est bien connu par le patient et par son médecin » D12, 52ans, H

5.3.4.3.3. Le mail

La communication par email, plus récente, était également un des moyens utilisés par les professionnels. Cependant cet usage ne concernait que quelques dermatologues. Il a été souligné l'avantage de la possibilité de visualisation des mails en différé dans le temps et dans un lieu différent.

« J'ai une adresse mail de la clinique [... donc ils peuvent passer par là » D6, 46ans, L

« L'intérêt des mails, c'est qu'éventuellement, on peut les visualiser en dehors du cabinet, le soir à la maison par exemple » D2, 32ans, L

5.3.4.4. Réforme du parcours de soin

5.3.4.4.1. Accès direct

La proportion de patients en accès direct semblait différer selon les dermatologues.

« Actuellement j'ai très peu de personnes qui viennent directement, peut être une dans la journée c'est tout » D6, 46ans, L

« Je dois être à 45 % de patients adressés directement plus les patients adressés que je revois » D7, 55ans, L

5.3.4.4.2. Conséquences de la réforme

5.3.4.4.2.1. Conséquence sur la communication

La réforme du médecin traitant a augmenté et amélioré la communication entre les spécialistes et les généralistes.

« C'est beaucoup mieux au niveau communication entre nous » D2, 31ans, L

« Maintenant je réponds systématiquement à tous car c'est l'esprit actuel » D7, 55ans, L

« Je pense qu'on se force plus à répondre que c'était fait avant puisqu'il y a plus de suivi » D4, 32ans, L

5.3.4.4.2.2. Les revers négatifs des courriers

Cette obligation de courrier était reconnue comme chronophage.

« Ca fait perdre beaucoup de temps » D2, 31ans, L

Certains courriers étaient faits par les secrétaires.

« Vous avez aussi des lettres qui sont faites par la secrétaire, combien de fois je me dis il n'y a pas grand-chose sur la lettre et le patient me dit « ah mais je ne l'ai pas vu, c'est la secrétaire qui m'a griffonné ça en me disant allez voir le Dr... » D8, 62ans L

Certains courriers n'étaient demandés que dans l'objectif du remboursement.

« Il y en a beaucoup qui ont le tonus de demander une lettre parce que comme ça ils sont remboursés » D9, 52ans, H

5.3.4.4.2.3. Conséquence sur le délai de consultation

Le passage obligatoire par le médecin traitant semblait avoir allongé le délai de prise en charge par le dermatologue.

« On voit des personnes qui auraient consulté le dermato plus rapidement » D1, 54ans, L

5.3.4.5. Les « doléances » des dermatologues aux généralistes :

5.3.4.5.1. Les dermocorticoïdes

A plusieurs reprises, les dermatologues se sont plaints d'une mauvaise utilisation des dermocorticoïdes. Il existait à la fois une corticophobie répandue chez les médecins généralistes, et également un excès d'utilisation.

« La corticophobie de certains médecins et inversement j'ai vu du Dermoval sur un petit eczéma de joue de bébé donc c'est vrai que les dermocorticoïdes sont mal utilisés parfois, dans les 2 sens » D5, 45ans, L

5.3.4.5.2. Les plaies chroniques

Les dermatologues auraient souhaité que les plaies chroniques soient plus souvent et mieux prises en charge par les généralistes. Ils ont souligné notamment l'importance du bilan étiologique dans le cadre des ulcères.

« Je pense que les plaies chroniques devraient être plus prises en charge par le médecin généraliste et elles le sont pas... généralement l'étiologie est multiple et le généraliste, normalement lui est capable de savoir si son patient il a des antécédents d'athérome, si il est diabétique... » D9, 52ans, H

« Les médecins généralistes font parfois des prescriptions de plaies chroniques sans ouvrir les pansements » D9, 52ans, H

5.3.4.5.3. Les mycoses

Les dermatologues se sont plaints de la mauvaise prise en charge des mycoses. En particulier pour les onychomycoses, ils auraient souhaité un prélèvement préalable au traitement. La prise en charge ultérieure aurait été alors nettement facilitée.

« Pas de prélèvement et ils prescrivent un traitement d'emblée et puis quand ça marche pas les patients viennent voir le dermato mais comme ils ont été traités il y a pas longtemps bah le prélèvement myco c'est pas la peine, il faut attendre 2 mois donc ça fait perdre du temps à tt le monde » D5, 45ans, L

« Les onychomycoses très souvent chez les généralistes : un ongle malfoutu c'est une onychomycose, pas de prélèvement et ils prescrivent un traitement d'emblée » D5, 45ans, L

5.3.4.5.4. Pas de traitement d'épreuve

Pour les spécialistes, une règle essentielle de la pratique dermatologique était le fait de ne pas prescrire sans qu'il y ait eu un diagnostic établi au préalable.

« Il y a un dogme, c'est le dogme du dermatologue : on applique pas si on a pas de diagnostic, c'est pas le dogme du généraliste enfin pour certains » D9, 52ans, H

« Il est pas normal de voir des gens arriver avec une dermite cortisonée au niveau de la face parce que le généraliste a mis du Diprosone ou du Dermoval pendant un an sur une face sans savoir ce que c'était » D9, 52ans, H

5.3.4.5.5. Les lésions trainantes

Toute lésion trainante devait entraîner la méfiance de la part des généralistes. Ceci permettait d'éviter les retards diagnostiques.

« Il y a une règle d'un vieux patron un peu rigide : toute lésion qui ne disparaît pas au bout de 3 semaines doit faire appel à un avis dermato. Alors c'est la théorie mais bon [...] il est pas normal qu'on voit à la consultation d'urgence des gens arriver avec le mélanome sur la jambe et le ganglion à l'aîne » D12, 52ans, L

5.3.4.5.6. Les profils à risque

Les profils de patients à risque cancéreux n'étaient pas suffisamment repérés par les généralistes.

« Pour les collègues généralistes qui pour les mélanomes n'ont pas forcément un bon repérage non pas de la tumeur mais de la personne » D12, 52ans, H

5.3.5. Propositions pour améliorer la prise en charge

5.3.5.1. La formation des médecins généralistes

5.3.5.1.1. La Formation Médicale Continue

Les dermatologues ont souvent évoqué la formation médicale continue (FMC) des généralistes comme solution pour améliorer leur prise en charge des pathologies

cutanées. Ils étaient plusieurs à en avoir déjà organisé. Cependant ils se plaignaient du manque de succès de ces FMC auprès des généralistes.

« J'ai fait beaucoup de topos ouverts aux généralistes, ouverts aux infirmiers, 2 généralistes pour 25 infirmiers. » D9, 52ans, H

« J'ai fait un topo ils étaient 5, 6,7 généralistes donc c'est des petits groupes à chaque fois, on touche des petits groupes de FMC, après il faudrait motiver pour que les gens ils viennent » D10, 41ans, L

Par ailleurs les thèmes de ces FMC devaient être adaptés à la pratique de la médecine générale.

« Il faut que les thèmes, ce soit le premier contact avec la pathologie dermatologique courante : la bobologie infectieuse dermato comme érysipèle, impétigo, maladies éruptives de l'enfant qui relèvent du généraliste quand même » D9, 52ans, H

« Nous on a notre œil de dermato où on voit effectivement des trucs assez lourds et compliqués et on pense que ce sont ces difficultés là que vous avez alors que c'est pas du tout le cas » D10, 41ans, H

5.3.5.1.2. La formation pendant le cursus

La formation des généralistes pendant le cursus était également un moyen d'améliorer les compétences des généralistes. En particulier le passage dans le service de dermatologie, notamment aux consultations semblait le mode de formation le plus rentable.

« Une espèce d'obligation de passer peut être pas effectivement un stage complet parce que ce serait trop, une espèce de consultation obligatoire, un nombre de consultations » D10, 41ans, H

« Imaginer qu'il y ait des internes de médecine générale qui puissent passer en dermato, ça serait chouette » D11, 31ans, H

5.3.5.2. L'absence de solution ?

Certains dermatologues étaient ouverts à des solutions mais n'avaient pas d'idées concrètes à proposer.

« Je n'ai pas énormément d'idées... » D2, 32ans, L

« A vous de nous dire après quels échanges seraient plus constructifs, quelles méthodes de travail ensemble » D10, 41ans, H

« Je dis toujours à mon secrétariat ou à mes confrères si vous avez des solutions je suis ouverte, je suis prête à vous écouter » D6, 46ans, L

5.3.5.3. La consultation annuelle de dermatologie

Une des propositions des dermatologues a été l'instauration d'un système permettant au généraliste de pratiquer une consultation annuelle de dermatologie, avec examen complet du revêtement cutané.

« Je pense que si le système de soin permettait au médecin d'examiner son patient une fois par an, tranquillement », D12, 52ans, H

5.3.5.4. La télédermatologie

5.3.5.4.1. Justifications

Aux yeux de certains dermatologues, la télédermatologie permettrait d'améliorer la prise en charge de certains patients et de diminuer le nombre d'avis.

