



HAL
open science

Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie

Stéphanie Avogadro-Leroy

► **To cite this version:**

Stéphanie Avogadro-Leroy. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00768337

HAL Id: dumas-00768337

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768337>

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.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

AVOGADRO-LEROY Stéphanie

Née le 24 Aout 1983 à Mont-Saint-Aignan

Présentée et soutenue publiquement le 13 Décembre 2012

**PATHOLOGIES CUTANÉES EN MEDECINE GÉNÉRALE
UNE ÉTUDE QUANTITATIVE EN HAUTE-NORMANDIE**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain MERCIER

Madame le Professeur Véronique MERLE

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 Benoît 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 BENICHOU	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

LISTENSEIMEDPHAR2012-2013.doc

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	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank 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	Hépat - 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 développ. 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

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 DITMAR	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 FAINCILBER	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
Mlle 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 admise 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 et 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée 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 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.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Alain MERCIER

Madame le Professeur Véronique MERLE

Madame le Docteur Catherine GIRARDIN TORDEUR

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

A Estelle HOUIVET,

Nous vous remercions de votre disponibilité et de votre aide pour l'analyse statistique.

Aux Médecins qui ont participé à ce travail,

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

A mes anciens MSU,

Merci pour l'enseignement et les bons conseils que vous m'avez apportés. Merci de m'avoir formée et transmis la passion de notre métier.

A mes parents,

C'est grâce à vous si j'en suis là. Vous êtes toujours là pour moi, pour partager les moments de joie et me soutenir dans les moments difficiles. Vous êtes des parents extraordinaires !

A Tom,

Merci pour ton soutien sans failles depuis toutes ces années. Je ne sais pas si « l'investissement » valait le coup mais j'espère que tu es fier de moi.

A mes beaux parents,

Merci de m'avoir accueillie dans votre famille, depuis si longtemps.

A Aurélie,

Tu as été le témoin des plus grands moments de ma vie. Même si c'est loin de nous, je te souhaite tout le bonheur et toute la réussite possible. Je crois qu'ils ne sont pas loin...

A mes amies de fac,

Nous avons partagé ensemble ces longues années d'études mais aussi les moments importants de nos vies. Vivement nos prochains week-end « tradition ». Merci pour tout.

A mes « co-thésardes »,

Je suis heureuse d'avoir partagé cette aventure avec vous.

A tous les autres, famille et amis,

Juste merci d'être là pour moi !

ABREVIATIONS

ALD	Affection de Longue Durée
CISP-2	Classification Internationale des Soins Primaires, 2 ^{ème} version
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
Cs	Consultation
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECOGEN	Eléments de la COnsultation en médecine GENérale
ESPS	Enquête sur la Santé et la Protection Sociale
EPPM	Enquête Permanente sur la Prescription Médicale
GPRD	General Practice Research Database
GPRN	The General Practice Research Network
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
MSU	Maitres de Stage des Universités
MG	Médecin Généraliste
OMG	Observatoire de Médecine Générale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise En Charge
RDV	Rendez-vous
SFMG	Société Française de Médecine Générale
SP	Sans précision
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (Association mondiale des médecins de famille)

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	15
I. INTRODUCTION	19
II. CONTEXTE.....	20
A. Typologie des actes en médecine générale.....	20
1. Intérêt du recueil des données en soins primaires	20
2. A l'étranger	21
3. En France	21
4. En Haute Normandie	23
5. Activité de dermatologie en médecine générale : données disponibles	23
B. Le médecin généraliste : pivot du système de santé	24
1. Réforme du 13 Août 2004	24
2. Recours au spécialiste avant la réforme.....	25
3. Evolution depuis la réforme	25
a) Modification du comportement des patients	25
b) Points de vue des médecins sur la réforme	26
C. L'offre de soins en dermatologie.....	27
1. La démographie des dermatologues	27
a) Données actuelles.....	27
b) Evolution démographique prévisionnelle	28
2. Accessibilité des patients au dermatologue.....	28
a) Délai de rendez-vous	28
b) Eloignement géographique et ses conséquences	29
III. PROBLEMATISATION et OBJECTIFS.....	30
IV. MATERIEL et METHODE.....	31
A. Description de l'étude	31
B. La population étudiée.....	31
1. Echantillonnage des médecins généralistes	31
2. Les patients : critères d'inclusion et d'exclusion	31
3. Données recueillies.....	32
a) Elaboration des questionnaires	32
4. Déroulement de l'étude	33
5. Exploitation des données	33
a) Codage des données.....	34
b) Analyse statistique.....	34
V. RESULTATS.....	36
A. Les médecins participants	36
1. Données démographiques.....	36
a) Sexe.....	36
b) Âge.....	36