« Il y a toute une organisation avec ces photos à faire mais on rendrait des services j'imagine à un tas de patients, » D10, 41, H

« Ça pourrait améliorer et permettre de ne pas voir des patients pour pas grand-chose ».D4, 32ans, L

5.3.5.4.2. Utilisation informelle généralisée

La plupart des dermatologues interrogés pratiquaient déjà la télédermatologie, c'est-à-dire l'envoi de photo avec leur confrère. Cette pratique se faisait de façon informelle, entre professionnels qui se connaissaient, et sans cadre légal.

« Ça m'arrive assez régulièrement de donner des avis sur des photos », D9, 52ans, H

« [Un généraliste] m'envoie des photos [rires] sur le téléphone portable, mais d'un point de vue pas officiel » D4, 32ans, L

Un dermatologue a évoqué l'utilisation de photo de lésions par les patients eux-mêmes. Il a noté cependant le manque d'intérêt d'une telle pratique.

« Quand les patients arrivent avec leur petit téléphone portable et qu'ils me montrent la photo qu'ils ont pris...bah montre-moi la photo de ton chien, ça va autant m'intéresser ! » D3, 54ans, L

5.3.5.4.3 Indications

5.3.5.4.3.1. Les difficultés d'accès

Une des indications de la télédermatologie était la prise en charge des patients qui

n'avaient pas accès à des consultations spécialisées. Cette difficulté d'accès pouvait être secondaire à leur lieu d'habitation en milieu rural, à leur âge, à leur défaut de mobilité.

« Des gens qui sont assez loin et qui ont pas accès aux consultations » D10, 41ans, H

« Pour des gens non déplaçables oui. Pour les personnes âgées c'est une ambulance c'est un bard, c'est 3 heures d'attente, c'est de la douleur, de l'angoisse, une autre ambulance etc., je pense qu'il faut évaluer l'efficacité médicale d'un avis dans le service avec le plateau technique par rapport à l'inconfort du patient » D12, 52ans, H

5.3.5.4.3.2. Le suivi des ulcères

Une autre indication de ce système aurait été le suivi des ulcères, avec une orientation de prise en charge.

« Déjà un ulcère si on voit une photo on va déjà savoir dire est ce que tu as fait un écho doppler, dire bon c'est fibrineux moi je mettrais ça , les bandes de contention » D11, 31ans, H

5.3.5.4.3.3. L'évaluation du délai d'urgence

Le délai dans lequel le spécialiste devait voir le patient pouvait également être évalué par un système de télédermatologie :

« Je pense que l'intérêt c'est de voir dans quel délai il faut voir les patients » D2, 32ans, L

« Je pense que ça peut être pas mal pour faire un peu de débrouillage entre ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas » D11, 31ans, H

5.3.5.4.3.4. L'orientation diagnostique

La télédermatologie pouvait être un moyen d'orientation diagnostique, notamment face à des lésions cutanées.

« Les tumeurs pigmentées ça peut permettre de faire un petit peu le tri » D4, 32ans, L

« On peut se positionner sur des tumeurs, des plaies et après ça peut être que des orientations » D10, 41ans, H

5.3.5.4.3.5. Les mauvaises indications

A l'inverse, un système de télé expertise dermatologique n'aurait pas été utile pour le diagnostic de gale, ni pour la prise en charge de l'eczéma.

« Une gale ça va pas nous aider parce que les lésions sont quand même très minutieuses, c'est minutieux à rechercher » D11, 31, H

« Sur un eczéma ca me sert à rien une photo, on m'explique et après c'est l'interrogatoire du patient qui va m'apporter quelque chose » D6, 46ans, L

Par ailleurs, aucun geste technique ne serait évidemment faisable via un tel système.

« Tous les petits gestes technique tout ça on ne va pas les faire par internet donc... [Rires] » D8, 62ans, L

5.3.5.4.4. Propositions de fonctionnement

Entre l'utilisation de la photo ou de la vidéo, le mode choisi semblait dépendre de l'indication. La photo semblait plus adaptée aux lésions uniques, la vidéo aux lésions étendues.

« Si c'est vraiment une lésion simple, une tumeur je sais pas une plaque, quelque chose à regarder les photos peuvent suffire... dès que c'est une dermatose étendue ça semble quand même plus compliqué les photos » D10, 41ans, H

Concernant le mode de fonctionnement, l'utilisation d'un site internet a été proposée :

« Il faudrait un site internet... » D1, 54ans, L

Quelque soit le mode de fonctionnement exact choisi, la mise en place d'un tel système semblait nécessiter une grosse infrastructure :

« Ça suppose une infrastructure qui est quand même assez lourde » D8, 62ans, L

Pour qu'un système de télédermatologie soit exploitable, la ou les photos devaient être accompagnées d'un certain nombre de renseignements tels que l'anamnèse, le traitement, les antécédents, le reste de l'examen clinique.

« Si les bonnes questions, si l'anamnèse est bien posée, si on a des renseignements sur les médicaments, sur les antécédents et si on a un examen clinique minimal, une photo peut être exploitable » D9, 52ans, H

L'envoi d'une demande d'avis par téléexpertise devait être signalé au dermatologue, soit par le médecin généraliste soit par le patient, via la secrétaire.

« Ça serait bien que la secrétaire soit au courant que l'on reçoit un mail » D2, 32ans, L

« Ça peut être le patient d'ailleurs qui appelle et qui dit j'ai besoin d'être vu plus ou

moins rapidement, mon médecin vous envoie les photos » D2, 32ans, L

Un des dermatologues a imaginé plutôt une plage horaire hebdomadaire pour répondre aux avis.

« On envoie des mails et un créneau où le médecin regarde ses mails. Faudrait qu'au lieu d'avoir une consultation passer une après-midi où le médecin regarde ses mails » D11, 31ans, H

Le délai de réponse possible semblait être dans la semaine, même si l'idéal aurait été dans la journée.

« Si je suis disponible, y'a pas de souci dans la semaine largement » D2, 32ans, L

« Mais l'intérêt je pense c'est même de le faire plutôt dans la journée, parce que si c'est urgent... » D2, 32ans, L

La majorité des dermatologues interrogés envisageait plutôt un système géré par le milieu hospitalier. Ce système aurait été apparenté à un système de garde, avec un roulement des interlocuteurs.

« Il y a suffisamment d'internes, de chefs de clinique et tout ça... ils pourraient faire des roulements et puis un jour c'est tel hôpital, un jour c'est l'autre.... à long terme, d'ici 5 ans, ce n'est pas avec les dermatos de ville que l'on pourra organiser des séances comme ça, c'est impossible » D1, 54ans, L

« Institutionnaliser ça sur un système de pseudo garde » D5, 45ans, L

5.3.5.4.5. Les limites

5.3.5.4.5.1. Difficultés d'interprétation de la photo

L'ensemble des dermatologues interrogés a notifié la grande difficulté à se prononcer sur un diagnostic à partir d'une photo.

« Le problème c'est qu'une photo je peux pas faire un diagnostic dessus » D6, 46ans, L

« Donner un avis ferme et définitif sur une photo ça apparaît compliqué ».D2, 32ans, L

« On va se dire, est ce que sur sa saloperie de photo, est ce que j'ai vraiment bien vu ce qu'il y avait à voir, » D3, 54ans, L

En effet l'interprétation dépendait de l'angle de prise.

« Pour pleins d'autres choses je trouve que la photo en fonction de l'angle sous

lequel elle est prise, tu vois pas de la même façon » D4, 32ans, L

« Malgré des conditions optimales on est souvent gêné de ne pas pouvoir tourner autour de la lésion sous différents angles » D7, 55ans, L

Une des autres limites de la photo était de n'avoir qu'une vue partielle du revêtement cutané.

« On est embêté sur la prise de photo parce que on a envie de retourner le malade et de regarder de l'autre côté , de vérifier dans les plis » D10, 41ans, H

A plusieurs reprises, les dermatologues ont signalé le manque du toucher sur les photos.

« C'est vrai que l'on a besoin de voir mais de palper aussi » D2, 32ans, L

« il y a des lésions qu'on palpe plus qu'on ne voit » D5, 45ans, L

Les médecins généralistes avaient besoin d'être formés à la prise de photo en conditions standards. Ceci permettrait que les modalités telles que l'éclairage, le repérage de taille soient respectées.

« Il faut vraiment des gens qui ont l'habitude de prendre des photos et qui savent les prendre avec un éclairage cohérent, avec un matériel reproductible, parce qu'il faut que l'on ait toujours à peu près les même choses, avec un repérage de taille » D3, 54ans, L

5.3.5.4.5.2. Limite de l'équipement

Ce système imposait la mise en place pour tous les professionnels concernés d'équipements informatiques et visuels, compatibles.

« Ce n'est pas encore adapté, il nous faut tous des écrans HD des webcams HD. C'est juste pas possible » D3, 54ans, L

« La télémédecine c'est bien mais il faudrait que tout le monde soit équipé » D1, 54ans, L

5.3.5.4.5.3. Responsabilité médico légale

La télédermatologie a soulevé la question de la responsabilité médico-légale des interlocuteurs, en particulier dans le cas des pathologies cancéreuses.

« Je pense que pour la pathologie tumorale c'est pas possible, ça pose des

problèmes médico légaux » D9, 52ans, H

« Un système de dermato d'urgence, en terme de responsabilité, c'est compliqué, si finalement l'avis tarde... » D5, 45ans, L

5.3.5.4.5.4. Limite de temps

Un des limites évoquées était également celle du caractère chronophage d'un tel système. La conséquence potentielle aurait alors été une diminution du temps de consultation.

« La difficulté c'est que le temps qu'on va prendre à regarder le message et y répondre c'est du temps de consultation en moins donc on retombe sur le même problème » D4, 45ans, L

« C'est que ça dépend de quelle ampleur ça peut prendre, si c'est un mail de temps en temps ça va, si c'est tous les jours 10 mails ça paraît plus difficile. » D2, 32ans, L

5.3.5.4.5.5. Limite économique

La limite économique, en particulier de la rémunération des intervenants a été assez peu évoquée. Le coût estimé était important du fait de la nécessité de la disponibilité du spécialiste.

« A mon avis ça va coûter très cher pour un rendement minime...il faudrait prendre un spécialiste qui serait derrière son écran et qui attende les images, ça a un coût » D1, 54ans,L

« Comment c'est rémunéré ?parce que t'es en libéral » D4, 32ans, L

5.3.5.4.5.6. Adhésion très partielle des dermatologues

La limite essentielle à un tel système était que les dermatologues n'y adhéraient que de façon très partielle. Ils semblaient ouverts à rendre service, mais ils doutaient de l'intérêt supplémentaire d'une photo par rapport à une bonne description orale, téléphonique.

« De façon ponctuelle ça ne me dérangerait pas de rendre service et de voir si je peux donner un coup de main » D4, 32ans, L

« Ca peut m'inciter à prendre quelqu'un mais si on me donne des arguments ça me suffit j'ai pas besoin d'une photo » D6, 46ans, L

« Le coup de téléphone ça fonctionne pour moi beaucoup mieux qu'un email avec une photo en pièce jointe » D6, 46ans, L

Par ailleurs, ils pensaient que l'intérêt principal était pour le généraliste et pas pour le dermatologue.

« Je pense que ça intéresse plus le généraliste, en ce sens que pour lui ça va lui permettre éventuellement, pas de se dédouaner mais d'avoir un support, d'avoir une aide mais pour nous cela ne va pas tellement nous aider pour le diagnostic pour les aider » D3, 54ans, L

« Lui ça va le rassurer mais nous ça va nous mettre la pression » D3, 54ans, L

Enfin ils craignaient que les intervenants ne soient rassurés de façon abusive :

« Je crains que ça n'entraîne un excès de confiance dans le diagnostic et que tt le monde se fasse blouser au fond du compte » D7, 55ans, L

6. DISCUSSION

6.1. Rappel des principaux résultats

Les dermatologues portent donc un regard particulier par rapport à la dermatologie. Ces particularités portent aussi bien sur l'image du professionnel et son exercice que sur la spécialité en elle-même. En effet, sa pratique se différencie des autres spécialités, en particulier par le rôle prépondérant de l'expérience. Par ailleurs la dermatologie est parfois perçue comme une spécialité médicale à la frontière de la cosmétologie.

Face à leurs confrères, les dermatologues reconnaissent les difficultés des généralistes et les acceptent dans la plupart des cas. En particulier, ils admettent les difficultés d'évaluation du degré d'urgence, de prise en charge des lésions pigmentées, des ulcères. Ils reconnaissent également la gêne secondaire au déshabillage, ce qui limite l'examen clinique. Cependant, les dermatologues sont demandeurs de modification de prise en charge face à certaines situations précises. Il s'agit notamment de modifier la pratique des généralistes vis à vis des corticoïdes, de participer plus massivement aux FMC,

Dans leur relation avec leurs confrères généralistes, ils ne soulèvent pas ouvertement de problèmes particuliers. Leur statut peu accessible est plus ou moins reconnu selon les professionnels.

Par rapport à la proposition des généralistes de mettre en place un système de télédermatologie, les dermatologues apparaissent ouverts dans une certaine mesure. En effet, même si l'utilisation informelle est généralisée, leur adhésion à un système officiel est très partielle. Ils expriment beaucoup de réserves face à la mise en place d'un tel système. Ces limites concernent à la fois les indications, le fonctionnement et le domaine médicolegal.

6.2. Discussion des résultats

6.2.1. Le regard du dermatologue face à son propre exercice

6.2.1.1. La démarche diagnostique du dermatologue

Les médecins généralistes ont été interrogés sur leur pratique de la dermatologie. Ils ont cité 2 types de démarches diagnostique : hypothético-déductive et analogique (2). A l'inverse, les dermatologues interrogés ont très peu évoqué leur démarche diagnostique. La notion de lésion élémentaire n'a quasiment pas été citée. Ils ont notifié la spécificité visuelle de la dermatologie. Ils ont également insisté sur l'importance de l'examen clinique et du déshabillage. La notion essentielle qui ressort est l'importance capitale de l'expérience. Ceci sous-entend plutôt l'utilisation de la démarche analytique dans leur pratique quotidienne.

En effet, d'après le Collège des Enseignants de Dermatologie de France (CEDEF), le diagnostic en dermatologie est établi sur deux démarches cliniques différentes :

- La méthode hypothético-déductive ou analytique correspond à la démarche médicale classique. Le recueil de données (l'analyse) précède le diagnostic (la synthèse). En fin de consultation un diagnostic est posé avec une probabilité plus ou moins élevée.
- La démarche analogique (ou «impulsive»), rapide, fait le diagnostic dès l'inspection. Au premier coup d'œil on reconnaît une maladie cutanée particulière sur un aspect clinique caractéristique. Elle est souvent utilisée en dermatologie du fait du caractère principalement visuel de cette discipline (33).

La dermatologie apparaît aux yeux des spécialistes comme une spécialité très variée, avec de nombreuses connexions avec les autres spécialités. Cependant, l'incertitude diagnostique n'a été évoquée que par un seul dermatologue. La biopsie cutanée apparaît comme un geste classique dans leur pratique. L'absence de diagnostic clinique est peut être résolue par le diagnostic anatomo-pathologique après biopsie.

6.2.1.2. Revendication identitaire du dermatologue

6.2.1.2.1. Des compétences uniques

Sur plusieurs aspects, les dermatologues considèrent leur spécialité comme une spécialité à part. Ils estiment également leurs compétences comme très spécifiques. Ils n'hésitent pas à parler de « l'œil du dermato ». L'intuition du dermatologue est également sous entendue par « le pif » du dermatologue. Leurs compétences apparaissent donc comme uniques et irremplaçables.

Une étude complète de Fleischer analyse le niveau d'expérience des généralistes et celle des dermatologues dans la prise en charge des pathologies cutanées, ainsi que son impact sur la qualité des soins. Les dermatologues passent en moyenne 930 heures de consultations sur des pathologies cutanées par an alors que les généralistes n'en passent « que » 53. Ceci permet d'expliquer en partie l'expérience solide des dermatologues et leur qualité d'expert face au diagnostic et au traitement des dermatoses (34).

Une étude a comparé les compétences diagnostiques entre dermatologues et généralistes face aux pathologies cutanées. Par rapport au diagnostic histologique, considéré comme référence, les généralistes avaient le même diagnostic dans 24% des cas, alors que les dermatologues l'avaient dans 77% des cas (35).

6.2.1.2.2. Recherche de reconnaissance de la spécialité

Les dermatologues se plaignent d'un manque de reconnaissance de leur spécialité. D'une part, ils ressentent ce manque de reconnaissance de la part de certains patients qui s'étonnent de devoir être examinés entièrement ou de devoir répondre à des questions médicales d'ordre général. Un des dermatologues a même exprimé le fait que certains patients ont été étonnés qu'il soit médecin. D'autre part, ce manque existe aussi auprès de certains généralistes dont les dermatologues se plaignent du manque d'informations médicales de certains courriers (pas de précisions concernant les antécédents ou le traitement). Enfin les dermatologues souffrent du manque de reconnaissance de la part des politiques actuels. Ils se sentent trop souvent apparentés à la cosmétologie.

En effet, d'après l'ouvrage « Dermatologie esthétique, du concept à l'ouvrage », la demande médicale et la demande esthétique sont souvent intimement liées. L'imbrication de ces deux problématiques est une notion propre à la dermatologie. Le dermatologue est par définition l'expert scientifique de la peau vis-à-vis de

l'ensemble des acteurs de la scène dédiée à la dermatologie esthétique (grand public, autorités de santé, médias, laboratoires et industriels). La demande esthétique est croissante et le dermatologue est jugé par le public comme le plus apte à y répondre (36). D'après l'étude Cosmetic Active France 2007 (Strategic Research), en 2007, le terrain de la dermatologie est celui de la santé mais aussi de la beauté.