2.	Données professionnelles	37
3.	Les médecins généralistes et la dermatologie	38
a)	Accessibilité des dermatologues	38
b)	Aisance en dermatologie	39
c)	Activité de dermatologie	39
B.	Les patients.....	40
1.	Données démographiques.....	40
2.	Les pathologies dermatologiques.....	40
a)	Description et fréquence des pathologies dermatologiques	40
(1)	Par catégories	40
(2)	Par codes	41
(3)	Pathologies les plus fréquentes.....	47
b)	Pathologies rencontrés selon les caractéristiques des patients	48
(1)	Selon le sexe	48
(2)	Selon l'âge.....	49
c)	Pathologies rencontrés selon les caractéristiques des médecins généralistes.....	49
C.	Certitude diagnostique et certitude de prise en charge	50
1.	Certitude diagnostique	50
a)	Selon les pathologies	50
b)	Selon les caractéristiques du médecin	51
c)	Selon les caractéristiques des patients.....	53
2.	Certitude de prise en charge	54
a)	Selon les pathologies	54
b)	Selon les caractéristiques du médecin	55
c)	Selon les caractéristiques des patients.....	56
3.	Corrélation des certitudes diagnostique et de prise en charge	57
D.	Le référencement au dermatologue	58
1.	Nécessité d'un avis et avis demandés	58
2.	Délai souhaité pour le recours au dermatologue.....	58
3.	En fonction du type de pathologie dermatologique	59
4.	Facteurs influençant le référencement au spécialiste	60
a)	Nécessité d'un avis spécialisé.....	60
b)	Demande effective d'un avis spécialisé.....	61
5.	Raisons motivant la non demande d'avis.....	62
a)	Facteurs dépendant du patient	62
b)	Facteurs dépendant de la pathologie.....	62
c)	Facteurs dépendant de l'accès au spécialiste	63
VI.	DISCUSSION	64
A.	Rappel des principaux résultats.....	64
B.	Discussion des résultats.....	67

1.	Activité de dermatologie des médecins généralistes.....	67
a)	La dermatologie dans l'activité globale du médecin généraliste	67
(1)	En France	67
(2)	A l'étranger	67
b)	Pathologies dermatologiques rencontrées en médecine générale	69
(1)	Fiabilité des diagnostics évoqués	69
(2)	Des diagnostics variés.....	69
(3)	Pathologies les plus courantes	69
(4)	Caractéristiques des patients ayant une pathologie cutanée	71
2.	Aisance des médecins généralistes pour le diagnostic et la prise en charge des pathologies dermatologiques.....	72
a)	Relative aisance des médecins généralistes.....	72
b)	En fonction des pathologies	72
c)	L'expérience semble influencer l'aisance des médecins	74
3.	La demande d'avis spécialisé en dermatologie	75
a)	La demande d'avis en médecine générale	75
b)	Un fort taux de référencement au dermatologue.....	75
c)	Entre certitude et recours fréquent au spécialiste : un paradoxe ?.....	75
(1)	Motifs de recours au spécialiste.....	75
(2)	Gestion de l'incertitude	76
d)	Selon les pathologies	76
e)	Différence entre nécessité d'un avis et demande d'avis.....	77
4.	Influence de l'accessibilité des patients au dermatologue	78
a)	Accès au dermatologue par le patient	78
(1)	Distance du dermatologue	78
(2)	Délai de rendez-vous	78
(3)	Le point de vue des patients.....	79
b)	L'accessibilité du patient influence le médecin généraliste et le recours au dermatologue	79
c)	Référent	80
5.	Cas particulier : La dermatite atopique et eczéma.....	81
6.	Cas particulier : Les tumeurs bénignes et malignes	82
C.	La méthode.....	84
1.	Participation	84
2.	Recueil des données	85
VII.	CONCLUSION	87
	BIBLIOGRAPHIE.....	88
	ANNEXES	92

I. INTRODUCTION

Chaque médecin généraliste, dans sa pratique quotidienne, est fréquemment confronté aux plaintes dermatologiques de ses patients.

Avec la réforme du système de santé du 13 Août 2004, les médecins généralistes (MG), nouveaux coordinateurs de soins, sont de plus en plus sollicités par des patients présentant une pathologie dermatologique. Ils doivent diagnostiquer et prendre en charge ces patients. Puis, ils doivent décider ou non de les adresser au dermatologue.

Mais en dermatologie, quel médecin généraliste ne s'est jamais retrouvé en difficultés face à des lésions dont il ne connaissait pas le diagnostic ? Pour évaluer le délai le plus adapté pour adresser son patient au dermatologue ? Pour avoir un avis rapide d'un confrère dermatologue ?