Les dermatologues et les chirurgiens plasticiens sont les spécialistes les plus reconnus par les patients présentant une demande esthétique (37). En France, 1 dermatologue sur 2 a accès à un laser. La majorité des libéraux pratique moins de 20% de gestes esthétiques. Certains dermatologues n'en pratiquent pas du tout, ce qui a été confirmé dans notre étude. D'autres se consacrent entièrement à ce domaine (36). Parmi les actes esthétiques, on retrouve : 70% de lasers, 15% d'injections, 9% de peelings et 6% de Microdermabrasion (Etude IFOP 2006). Cependant, la dermatologie esthétique et correctrice représente un domaine de compétences à part entière de la dermatologie. Il doit être abordé avec la même rigueur scientifique que les autres champs de la spécialité (38). De plus dans ce domaine où les actes ne sont pas imposés par une nécessité thérapeutique, le cadre légal doit être encore plus strictement respecté (39).

Face au manque de reconnaissance de la part des politiques, un des dermatologues interrogés a notifié que le syndicat des dermatologues avait mis en place la journée de dépistage des cancers de la peau en 1998. Un des objectifs, en dehors de la santé publique, était d'améliorer l'image publique et de faire passer le message que la dermatologie est aussi de la médecine. Parallèlement, en février 2012, a été mise en place une consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie. Cette consultation est en accès direct sans nécessité de consulter son médecin traitant au préalable. Elle est prise en charge par la sécurité sociale à raison d'une visite par an (12).

6.2.2. Le dermatologue face au médecin généraliste

6.2.2.1. Les difficultés des généralistes

6.2.2.1.1. Les difficultés sont connues et reconnues par les dermatologues

Les médecins généralistes ont été interrogés sur leurs difficultés en dermatologie. Leurs compétences ressenties dépendent du type de pathologie. Ils sont particulièrement gênés dans la prise en charge des lésions pigmentées, de la gale et des ulcères (2). Ces pathologies sont reconnues par les dermatologues de notre étude comme posant des difficultés aux généralistes. Il s'agit de motifs fréquents d'avis. Dans une étude quantitative, la certitude diagnostique des généralistes concernant les tumeurs bénignes et malignes était de 8.08/10 alors qu'elle était de 8.53/10 pour l'ensemble des pathologies (21). D'autres études confirment ce résultat (40).

Les dermatologues perçoivent également la difficulté des généralistes face à la prise en charge des ulcères. Une étude en Seine et Marne montrait que seulement 47% des médecins se sentaient à l'aise pour traiter les ulcères veineux. 77% étaient demandeurs d'information (41) . Cependant face à cette reconnaissance de difficulté, les dermatologues sont, de façon parallèle, demandeurs d'une prise en charge supplémentaire des ulcères par les généralistes. Cette demande peut être expliquée par la meilleure connaissance de l'état général du patient par son médecin traitant.

Les généralistes se sentent en difficulté face à la nécessité de déshabillage du patient dans certaines circonstances. Les raisons de cette difficulté, en particulier le manque de temps et la pluralité des motifs de consultation sont reconnues par les dermatologues. Certains spécialistes comprennent d'autant mieux cette problématique du fait qu'ils ont eu même eu une expérience en tant que généraliste au cours de leur carrière.

6.2.2.1.2. Les Formations Médicales Continues (FMC)

Face aux difficultés des médecins généralistes, les dermatologues sont demandeurs d'une meilleure formation de leurs confrères. Celle-ci concerne la formation universitaire initiale ainsi que la formation médicale continue. Cette demande est similaire à celle des généralistes (2).

L'enquête de 2007 concernant les moyens de formation permanente des médecins montre que, les moyens de FMC des médecins sont la presse médicale (citée par 84% des médecins), les congrès médicaux (73%), la lecture de manuels (72%), l'usage de l'internet (66%) et les séances de FMC organisées par les associations professionnelles (51%) (42). En médecine générale, les séances de FMC organisées par une association, par les laboratoires et par les visiteurs médicaux ont plus de succès que chez les spécialistes (43).

Dans une étude s'intéressant aux attentes des généralistes anglais en termes de formation en dermatologie, parmi les 456 MG interrogés, 31% ont bénéficié d'une FMC en dermatologie. 8% ont suivi un EPU, 23% un stage pratique ou méthode interactive, 12% n'ont suivi aucune formation mais sont intéressés par un tel enseignement (44).

Cependant malgré cette demande commune, les dermatologues qui participent à des FMC se plaignent du manque d'attrait de la part des généralistes. De leur côté, certains généralistes se plaignent du caractère inadapté de certaines formations (2). Ils regrettent qu'elles concernent des pathologies rares et ne se sentent donc pas concernés. S'ils montrent un intérêt pour l'ensemble de la discipline, les généralistes souhaitent cependant surtout suivre des formations sur les pathologies qu'ils rencontrent dans leur exercice quotidien. Dans un auto-questionnaire évaluant le besoin de FMC en dermatologie des MG canadiens, le sujet le plus plébiscité est la prise en charge des dermatoses communes et/ou graves (74% des médecins interrogés souhaitent une formation sur ce sujet) (45).

Une enquête réalisée auprès de 137 médecins généralistes dans la région Rhône Alpes a évalué le type d'information dont le généraliste avait besoin pour répondre à ses questions quotidiennes. D'après cette enquête, les 2 critères les plus importants dans le choix de la source sont en priorité « FMC centrée sur ma pratique » et « information directement accessible pendant la consultation » (46). Les difficultés rencontrées sont le manque de temps, l'identification des sources adaptées, la validité des informations obtenues.

Les raisons pour lesquelles les généralistes vont peu aux FMC proposées par les dermatologues peuvent donc être : le critère inadapté à leur pratique quotidienne des

pathologies présentées, le manque de temps et de disponibilité, l'utilisation d'autres moyens de formation.

6.2.2.1.3. Différences de pratiques concernant les corticoïdes

Les dermatologues critiquent l'utilisation des dermocorticoïdes par les généralistes. Ils regrettent une utilisation inadaptée et une corticophobie. Cette difficulté est reconnue par les généralistes (2). Ils avouent notamment utiliser les corticoïdes en cas d'incertitude diagnostique. Cette pratique est vivement critiquée par les spécialistes. Cependant cette attitude peut être justifiée en partie par le fait des délais longs de rendez-vous et de l'efficacité fréquente de ces traitements. La corticophobie peut être expliquée en partie par les messages d'alerte concernant les effets indésirables, délivrés pendant les études médicales des médecins les plus âgés.

6.2.2.1.4. L'évaluation du degré d'urgence, une différence de point de vue

D'après notre étude, les dermatologues considèrent qu'il y a peu d'urgences en dermatologie. Ils qualifient souvent d'urgence relative ce que les généralistes leur adressent en urgence. Cependant, ils reconnaissent la pression subie par les généralistes de la part des patients. En effet, en dermatologie, les urgences peuvent se définir comme les dermatoses pouvant entraîner des complications vitales mais aussi celles qui, par l'importance de leur signes fonctionnels ou par l'angoisse générée nécessitent une prise en charge rapide (48).

Ces résultats sont conformes à ceux de la littérature. Une enquête a étudié les demandes de rendez-vous en urgence en dermatologie libérale : ETude Urgences en DERMatologie libérale (ET.U.DE). Les dermatologues ont estimé que la consultation était justifiée dans les 48 heures pour seulement 1/3 des malades. Ils ont également estimé que la demande de consultation en urgence par le patient était justifiée médicalement pour 49 % des patients et médicalement ou psychologiquement pour 74 %. En analyse multivariée, les facteurs significativement associés à une urgence justifiée étaient plus généraux que dermatologiques (49). Dans une étude concernant

les consultations dermatologiques urgentes au CHU de Brest, le caractère urgent n'est trouvé que dans 40% des cas (malgré le filtrage par courrier du médecin traitant qui devaient limiter les demandes de confort). Ce chiffre est proche de ceux des équipes de Créteil et de Limoges. Un bon nombre de consultants pourrait donc être vu en consultation programmée (48).

Du point de vue libéral, un travail effectué par un cabinet de 3 dermatologues de Vendôme, indique qu'il faut faire la part entre les situations potentiellement à risque ou fortement gênantes (urgences relatives) et les patients inquiets (urgence ressenties) ou pressés. Leur choix a été de voir dans les 3 jours : les demandes urgentes des confrères, les enfants de moins de 6 ans, les patients connus ayant une affection dermatologique sévère ou à risque, les éruptions fébriles de la femme enceinte ou des muqueuses. Pour les autres patients, il leur est demandé de consulter dans un premier temps leur médecin traitant. Il leur est alors précisé que celui-ci est plus apte que le patient lui-même à évaluer le degré d'urgence et la gravité de leur trouble (50).

6.2.2.2. La collaboration entre médecins généralistes et dermatologue

6.2.2.2.1. Un certain cloisonnement

Comme nous l'avons vu, les dermatologues considèrent leur spécialité comme une spécialité à part. Le ressenti des médecins généralistes est similaire (2). Certains généralistes ont exprimé que le choix de cette spécialité pouvait être lié au désir de conditions d'exercice plus confortables. D'après la littérature, en comparaison aux autres spécialités, l'état de santé personnelle des dermatologues ne diffère que peu par rapports aux autres spécialités (51). Une étude américaine a comparé les caractéristiques personnelles et professionnelles des femmes dermatologues avec d'autres femmes américaines, actives ou non. Elles disent moins qu'elles travaillent trop, ont moins de stress au travail, sont plus satisfaites de leur carrière et ont des revenus du ménage plus importants. Elles expriment un stress au travail raisonnable et une grande satisfaction de carrière (52).

Ce cloisonnement se retrouve aussi dans la différence de langage utilisé. Les généralistes ont insisté sur la notion de description de la lésion élémentaire mais ne

se sentent pas à l'aise dans cet exercice (2). Cette différence de langage se retrouve également avec les patients. Dans une étude portant sur la description des lésions d'acné par les patients, pour 5 de 9 termes et pour 2 de 6 images, les réponses étaient jugées comme incohérentes ou non spécifiques par les dermatologues (53).

6.2.2.2. Différence de point de vue face à leur relation

Les dermatologues n'expriment pas de conflit dans leur relation avec les généralistes. A l'inverse ces derniers ont évoqué un sentiment d'infériorité projeté par les spécialistes sur eux. (*« Il y en a marre de se faire passer pour les mauvais élèves de la classe, l'idiot de la famille parce que le spécialiste à côté est plus malin que toi. »*, *« J'ai envoyé le patient tranquillement et je me suis fait rappeler par la dermatologue et engueulée au téléphone par la dermato. »*) (2). Aucune bibliographie n'a été trouvée à ce sujet. On peut penser que cette différence de point de vue soit en partie liée au mode de recueil des données. Une certaine retenue dans les propos des dermatologues est envisageable du fait que l'interview ait été effectuée par une interne en médecine générale.

Les rapports entre généralistes et dermatologues sont rarement vus dans le cadre d'une collaboration autour du patient. Il s'agit plutôt d'une description de rapports humains, de personne à personne, entre généralistes et spécialistes. Il n'est pas retrouvé dans nos résultats de notion de collaboration dans un but commun de prise en charge du patient.

6.2.2.3. Pourtant personne ne change sa pratique

Face à cette idée de cloisonnement et cette coopération parfois difficile, les professionnels concernés ne proposent pas de changer leur pratique. Dans la littérature, les généralistes expriment le fait qu'une meilleure communication avec un collègue spécialiste leur aurait permis d'éviter une consultation pour demande d'avis. D'après le même article, améliorer les canaux de communication informels entre généralistes et surspécialistes pourrait entraîner plus de références appropriées à moindre coût (54). De leur côté, certains dermatologues interrogés dans notre étude

sont ouverts à des idées pour améliorer les relations mais ne proposent rien. Aucun des intervenants ne remet en cause sa propre pratique pour améliorer les rapports.

6.2.3. La télédermatologie

6.2.3.1. Fiabilité de la télédermatologie

Les médecins généralistes hauts-normands ont été interrogés sur les solutions potentielles pour améliorer leur prise en charge des pathologies cutanées. La télédermatologie a été évoquée de façon spontanée (2).

Face à cette proposition les dermatologues étaient dans l'ensemble plutôt réservés.

La littérature est assez riche dans ce domaine, en plein essor actuellement. Une revue de littérature est résumé dans l'article « Teledermatology : Outcomes and economics considerations », publié en 2011 (55). Deux systèmes principaux existent, la télédermatologie en différé par envoi de photo et la télédermatologie en direct par le biais de vidéo. La fiabilité clinique a été évaluée en comparant les diagnostics obtenus par télédermatologie en différé et en consultation face à face, en intra et inter observateur. Entre 1997 et 2005, une revue de littérature a révélé que l'accord diagnostique était en moyenne de 60% pour le diagnostic complet et de 80% pour le diagnostic partiel. Le système de télédermatologie en différé semble donc un outil fonctionnel et raisonnablement fiable pour les diagnostics dermatologiques.

D'un point de vue économique, la télédermatologie a été étudiée avec les critères suivants :

- diminution des coûts
- rapport cout-effets
- rapport cout-bénéfices

Globalement, la télédermatologie différée est valable économiquement. Ceci est d'autant plus vrai pour les milieux ruraux. L'indication de « triage » des patients (c'est-à-dire l'évaluation de la nécessité d'une consultation spécialisée ou non) est l'indication la plus rentable. Une seule étude a trouvé qu'une téléconsultation revenait 15\$ plus cher qu'une consultation classique (56).

Concernant la télédermatologie en direct, les analyses économiques ont des conclusions mixtes. Certaines ont retrouvé des coûts plus élevés, d'autres une

diminution du rapport cout-effets dus à la diminution des couts liés au transport.

6.2.3.2. Les indications

La difficulté d'accès à une consultation spécialiste est une des indications proposées par les dermatologues pour la télédermatologie. Cette difficulté peut être liée à une gêne pour se déplacer ou bien à de grandes distances à parcourir pour accéder à une consultation spécialisée. Des études ont été développées dans les zones rurales. Elles ont montré que les deux systèmes, en différé et en direct, permettaient d'accroître l'accès aux dermatologues pour les populations vivant dans les zones rurales mal desservies médicalement (55). L'e-diagnostic à Besançon (30) est un exemple de système de télédermatologie de ce type. En effet, il est destiné aux patients qui nécessitent des visites à domicile.

Par ailleurs plusieurs études montrent que les systèmes de télédermatologie sont économiquement encore plus valables pour les milieux isolés ou les déserts médicaux. Ceci s'explique par la prise en compte du coût de transport dans le calcul (55).

Une autre indication de la télédermatologie relevée par les dermatologues est l'évaluation du degré d'urgence.

Ce type de consultation est décrit dans la littérature comme un modèle de triage. Il consiste en l'évaluation par le dermatologue, au vu de la lésion, du délai dans lequel le patient doit être vu. Il priorise les patients en fonction de leur gravité et de l'urgence de leur état (57).

L'évaluation du besoin d'une consultation de dermatologie ou non est également une des indications retrouvées dans la littérature. Ce type de consultation de télédermatologie est décrite comme consultative. L'objectif principal est alors de fournir des recommandations détaillées et utiles au généraliste. C'est actuellement le type de consultation de télédermatologie le plus courant aux États Unis. Elle permet ainsi d'éviter des rendez-vous chez le dermatologue. En effet, des études ont montré que la télédermatologie en différé évitait 13 à 58% des consultations de dermatologie. Pour le système en direct, les consultations étaient évitées dans 44,4 à 82 % des cas (57).

Les dermatologues ont mentionné la prise en charge des ulcères comme une des

pathologies les plus adaptées à la télédermatologie. Le suivi des plaies chroniques est un des exemples cités dans les recommandations de la DGOS concernant la télémédecine de 2012 (58). Il entre dans le cadre d'une des 5 priorités de la télémédecine au niveau national à savoir la prise en charge des pathologies chroniques. L'objectif est de favoriser un suivi à domicile des plaies chroniques complexes, en lieu et place d'un suivi hospitalier. Les objectifs secondaires sont l'amélioration de la qualité de vie pour le patient, la réduction des transports de patients (et des coûts associés), la diminution des durées d'hospitalisation et du nombre de ré-hospitalisation et d'assurer un accès temps réel à un centre expert pour les infirmières à domicile réalisant la prise en charge de ces plaies chroniques.

6.2.3.3. La télédermatologie du point de vue technique

6.2.3.3.1. Les 2 systèmes de télédermatologie

Les dermatologues interrogés utilisent déjà de façon informelle la télédermatologie en différé. Cependant, ils ont évoqué les 2 systèmes (en différé et en direct), avec des indications et des limites différentes. Les médecins généralistes ont également cité ces 2 systèmes (2).

D'après les « Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine, Déploiement technique : Urbanisation et infrastructure » publié par la DGOS en mars 2012, la télédermatologie appartient au champ de la téléexpertise. Elle requiert donc le recueil et l'échange de données médicales.

Dans le système en différé, les photos sont prises par le généraliste, puis envoyées. Elles sont accompagnées de renseignements cliniques tels que l'anamnèse. L'envoi se fait par internet, à un dermatologue. Celui-ci répond de manière différé dans les heures ou jours qui suivent. Le patient n'a donc pas de contact avec le dermatologue. La réponse du spécialiste n'est pas immédiate.

Les avantages sont :

- La nécessité de moins de matériel technique
- Le moindre coût
- La flexibilité de programmation de la consultation du fait du caractère asynchrone

Les inconvénients sont :

- La capacité diagnostique du dermatologue dépend de la qualité des photos et de l'histoire clinique résumée par le généraliste. Le spécialiste peut-être frustré devant des informations insuffisantes.
- L'absence d'interaction directe avec le dermatologue et donc moins d'échange.

Du point de vue du transfert d'image le débit conseillé par les recommandations de la DGOS est de 2 à 4 Mb/s

Le système en direct correspond à une vidéoconférence. Ce système réunit le spécialiste, le généraliste et le patient dans un même créneau horaire. Il existe donc une interaction directe entre le dermatologue, le patient et le généraliste. Il est donc nécessaire de planifier la consultation. De plus, le matériel est plus conséquent et le coût plus élevé. D'un point de vue technique, pour une visioconférence, l'exigence de qualité est symétrique, permettant le dialogue facile entre les soignants (la qualité du son est la plus importante) (58).