Car au delà du problème diagnostique, se pose le problème de l'accessibilité des dermatologues pour le patient, que ce soit en terme de délai de rendez vous et/ou de distance. Cette problématique risque de s'accroître dans les années à venir.

En effet, les études sur la démographie médicale prévoient une forte baisse des dermatologues avec une diminution du temps médical disponible surtout en milieu rural. Nous devons donc nous préparer aux changements démographiques et aux difficultés d'accès que cela pourrait occasionner. Actuellement, la démographie médicale fait l'objet de nombreuses réflexions autour de l'ajustement entre l'offre de soins et les besoins de la population. L'une des solutions apportées dans différents domaines médicaux est la télémédecine.

La dermatologie est une discipline visuelle qui se prête à la télémédecine.

D'où l'idée de mettre en place un système de télé dermatologie. Un outil de télémédecine simple, qui serait une interface entre le médecin généraliste et le dermatologue. L'objectif serait de faciliter et d'améliorer la prise en charge des médecins généralistes et l'accessibilité des patients.

Mais pour développer un tel projet, notre travail doit définir en préambule :

- L'activité de dermatologie des médecins généralistes
- Les difficultés des médecins généralistes pour la prise en charge des patients ayant une pathologie dermatologique
- Le point de vue des dermatologues sur la prise en charge actuelle
- Enfin, leurs points de vue respectifs sur l'intérêt et la faisabilité d'un tel système.

II. CONTEXTE

A. Typologie des actes en médecine générale

1. Intérêt du recueil des données en soins primaires

Plusieurs méthodes existent pour le recueil de données en soins primaires (4)(5).

Les enquêtes transversales sont préférentiellement utilisées. Elles ont l'avantage d'être brèves. Les données peuvent être recueillies par questionnaire ou sur consultation des données issues des dossiers médicaux.

Les enquêtes longitudinales sont plus complexes. Elles sont développées majoritairement à l'étranger. Le recueil de données est fait par un panel de médecins volontaires. L'intérêt est de pouvoir suivre la population étudiée sur le long terme et de constituer des bases de données utilisables pour les chercheurs. Les médecins participant reçoivent un rapport sur leur activité et leurs pratiques.

Pour assurer la qualité d'un recueil de données, la standardisation de la terminologie utilisée est fondamentale. Plusieurs classifications existent. Deux classifications ont un codage spécifique à la médecine générale.

- La classification de Braun : elle a été mise au point par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), à partir de travaux du Dr Braun, médecin généraliste autrichien. Elle utilise les résultats de consultations codés à l'aide du Dictionnaire de Résultats de Consultation (DRC). Cette classification est spécifiquement française (1).
- La classification internationale des soins primaires (CISP) : c'est un outil de collection et de traitement de l'information en médecine générale. Elle a été élaborée par des médecins chercheurs depuis 1970 et affinée progressivement. Elle appartient aux classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle est disponible en plus de 20 langues et est reconnue par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners, ou World Organization of Family Doctors) comme l'outil de codage de première ligne en soins primaires (2)(3).

2. A l'étranger

Des systèmes de recueil continu de données en soins primaires existent dans plusieurs pays. Ils existent notamment, dans les pays ayant favorisé le développement des soins primaires(4)(5).

- Au Royaume-Uni :
 - Le General Practice Research Database (GPRD) est le système le plus important en termes de taille. Deux mille cinq cents médecins généralistes recueillent les données démographiques et cliniques, les actes et les prescriptions délivrés lors de consultations de plus de 5% de la population britannique. Cet échantillon de patients est représentatif de la population générale du Royaume-Uni. La base est maintenant accueillie par le Medicine and Health Care Regulatory Agency, agence rattachée au ministère de la santé britannique. Elle fait l'objet d'une gestion autonome et s'autofinance en vendant l'accès à ses données.
 - Un deuxième système de recueil longitudinal de données a été mis en place en 2004 : Qresearch. Il présente des données plus complètes sur les patients et est orienté vers l'étude des pratiques.

- En Australie : The General Practice Research Network (GPRN) a été mis en place en 2000. Les caractéristiques du patient, le contexte clinique de la consultation et les modes de prise en charge sont enregistrés pour chaque séance.

- En Nouvelle-Zélande : The Royal New Zealand College of General Practitioners computer research network, a été mis en place en 1989. Il a pour objectif d'étudier les pratiques médicales. Dix-huit pour cent des médecins généralistes participent à la collecte des données. Il contient des informations sur 25% de la population néozélandaise.

3. En France

Il existe actuellement peu de données en France sur les motifs ou les diagnostics à l'origine de recours en soins primaires.

Les outils de recueils de données disponibles actuellement sont les suivants (4):

- Enquêtes et recueils permanents
 - Enquête EPPM d'IMS Health et Observatoire épidémiologique permanent THALES dont l'objectif principal est de fournir des informations sur les prescriptions et les motifs de recours aux médecins libéraux. Ils sont réalisés par des sociétés privées. L'accès aux résultats est payant et la diffusion des publications non systématique.
 - Observatoire de la Médecine Générale (OMG), créé en 1992 par la SFMG, avait pour objectif de recueillir des informations sur les motifs de recours et la prise en charge des patients en médecine générale. Le but était de développer la recherche en médecine générale. Son avenir est incertain puisque, faute de financement, l'OMG est fermé depuis fin 2011 (6).

- Enquêtes ponctuelles
 - En particulier, une enquête sur la pratique des médecins généralistes libéraux réalisée en 2002 par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) (7). Certaines publications de la DREES reprennent des données de l'Observatoire THALES.
 - Un programme de recherche est actuellement en cours dans différentes universités de France : l'étude ECOGEN (Eléments de la CONsultation en médecine GENérale)(8)(9), sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Cette étude a pour but de décrire les motifs de consultations en médecine générale et les procédures de soins des principaux problèmes de santé. Les premiers résultats sont attendus début 2013.

Des données sont également disponibles à partir de questionnaires réalisés auprès d'un échantillon de la population. Il s'agit des enquêtes ESPS (Enquête sur la Santé et la Protection Sociale) menées par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé). La dernière enquête publiée en juillet 2012 (10) recensait les maladies et les troubles déclarés par la population en 2010.

4. En Haute Normandie

En 2012, Cécile AUBERT a publié une thèse sur la description des consultations en médecine générale (11). Cette étude a été menée lors d'une journée de consultation de 87 médecins généralistes Hauts-Normands. Tous les résultats de consultations ont été recueillis et codés avec la CISP-2. Cette étude a permis de décrire précisément les pathologies rencontrées et leurs liens avec les caractéristiques des patients.

5. Activité de dermatologie en médecine générale : données disponibles

a) *En France*

Il existe donc peu de données précises, en France, sur la part des consultations de dermatologie en Médecine Générale.

Dans les dernières données de l'OMG, fin 2011, les pathologies dermatologiques représentaient environ 6% des résultats de consultation (6).

En Haute-Normandie, Cécile Aubert dans son travail retrouvait un chiffre similaire (11). La dermatologie représentait 5,8% des résultats de consultations, 4% des motifs de consultations et 6,5% des diagnostics.

b) *A l'étranger*

A l'étranger, il existe plus de données disponibles. Les chiffres sont souvent issus d'études prospectives(12)(13) ou rétrospectives(14)(15). Ils sont très disparates. Les pathologies dermatologiques sont prises en charge dans 8% (12)(13)(16), 16%(17), 21%(14) ou jusqu'à 36%(15) des consultations de soins primaires.

Des chiffres plus précis sont disponibles en Australie dans le dernier rapport sur l'activité des soins primaires de 2008-2009 (18). Les pathologies dermatologiques représentaient 9,7% des motifs de consultations et étaient abordées dans 15% des consultations de médecine générale.

B. Le médecin généraliste : pivot du système de santé

1. Réforme du 13 Août 2004

La loi Douste-Blazy de réforme de l'assurance maladie du 13 Août 2004, a instauré une nouvelle forme d'organisation de l'accès aux soins : le parcours de soins coordonnés (19)(20). Il impose, à chaque assuré social de plus de 16 ans, de désigner un médecin traitant (21). Le médecin traitant est alors le coordinateur du parcours de soins. Le patient doit s'adresser à lui en premier recours. Le médecin traitant pourra s'il le juge nécessaire, orienter son patient vers un autre professionnel de santé. Le patient pourra alors bénéficier d'un remboursement à taux plein.

Si le patient, ne choisit pas de médecin traitant, il conserve un libre accès aux soins mais ses consultations sont moins bien remboursées par l'assurance maladie. Les actes médicaux, ne sont alors remboursés qu'à hauteur de 30 % (contre 70%).

Il existe des dérogations. Le patient n'est alors pas obligé de consulter son médecin traitant, dans les situations suivantes :

- Le patient atteint d'une maladie chronique ou d'une affection de longue durée (ALD), peut consulter directement le spécialiste qui prend en charge sa pathologie,
- Certaines spécialités restent accessibles en accès direct : pédiatrie, gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie ou neuropsychiatrie (pour les patients de 16 à 25 ans) et la stomatologie.

Le parcours de soins coordonnés est entré en application le 1^{er} juillet 2005.

Avec ce dispositif, le médecin traitant a un rôle central dans le système de soins :

- Il centralise les informations médicales du patient,
- Il coordonne les soins,
- Il oriente le patient vers d'autres professionnels de santé quand il le juge nécessaire.