6.2.3.3.2. Les critères de qualité des photos

La question de la qualité des photos a souvent été abordée par les dermatologues. Elle apparaît comme un réel facteur limitant l'interprétation. En effet le diagnostic dépend de ce que l'observateur voit (59).

Une photo de bonne qualité doit renseigner à la fois sur la géométrie de la lésion et les couleurs de la lésion.

Du point de vue de la résolution des images. Les appareils photos actuels garantissent largement une résolution suffisante. En effet, pour une utilisation se limitant au visionnage sur écran ou à la publication, une résolution de 1 mégapixel semble suffisante (60).

Plusieurs contraintes doivent être contournées. L'axe de la prise de vue doit être strictement perpendiculaire à la peau si l'on souhaite conserver les bonnes dimensions. Une déviation de 20° sous-estime la surface d'une plaie d'environ 10% (63). Les appareils photos peuvent produire des images avec des couleurs différentes de ce que voit l'œil humain. L'idéal serait la possibilité de calibrer l'appareil pour qu'il enregistre les mêmes couleurs quel que soit la lumière. Néanmoins, cette fonction n'est pas disponible sur la plupart des appareils. Par ailleurs, il est primordial de limiter les ombres. La lumière semble le facteur le plus

important. Il faut se méfier de la lumière du jour qui favorise les zones d'ombre (61). Les lampes fluorescentes sont actuellement très performantes. L'optimisation des couleurs est idéale avec une lampe entre 2900 et 3300 Kelvin (unité de température). L'angle idéal reconnu de façon internationale est une illumination à 45° (62). Ceci réduit les ombres et réflexions. Le reflet est variable selon la nature de la peau. L'utilisation de verre entre l'appareil photo et la lésion peut éviter les reflets. Cependant la pression sur la peau change les couleurs. Par ailleurs, se posent également comme contraintes l'incertitude de pose selon l'angle de prise, les mouvements du patient pendant la prise, les ombres ou déchets sur la peau (poils, poussières...) (59).

Une des critiques faites vis-à-vis des photos par les dermatologues est aussi l'absence de relief. Une des solutions pour contourner ce problème est l'utilisation de 2 appareils avec des angles de prise différents, en simultané (59). Néanmoins, cette configuration paraît difficilement envisageable dans la pratique quotidienne d'un médecin généraliste dans son cabinet.

6.2.3.4. Les limites

6.2.3.4.1. La rémunération des professionnels.

Les besoins de financement de la télémedecine concernent d'une part l'infrastructure et les équipements, et, d'autre part, le cadre de rémunération de l'activité de télémedecine.

La question de la rémunération des professionnels participant à un acte de télémedecine a été étonnamment peu évoquée par les dermatologues. Or, la frilosité des professionnels vis-à-vis de la télésanté s'explique en partie par le manque de visibilité sur leur mode de rémunération (64). Actuellement, ils répondent à des avis sur photos de façon informelle dans le cadre d'une entraide avec leurs correspondants. Ils ne sont pas rémunérés à ce titre. Cependant, on peut penser que la question est sous entendue lorsqu'ils expriment la peur du caractère chronophage d'un système de télédermatologie.

L' HAS a publié une note de cadrage concernant l'efficacité de la télémedecine en juin 2011 (65). D'après cette note, le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 de la loi HPST pose les principes de financement de l'activité de télémedecine mais il reste

imprécis quant aux modalités et en particulier, concernant la rémunération de son fonctionnement.

La loi de Financement de la Sécurité sociale de 2010 a levé certains freins en autorisant le partage d'honoraires et en mettant fin à l'obligation de la présence physique du médecin auprès du patient pour obtenir la prise en charge d'une consultation (66). De son côté, le décret de la loi HPST prévoit que les actes de télémedecine soient rémunérés et remboursés conformément au code de la sécurité sociale. Ils devront donc être inscrits à la classification commune des actes médicaux.

Une note d'analyse « Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 2) : La télésanté » de décembre 2011 a été proposée par le centre d'analyse stratégique dépendant du 1^{er} ministre (64). Il y est proposé de tester pendant deux ans une grille tarifaire pour les actes de télémedecine combinant forfaitisation et paiement à l'acte. La télé expertise, puisque ponctuelle, pourraient relever d'une tarification à l'acte.

6.2.3.4.2. Les limites médico-légales

Parmi les limites de la télédermatologie, les dermatologues ont également évoqué les limites médico-légales. Ils ont en particulier insisté sur la question de leur responsabilité face à un avis donné dans le cadre d'un système de télédermatologie.

6.2.3.4.2.1. La sécurisation des données

D'après la DGOS, les référentiels de sécurité doivent être respectés (67).

L'hébergement des données de santé à caractère personnel doit prendre en compte la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé à venir (PGSSI-S). Il est également précisé que les données utiles à la réalisation de l'acte de télémedecine doivent être partagées uniquement de façon temporaire.

Du point de vue de la messagerie, 2 types peuvent être utilisés. Il s'agit de la messagerie dite « applicative » qui pourra être portée par une application particulière utilisée ou de la messagerie sécurisée de santé (MSS) utilisable à la fois pour la production de l'acte de télémedecine comme pour l'échange de documents utiles à la coordination.

Les projets mis en œuvre doivent garantir l'authentification des acteurs participant à l'acte de télémedecine ainsi que l'identification sans ambiguïté du patient concerné.

6.2.3.4.2.2. La responsabilité des professionnels

L'article R.4127-64 du Code de Santé Publique précise que «lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veillent à l'information du malade».

Dans le cas d'un système de téléexpertise dermatologique, le médecin requis est représenté par le dermatologue et le médecin requérant est le généraliste. D'après la DGOS, le médecin requis doit « tenir compte des limites inhérentes à la pratique de la télé expertise telles que la sélection ou l'altération de l'information transmise par le médecin requérant ». Il doit si besoin demander des informations supplémentaires s'il le juge nécessaire. Le médecin requis est responsable du diagnostic qu'il pose au regard des informations fournies par son confrère.

Le médecin de proximité, dit requérant, est responsable pour sa part des informations recueillies et télétransmises. Il est également responsable de l'information délivrée au patient et de la décision finale sur le choix thérapeutique (67).

« Le patient qui, suite à une téléexpertise, subit un dommage en lien direct avec une erreur d'expertise du médecin requis pourra engager sa responsabilité délictuelle. Il devra rapporter la preuve que le médecin requis a donné au médecin requérant une information médicale erronée qui lui a causé de manière directe et certaine un préjudice avéré » (67). En cas de pluralité de fautes imputables au médecin requérant et au médecin requis ou en cas de difficulté pour déterminer la cause principale du dommage, le juge pourra prononcer une condamnation solidaire.

Di point de vue de leur assurance, les professionnels de santé qui participent à un acte de télémédecine doivent être couverts par une assurance en responsabilité civile professionnelle. Il est conseillé par la DGOS de rédiger un avenant au contrat d'assurance précisant la pratique de la télémédecine.

6.2.3.4.2.3. L'accord du patient

On peut s'étonner du fait qu'à aucun moment les dermatologues n'aient mentionné la nécessité d'obtenir l'accord du patient avant la prise de photo de leur lésion et l'utilisation de ces photos. Ce procédé est pourtant en cours, avec un document écrit

à faire signer au patient, au CHU de Rouen.

La DGOS rappelle certains principes (hors cas d'urgence). Le médecin est tenu d'informer le patient sur le procédé de télémédecine utilisé (art. R. 6316-2 CSP). Il doit expliquer au patient en quoi consiste l'acte de télémédecine, la différence avec une prise en charge classique, les risques spécifiques inhérents à ce type d'acte et les garanties en matière de secret des informations médicales. Il est important d'indiquer dans le dossier du patient le jour où il a été informé.

L'obligation d'information incombe au médecin requérant, en lien direct avec le patient. Il est débiteur de cette information, avant le recueil du consentement à l'acte de télémédecine. Le médecin doit également obtenir l'autorisation du patient pour que l'ensemble des intervenants à l'acte puissent avoir accès aux données de son dossier. Le professionnel est relativement libre dans la manière de délivrer l'information et recueillir le consentement. Une pratique courante est de faire signer un document au patient. Toutefois, l'information écrite ne peut jamais se substituer à l'information orale, plus personnalisée (67).

6.3. Discussion de la méthode

6.3.1. Les limites de l'étude

Un des biais de cette étude est le mode de recueil des données. En effet les dermatologues ont été interrogés par des internes en médecine générale. Contrairement aux données recueillies lors des focus group auprès des médecins généralistes ; les propos des dermatologues apparaissent plus « politiquement corrects ». Ce phénomène est surtout observé lors de l'évocation des rapports entre professionnels. Il semble s'agir d'un sujet plus tabou. On peut penser que c'est secondaire au mode de recueil. En effet, le fait d'être interrogé par un interne de médecine générale peut fausser en partie le discours, afin de rester dans des propos confraternels. Par ailleurs l'analyse a montré que les propos les plus tranchés provenaient des entretiens obtenus par téléphone ou par skype. Il semble que ce mode de recueil, du fait que ce ne soit pas en face à face ait permis de diminuer la retenue dans les propos.