Ce dispositif permet ainsi d'éviter la multiplication de consultations inutiles, des ordonnances et des examens redondants.

Le rôle du médecin traitant, dans la prise en charge préventive du patient, est aussi renforcé.

2. Recours au spécialiste avant la réforme

Avant la réforme du 13 Août 2004, le patient pouvait recourir au spécialiste en accès direct sans pénalités sur ses remboursements par l'assurance maladie.

D'après l'Enquête Santé et Protection Sociale menée par l'IRDES en 2004 (22), 36% des séances de spécialistes résultaient d'un accès direct du patient. Il existait d'importantes variations selon les spécialités. Pour les dermatologues, les ophtalmologues et les gynécologues, l'accès se faisaient principalement à l'initiative du patient. La dermatologie était la spécialité où l'accès direct par le patient était le plus important. En effet, 61% des consultations de dermatologie se faisaient à l'initiative du patient.

Ce résultat peut paraître étonnant, car sur cette période 9 patients sur 10 déclaraient avoir un médecin généraliste habituel (23).

Quelle que soit la spécialité, les recours en accès direct étaient plus fréquents en ville (40%) qu'à l'hôpital ou en clinique (16%). Selon une étude de l'INSEE publiée en 2000 (24), le choix entre généraliste et spécialiste en premier recours dépendait de l'offre médicale locale. Plus les spécialistes étaient nombreux à proximité et plus les patients y accédaient directement.

3. Evolution depuis la réforme

a) *Modification du comportement des patients*

Avant la réforme, la dermatologie était donc une spécialité à accès direct très important. La réforme ne prévoyait pas pour cette spécialité de dérogation pour un accès direct spécifique. On peut donc se demander comment ont évolué les comportements des patients, des médecins traitants et des dermatologues.

Une étude réalisée par la DREES fin 2007 (25), montrait que l'accès direct au spécialiste était beaucoup moins fréquent pour les patients ayant désigné leur médecin traitant. L'accès direct était 2 fois moins important toutes spécialités confondues, mais 4 fois moins fréquent pour les spécialités n'ayant pas de recours direct spécifique. Cette baisse se faisait au profit des accès conseillés par le médecin traitant.

Pour la dermatologie, la baisse était moins importante. 41% des consultations étaient en accès direct fin 2007 contre 61% avant la réforme, soit une baisse de 33%. Cette baisse était contrebalancée en totalité par la hausse des recours conseillés par le médecin

traitant. Pour le recours au dermatologue, 75% des patients ayant déclaré leur médecin traitant, le consultait préalablement. Mais seulement un patient sur deux le jugeait utile.

Les patients qui savaient être hors du parcours de soins, se disaient prêts à être moins bien remboursés. Une des raisons évoquées était le gain du temps.

b) Points de vue des médecins sur la réforme

(1) Des médecins généralistes

Dans une étude de la DREES en 2008 (26), 30 à 40% des médecins généralistes estimaient qu'il leur était plus facile de connaître le parcours de soins de leurs patients. Mais 60% pensaient que la répartition des rôles entre médecins généralistes et médecins spécialistes n'était pas améliorée par ce dispositif.

Dans une étude réalisée en Rhône Alpes en 2010 (27), les médecins pensaient très majoritairement que leurs pratiques professionnelles n'avaient pas été modifiées. Mais, près d'un médecin généraliste sur 2 émettait un avis défavorable sur le dispositif de médecin traitant principalement à cause de la surcharge administrative.

Les principaux points positifs évoqués étaient les suivants :

- Reconnaissance du rôle de pivot du médecin traitant,
- Réduction des recours multiples ou abusifs aux médecins spécialistes,
- Majoration des échanges avec les médecins correspondants.

Par contre, les médecins évoquaient des effets pervers pour certaines spécialités : demande de « *bons de consultation spécialisée* », consultation du patient pour avoir le courrier et non un avis.... Pour certains, la dermatologie devrait être une spécialité à accès direct spécifique.

(2) Des médecins spécialistes

En 2009, sur une étude d'opinion des spécialistes sur la réforme du parcours de soins coordonnés(28), ceux dont l'accès était devenu indirect jugeaient leur pratique plus difficile. Pour 72% des spécialistes, la qualité du suivi médical était jugée meilleure ou inchangée depuis la réforme.

Par contre, les dermatologues faisaient partie des spécialistes qui pensaient que le suivi de leurs patients était moins bon. En particulier, les actions de prévention étaient, selon eux, rendues plus difficiles depuis la mise en place de la réforme.

Concernant les échanges avec les médecins généralistes, 60% des dermatologues pensaient qu'ils étaient plus nombreux. Par contre, un sur deux jugeait les courriers moins informatifs.

C. L'offre de soins en dermatologie

1. La démographie des dermatologues

a) *Données actuelles*

➤ En France

Selon la DREES, au 1^{er} Janvier 2012, 4 100 dermatologues exerçaient en France. Ce qui représente en moyenne 6,3 dermatologues pour 100 000 habitants(29).

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

La moyenne d'âge des dermatologues était de 52,4 ans. 67% des dermatologues avaient plus de 50 ans et 25% avaient plus de 60 ans.

➤ En Haute-Normandie

Selon la DREES, au 1^{er} Janvier 2012, 80 dermatologues exerçaient en Haute-Normandie (29). Ce qui représentait une densité moyenne de 4,41 dermatologues pour 100 000 habitants (30). La région est donc sous dotée en dermatologues par rapport au reste de la France. La densité médicale des dermatologues était inférieure à plus de 20% à la densité moyenne nationale(29).

Les dermatologues de Haute-Normandie étaient majoritairement installés en milieu urbain. 78,46% des dermatologues exerçaient dans les 4 villes de plus de 20 000 habitants. 60% des dermatologues exerçaient soit au Havre soit à Rouen (30).

b) Evolution démographique prévisionnelle

L'évolution démographique prévisionnelle des dermatologues semble défavorable.

En effet, en 2030, selon le schéma tendanciel de l'évolution de la démographie médicale (31), on prévoit une baisse de 32% des dermatologues en France.

En parallèle, la répartition des médecins sur le territoire se ferait au détriment des zones rurales. En 2030, on aurait une baisse de 25% des médecins exerçant en milieu rural. Cette baisse serait de 51% pour les spécialistes. Ainsi, dans les zones rurales n'exerceraient plus que 6% des médecins. Au contraire, les zones urbaines avec CHU regrouperaient 71% des spécialistes (31).

On assisterait aussi à une forte féminisation de la profession médicale. Pour les dermatologues, la proportion de femmes atteindrait en 2030 83% contre 64% en 2006. Ceci risque de diminuer le temps médical disponible dans cette spécialité. En effet, comme le montre l'étude de la DREES sur l'emploi du temps des médecins libéraux (32), 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.

2. Accessibilité des patients au dermatologue

a) Délai de rendez-vous

L'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) a réalisé une enquête en Octobre 2011 sur l'accès aux soins auprès des Français et des professionnels de santé (33). L'accès au dermatologue en France était jugé assez, voire très difficile par 46% des Français interrogés. Ils évaluaient en moyenne à 34.8 jours les délais d'attente chez le dermatologue. Le délai moyen donné par les dermatologues interrogés était de 25.2 jours (pour des motifs non urgents).

Une étude téléphonique réalisée auprès des 62 dermatologues libéraux de Haute-Normandie, a été réalisée en Avril 2011 (annexe 1). Le délai moyen de rendez-vous était de 64 jours si la demande était faite par le patient. Il n'existait pas de différence significative selon le lieu d'exercice du dermatologue. Si la demande était faite par le médecin généraliste, un rendez-vous pouvait être donné dans la semaine dans la majorité des cas. Un rendez-vous était donné par la secrétaire pour 16% des dermatologues dans la journée, pour 19,35% dans les 3 jours et pour 45,15% dans la semaine. Dans 19,5%

des cas, les secrétaires transmettaient la communication au dermatologue qui définissait le délai de rendez-vous avec le médecin généraliste selon le motif de l'appel.

b) Eloignement géographique et ses conséquences

L'IRDES a publié en Avril 2011 une étude sur les distances et les temps d'accès aux soins en France métropolitaine (34). A partir de données de 2007, cette étude montrait que les spécialistes libéraux et les disciplines hospitalières les plus courantes étaient accessibles en moyenne en moins de 20 min. Pour les dermatologues libéraux, le temps moyen d'accès était de 12 min. 90% de la population avait un temps d'accès aux dermatologues libéraux de moins de 30 min et un temps d'accès aux dermatologues hospitaliers de moins de 50 min.

La distance moyenne d'accès au dermatologue entre 1990 et 2006 était stable aux environs de 6 Kms (34).

La Haute-Normandie faisait partie des régions où les difficultés d'accès étaient les plus importantes (35).

Dans l'étude réalisée par l'IFOP en 2011 (33), 87% des personnes interrogées jugeaient les médecins spécialistes assez mal ou très mal répartis sur le territoire. 28 % des patients déclaraient avoir déjà renoncé à des soins à cause de l'éloignement géographique du spécialiste. En 2007, dans une étude similaire, cela ne concernait que 9% des personnes interrogées.