Par ailleurs, on peut regretter que le guide d'entretien ait été modifié de façon tardive par rapport à l'ensemble du calendrier (après le 8^{ème} entretien). Cependant très peu de modifications ont été effectuées. On peut supposer qu'une modification plus précoce n'aurait pas changé de façon significative les résultats

6.3.2. Les forces de l'étude

Très peu de données existent dans la littérature concernant les relations entre généralistes et spécialistes. Une des forces de cette étude est donc son originalité. De plus, ce sujet apparaît sensible, voir tabou ; chaque professionnel restant confraternel. Cette étude a le mérite d'oser poser la question de façon directe du regard que portent les dermatologues sur les généralistes, ainsi que de la relation entre dermatologues et généralistes.

La télémédecine est actuellement en plein essor. De nombreuses études existent sur la mise en place de protocole, l'évaluation des systèmes, leur efficience ... Cette étude a l'avantage d'évaluer les souhaits et les craintes des spécialistes concernés avant la mise en place d'un tel système. Ces critères sont à prendre en compte avant l'établissement d'un protocole de téléexpertise.

Au total, 12 entretiens ont été réalisés. Du point de vue de l'analyse avec le programme Nvivo, nous sommes arrivés à une saturation des données lors de l'analyse du 8^{ème} entretien des dermatologues libéraux (peu de nouveaux codes sont apparus). Il a semblé indispensable de recueillir des informations auprès des dermatologues hospitaliers. Ceci a été prouvé par l'analyse qui a retrouvé de nouveaux codes lors du codage des entretiens des dermatologues hospitaliers. Les données semblaient saturées au bout de l'analyse du 3^{ème} entretien des dermatologues hospitaliers. Le nombre d'entretien paraît donc suffisant.

7. CONCLUSION

Le regard des dermatologues semble donc ambivalent face à la prise en charge des pathologies cutanées par les médecins généralistes. Ils reconnaissent leurs difficultés mais sont demandeurs d'amélioration de la formation et des compétences. Cette ambivalence se retrouve également dans le regard porté sur leur relation avec leurs confrères généralistes.

La télémédecine est actuellement en plein essor. Un système de téléexpertise dermatologique est l'une des solutions potentielles face à la difficulté grandissante d'accès aux spécialistes. Face à un tel projet, l'adhésion des dermatologues n'est que partielle. Leurs réserves sont nombreuses.

Après avoir recueilli l'avis des généralistes et des dermatologues vis-à-vis d'un système de télédermatologie, il serait à présent intéressant d'analyser l'avis des patients, leurs souhaits et craintes, face à ce projet.

Il serait ensuite essentiel de prendre en compte l'opinion de ces différents acteurs avant l'établissement d'un protocole de mise en place d'un tel système.

8. BIBLIOGRAPHIE

1. CNGE. Etude ECOGEN [Internet]. Available de: <http://etudeecogen.fr/?p=13>
2. Bureaux V. la prise en charge des pathologies dermatologiques en médecine générale : une étude qualitative. [Thèse d'exercice] UFR de médecine de Rouen; 2012.
3. AUBERT C. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecin généralistes en Haute Normandie. [Thèse d'exercice]. UFR de médecine de Rouen; 2012.
4. Merenstein D, Meyers D, Krist A, Delgado J, McCann J, Petterson S, et al. How well do family physicians manage skin lesions? *Journal of Family Practice*. 2007 janv;56(1):40-5.
5. STEELE K. Primary dermatological care in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1984 janv;34(258):22-3.
6. Avogadro-Leroy S. analyse de l'activité de dermatologie en médecine générale en Haute Normandie. [Thèse d'exercice]. Université de médecine de Rouen; 2012.
7. LOWELL BA, FROELICH CW, FEDERMAN DG, KIRSNER RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol*. 2001 août;45(2):250-5.
8. Flecksh-Georgel. Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation de cabinet de ville : une spécificité de la médecine générale.[Thèse d'exercice] Université de médecine de Strasbourg; 1998.
9. Jaine P. Pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en médecine générale. [Thèse d'exercice] Université de médecine de Marseille; 2005.
10. Donval. Polyvalence de la consultation de médecine générale. [Thèse d'exercice] Université de médecine de Paris Ouest; 1998.
11. Windemuth;Stucker;Hoffman. the prevalence of psychological changes in dermatologic patients in acute care setting. *Der Hautarzt*. 1999;
12. Dermatologue... mode d'emploi - Syndicat des dermatologues -vénérologues : dermatologues, acné, cancer de peau [Internet]. [consulté le 2012 oct 11]. Available de: <http://www.syndicatdermatos.org/dermatologue-le-specialiste-des-maladies-de-la-peau-6.html>
13. Eco-Santé France 2012 [Internet]. [consulté le 2012 oct 25]. Available de: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=>
14. ATTAL-TOUBERT Ketty, VANDERSCHULDEN Mélanie. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES; 2009. Report No.: 12.
15. MICHEAU Julie, MOLIERE Eric. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES;

2010. Report No.: 15.
16. SICART D. Les médecins au 1er janvier 2011. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES; 2011 mai. Report No.: 157.
 17. ameli-direct - Je choisis avant de consulter [Internet]. [consulté le 2012 oct 8]. Available de: <http://ameli-direct.ameli.fr/>
 18. GHH | [Site Internet du groupe hospitalier du Havre]. [consulté le 2012 oct 25]. http://eportail.ch-havre.fr/portal/page/portal/WWW_UTILIS/RECHERCHE/AffichageDepuisRecherche?_piref560_155728_560_155709_155709.selpageid=563,267691
 19. Pôles médicaux CHI Eure-Seine - Dermatologie Vénérologie - Evreux [Internet]. [consulté le 2012 oct 25]. Available de: <http://www.chi-eureseine.fr/page/pageLibre000102c3.html>
 20. CHU de Rouen - Accueil [Internet]. [cité 2012 oct 8]. Available de: <http://www3.chu-rouen.fr/internet>
 21. AVOGADRO LEROY S. analyse de l'activité de dermatologie en médecine générale en Haute Normandie.[Thèse d'exercice] Université de médecine de Rouen; 2012.
 22. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. Available de: http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do;jsessionid=106C68465A8177A1ECD94E29AFCBD283.tpdjo16v_1?idDocument=JORFDOLE000017759372&type=expose
 23. GOUYON M. Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés: comportements et opinions. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES; 2009. Report No.: 11.
 24. Chandra C, Pierre V, Julie L, Martine L, Monique F, Yann F, et al. Dossier. Les couples infernaux en médecine
. PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA MEDECINE UTOPIQUE. 2008;(42):13-71.
 25. ANIEL T. Comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité ? [Thèse d'exercice] Lyon Nord,; 2008.
 26. cadrage_telemedecine_vf.pdf [Internet]. [consulté le 2012 nov 9]. Available de: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf
 27. Déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr [Internet]. [consulté le 2012 nov 9]. Available de:<http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html>
 28. Impact santé [Internet]. 2011 [cité 2012 nov 9]. Available de: <http://www.impact-sante.fr/>
 29. DGOS. Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine.

30. E-diagnostics dermatologiques | Paroles d'élus [Internet]. [cité 2012 nov 9]. Available de: <http://www.parolesdelus.com/les-initiatives/sante-et-social/e-diagnostics-dermatologiques>
31. Telap [Internet]. [cité 2012 nov 9]. Available de: <http://www.telap.org/>
32. SROS-PRS_2012-2017_DEFINITIF.pdf [Internet]. [cité 2012 nov 9]. Available de: http://ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/PRS/definitif/SROS-PRS_2012-2017_DEFINITIF.pdf
33. sfdermato.actu.com/cedef/Cours_semiologie_CEDEF_2004.pdf.
34. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. [Am J Manag Care. 2000] -
35. Assessing diagnostic skill in dermatolo... [Australas J Dermatol. 2005] -
36. Gassia V, Grognard C, Michaud T. Dermatologie esthétique : Du concept à l'exercice professionnel. Arnette; 2007.
37. Decision factors and the recognition of medica... [Dermatol Surg. 2007] -
38. Claire B. La consultation esthétique au sein de l'activité du dermatologue. Annales de dermatologie et de vénéréologie 2009;136.
39. Beylot C. Le cadre légal en dermatologie esthétique et correctrice. Annales De Dermatologie Et De Vénéréologie. october2009;pagesS386-S389.
40. BASARAB T , MUNN SE , JONES RR. Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology out-patient clinic (English). Br. j. dermatol. (1951). 1996 janv 1;135(1):70-3.
41. Cervantes nathalie, Mandon marielle. Prise en charge des ulcères veineux en ville : enquête auprès des médecins généralistes. La revue de gériatrie. 2008;681-8.
42. Dang Ha Doan B, Levy D. Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Les lectures médicales et les moyens de formation permanente.Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne, cahiers de sociologie et de démographie médicales, volume 48; 2009
43. Dang Ha Doan B, Levy D. La formation médicale continue. Centre de sociologie et de démographie médicales; 2009.
44. Harlow ED, Burton JL. What do general practitioners want from a dermatology department? Br J Dermatol. 1996 févr;134(2):313-8.
45. Craig J. Perceived Learning Needs of Family Physicians in British Columbia. Can Fam Physician; 1990
46. Pham D, Boissel J-P, Wolf P. Médecins généralistes : de quelle information avons-nous besoin ? Une étude quantitative auprès des médecins adhérents à l'Unaformec RA. Médecine.volume4Numero8.369-75; octobre2008.