III. PROBLEMATISATION et OBJECTIFS

Les plaintes dermatologiques sont fréquentes mais il existe peu de chiffres en France sur la part de l'activité de dermatologie dans l'activité globale du médecin généraliste. Avec la réforme du parcours de soins coordonnés, les médecins généralistes sont très probablement plus sollicités pour le diagnostic, la prise en charge et l'orientation des patients ayant une pathologie dermatologique.

Les médecins généralistes se sentent-ils à l'aise pour diagnostiquer et prendre en charge les pathologies dermatologiques ?

Dans quel cas les médecins généralistes décident-ils d'adresser leur patient pour avis au dermatologue et dans quelle proportion ?

Le problème d'accessibilité des patients influence-t-il la demande d'avis par le médecin généraliste ?

➤ **Objectif principal**

- Identifier l'activité dermatologique des médecins généralistes de la région Haute Normandie : Évaluation de la place de l'activité dermatologique dans l'activité globale des médecins généralistes de la région et description de cette activité (typologie de patients, typologie de pathologies).

➤ **Objectifs secondaires**

- Evaluer les besoins ressentis par les médecins généralistes d'un avis spécialisé pour la prise en charge des problèmes dermatologiques.
- Identifier les déterminants de ces besoins

IV. MATERIEL et METHODE

A. Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, prospective sur un échantillon de médecins généralistes de Haute-Normandie. Nous les avons interrogés par questionnaires sur les pathologies dermatologiques rencontrées en médecine générale.

L'étude s'est déroulée sur une période de 2 semaines, consécutives ou non. Les médecins devaient remplir une fiche pour chaque patient présentant une pathologie dermatologique prise en charge au cours de la consultation. Ils devaient aussi compléter un questionnaire avec des renseignements généraux les concernant.

B. La population étudiée

1. Echantillonnage des médecins généralistes

L'effectif médical visé était de 100 praticiens. En tablant sur un taux de réponse de 50%, nous avons donc constitué un premier échantillon de 200 médecins généralistes de Haute-Normandie, en utilisant la liste des Pages Jaunes. Les médecins sélectionnés étaient répartis sur toute la région.

Chaque praticien était contacté par téléphone, soit directement soit via son secrétariat. Nous leur expliquions alors l'objectif de notre projet et les modalités de notre étude.

Sur les 200 médecins généralistes contactés, seuls 50 ont accepté de participer à l'étude. Nous avons donc poursuivi l'inclusion pendant 5 mois jusqu'à obtenir un échantillon de 80 médecins.

Le recrutement des médecins s'est effectué du 10 Mai au 30 septembre 2011.

2. Les patients : critères d'inclusion et d'exclusion

a) Critères d'inclusion

- Patient vu au cabinet ou en visite,
- Présentant une pathologie dermatologique, prise en charge au cours de la consultation (qu'elle en soit le motif principal ou non)
- Quel que soit son âge.

Une fiche « patient » devait être remplie pour chaque patient inclus. Si le patient présentait plusieurs problèmes dermatologiques, une fiche devait être complétée pour chaque pathologie.

b) Critères d'exclusions

Patients dont la pathologie dermatologique n'a pas été prise en charge lors de la consultation. Par exemple, un patient présentant un psoriasis, qui venait pour une angine, ne devait pas être inclus si la prise en charge du psoriasis n'était pas abordée au cours de la consultation.

3. Données recueillies

a) Elaboration des questionnaires

2 questionnaires ont été élaborés :

- Un questionnaire dit « fiche patient » (annexe 2)
- Un questionnaire « médecin » (annexe 3)

Deux médecins généralistes ont participé à leur relecture, afin de s'assurer de la clarté des questions.

(1) Fiche « patient »

Ce questionnaire comportait

- des données démographiques (âge, sexe)
- le diagnostic dermatologique retenu ou suspecté
- le degré de certitude diagnostique et de prise en charge (PEC) cotés de 0 à 10
- le besoin éventuel d'un avis spécialisé et le délai souhaité
- Si un avis était jugé nécessaire, s'il avait été effectivement demandé
- Si l'avis était jugé nécessaire mais pas demandé, le médecin devait en indiquer la raison (par texte libre).

(2) Questionnaire « médecin »

Ce questionnaire permettait de recueillir des données sur le profil du médecin généraliste

- démographiques (âge, sexe)
- professionnelles (durée d'installation, mode et lieu d'exercice, activité hebdomadaire)
- concernant leur activité de dermatologie (distance et accès au dermatologue, aisance)

4. Déroulement de l'étude

Les questionnaires ont été distribués, à la convenance du médecin, par courrier, par fax, par e-mail ou en mains propres, du 16 mai 2011 au 14 octobre 2011. Certains questionnaires ont été distribués à l'occasion de groupe de pairs le 9 juin 2011.

La date limite de retour a été fixée au 15 Novembre 2011.