47. Lim AC, See A, Shumack SP. GP postgraduate dermatology training. Aust Fam Physician. 2001 juin;30(6):526-7.
48. Legoupil D, Davaine AC. Évaluation d'une consultation d'urgences en dermatologie -. annales de dermatologie et de venerologie; 2005.
49. Demandes de rendez-vous en urgence en dermatologie libérale : ETude Urgences en DErmatologie libérale (ET.U.DE) -
50. Lulin J. demande de consultation dermatologique d'urgence en pratique libérale. La pénurie de dermatologues est déjà là. annales de dermatologie et de venerologie 2003;130:157-9;
51. [Health-related quality of life in dermatologists c... [Hautarzt. 2007] -
52. Personal and practice-related characteristics... [Int J Dermatol. 2001] -
53. Lucero M, Bendeck S. Language disparities between patients and dermatologists in describing acne lesions. Journal of the American Academy of Dermatology -; 268apr. J.-C.
54. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for Outpatient Referrals from Generalists to Specialists. JGIM: Journal of General Internal Medicine. 1999 mai;14(5):281-6.
55. Pathipati A., Armstrong AW. teledermatology : Outcomes and Economic Considerations. Department of Dermatology, University of California; 2011.
56. Whited JD, Datta S, Hall RP, Foy ME, Marbrey LE, Grambow SC, et al. An economic analysis of a store and forward teledermatology consult system. Telemed J E Health. 2003;9(4):351-60.
57. Whited JD, Hall RP, Foy ME, Marbrey LE, Grambow SC, Dudley TK, et al. Teledermatology's impact on time to intervention among referrals to a dermatology consult service. Telemed J E Health. 2002;8(3):313-21.
58. Recommandations_mise_en_oeuvre_projet_telemedecine.pdf [Internet]. [cité 2012 nov 11].
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_mise_en_oeuvre_projet_telemedecine.pdf
59. A system for the acquisition of reproduc... [Technol Health Care. 2003] -
60. Pouchet, Richard. Transition de l'argentique au numérique [Texte imprimé] : différents aspects pratiques de la photographie numérique dans le service de médecine. Lille; 2004.
61. Laguille, Christine. Création, mise en place et évaluation d'un système de télédermatologie dans le service des urgences pédiatriques du CHU de Limoges. [Limoges]: Médecine; 2007.
62. Goldon, Gary and Nuckols. interior lighting for designers. John Wiley and Sons; 1995.

63. DONDELINGER R. La photographie numérique dans la prise en charge des plaies chroniques = Digital photography for the management of chronic wounds. Journal des plaies et cicatrisations. 2006;104-6.
64. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 2) La télésanté.
65. cadrage_telemedecine_vf.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 2012 nov 11]. Available de: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf
66. LOI n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 | Legifrance [Internet]. [cité 2012 nov 12]. Available de: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023261006&dateTexte=&categorieLien=id>
67. Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 2012 nov 11]. Available de: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Etude délai de rendez-vous

Méthodologie étude des délais de rendez vous en dermatologie en Haute Normandie :

Le but de cette étude a été d'estimer le délai moyen de rendez-vous des dermatologues en Haute-Normandie. Deux cas de figures ont été envisagés : la demande de rendez-vous par le patient et la demande de rendez-vous urgent par le médecin traitant.

Le but secondaire était de rechercher une différence significative de délai entre les lieux d'exercice des dermatologues.

Il s'agit d'une étude quantitative. Les informations ont été recueillies par téléphone auprès des secrétariats des cabinets. La liste des dermatologues a été obtenue par les Pages Jaunes, ainsi que leurs coordonnées téléphoniques. Les secrétariats ont été appelés en heures ouvrables les journées des 1er, 4 et 5 avril 2011 par une interne en médecine générale. Il a été précisé qu'il s'agissait d'informations utilisées dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

Analyse des résultats :

Les 67 dermatologues ont été classés selon leur lieu d'exercice en rural/semi-rural et urbain.

	Total	Rural	Urbain	
<u>Délai RDV patient</u>				
< 30 jours	n=3	n=3	n=0	
30-59 jours	n=22	n=19	n=3	p=0,5123
60-89 jours	n=20	n=16	n=4	
≥90 jours	n=17	n=14	n=3	
Moyenne	63,97 jours	72,5 jours	62,3 jours	p=0,3788
<u>Délai RDV médecin</u>				
Dans la journée	n=10	n=9	n=1	
Dans les 3 jours	n=12	n=11	n=1	
Dans la semaine	n=28	n=23	n=5	p=0,28675
Dans le mois	n=1	n=0	n=1	
Selon avis dermatologue	n=9	n=7	n=2	

Lieu d'exercice

Rural ou Semi-rural	n=11
Urbain	n=56
Dont Rouen	n=17
Dont Le Havre	n=10
Dont Evreux	n=7

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL DERMATOLOGUES

Informations générales :

- âge/ sexe :
- lieu d'exercice/ mode d'exercice : libéral, hospitalier, mixte / nb d'années d'installation
- délai moyen de rdv : par patient ? Par MG ?
- êtes-vous référent pour certains MG?
- faites-vous systématiquement un courrier de réponse au MG ?
- faculté d'internat.

Prise en charge des pathologies dermatologiques par les médecins généralistes?

- pathologies dermatologiques le plus souvent adressées ?
- pathologies adressées en urgence ? dans quel délai moyen ?
- que pensez-vous de la prise en charge des mg en dermato?
- Quelles sont les difficultés?
- Selon vous à quoi sont liées ces difficultés? Diagnostic ou pec?
- Quelle est la dernière consultation qui vous a posé souci vis à vis de la prise en charge par le mg? (demander exemple précis)
- que pensez-vous de la répartition des compétences entre mg et spécialiste ?
- Qu'est-ce que les mg vous adressent trop/pas assez/ trop tôt/trop tard?
- Certains MG expliquent qu'ils ont parfois des difficultés à évaluer le degré d'urgence de la consultation spécialisée. Ressentez-vous ces difficultés ?
- La réforme du médecin traitant (2005) a-t'elle modifié l'adressage des patients par les MG ? Ou les patients consultant d'eux-mêmes ?
- Pensez-vous qu'il y ait une perte de chance face au délai de rdv?

Quelles sont selon vous les solutions qui pourraient améliorer la prise en charge des pathologies dermatologiques en médecine générale ?

- de quelles façons pensez-vous possible d'adapter au mieux le délai de rendez-vous ?
- quel type de formation pensez-vous utile et possible de réaliser pour les médecins généralistes? Quelles solutions pour améliorer les compétences des mg?

Explication du système de télé expertise dermatologique

- avez-vous déjà expérimenté un tel système?
- indications?
- fonctionnement?
- craintes?
- Quels sont les points positifs qu'un tel système pourrait apporter dans votre pratique?
- réassurance du mg? Facilite la pec dermato par le mg?
- solution au problème de délai de rdv?

Que pensez-vous des relations entre MG et dermato ?

Résumé :

L'activité de dermatologie représente 6% de l'activité globale des généralistes. Ils demandent l'avis du dermatologue dans 1 cas sur 5. Les généralistes ressentent certaines difficultés dans leur prise en charge des pathologies cutanées, mais également dans l'accès au spécialiste et dans les relations avec les dermatologues. Parmi les solutions proposées, ont été évoquées entre autre la mise en place d'un système de téléexpertise dermatologique.

Le but de cet étude est de recueillir l'avis des dermatologues concernant à la fois la prise en charge des généralistes, leurs relations, mais aussi leur opinion sur les solutions proposées, en particulier la télédermatologie. Une étude qualitative par entretiens dirigés a été effectuée auprès de 12 dermatologues, libéraux et hospitaliers, de mars à septembre 2012.

Les dermatologues portent un regard particulier sur leur spécialité. Ces particularités portent sur l'examen clinique mais aussi sur les compétences spécifiques du spécialiste et le rôle prépondérant de l'expérience. Face à leurs confrères généralistes, les dermatologues reconnaissent leurs difficultés d'évaluation du degré d'urgence, de prise en charge des lésions pigmentées, des ulcères. Ils reconnaissent également la gêne secondaire au déshabillage, ce qui limite l'examen clinique. Cependant, ils sont demandeurs d'amélioration des compétences via la participation des FMC. Dans leur relation avec leurs confrères généralistes, ils ne soulèvent pas ouvertement de problèmes particuliers. Vis-à-vis d'un système de télédermatologie, les dermatologues apparaissent ouverts mais leur adhésion est très partielle. Ils expriment beaucoup de réserves notamment sur les indications, le fonctionnement concret et le cadre médico-légal d'un tel système.

L'avis des patients doit à présent être recueilli avant d'envisager la mise en place d'un système de téléexpertise dermatologique.

Mots clés :

Médecine Générale, Soins Primaires, Dermatologie, étude qualitative, Télémedecine, Télédermatologie