Chaque médecin recevait :

- 1 lettre explicative avec le rappel du sujet de la thèse, son intérêt et les suites de notre projet (annexe 4), ainsi que les modalités de remplissage des questionnaires,
- 1 feuillet contenant : 1 questionnaire médecin et 25 fiches « patient »,
- 1 enveloppe timbrée de retour

5. Exploitation des données

Les fiches « patient » devaient contenir au minimum le diagnostic et les degrés de certitude pour être exploitables.

Les questionnaires médecins ont été anonymisés.

a) Codage des données

Nous avons choisi de convertir les diagnostics proposés par les médecins généralistes en utilisant la « Classification Internationale des Soins Primaires », 2^{ème} version (CISP-2) (3)(annexe 5).

La CISP-2 est reconnue comme l'outil de codage de première ligne en soins primaires.

C'est un outil centré à la fois sur le patient (motifs de contact, ressenti du patient) et le médecin généraliste (diagnostic et procédures réalisées). Il est ainsi adapté à la prise en charge globale et longitudinale des patients (2).

Cette classification a une structure bi-axiale avec

- 17 chapitres correspondent aux différents organes ou systèmes corporels touchés et aux problèmes socio économiques. Ils ont un code alphabétique à 1 caractère.
- 7 composants (identiques dans chaque chapitre) correspondent aux motifs de contact, plaintes et symptômes des patients mais aussi aux procédures décisionnelles, maladies et diagnostics établis par les médecins. Ils ont un code numérique à 2 caractères.

Les 2 codes se combinent pour donner un code global à 3 caractères.

Par exemple,

- Pour un patient atteint de gale : Code S qui correspond au chapitre « peau » + Code 72 pour la gale qui est d'origine infectieuse. La gale est donc codée S72.
- Pour un patient se plaignant de toux : code R qui correspond au chapitre « Respiratoire » + Code 05 qui correspond au symptôme « toux ». Le code utilisé est donc R05. Sur une même consultation, un autre code pourrait être utilisé pour le diagnostic de cette toux.

b) Analyse statistique

Les données ont été compilées dans un tableau Excel.

Nous avons réalisé les statistiques descriptives, analytiques uni-variées avec les logiciels Excel et Epi-info.

Dans le cadre de l'analyse de deux variables qualitatives, nous avons utilisé les tests du Chi 2 (paramétrique) et de Fisher (non paramétrique) selon les conditions standards

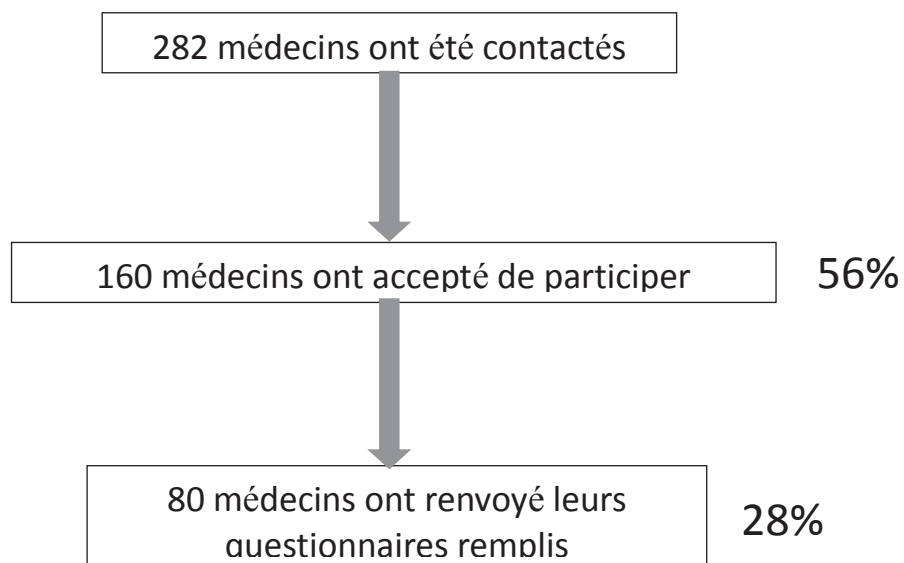
d'application. Dans le cadre de l'analyse d'une variable qualitative avec une variable quantitative, nous avons utilisé le test T de Student (paramétrique), selon les conditions standards d'application.

Les statistiques analytiques multivariées ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS. Elles ont concerné les variables associées au besoin d'un référencement vers le dermatologue.

Le seuil retenu pour la valeur p (ou 'p-value') était de 0,05.

V. RESULTATS

A. Les médecins participants



5 questionnaires « médecins » étaient incomplets, malgré notre relance téléphonique ou par mail. Ils furent tout de même utilisés de manière partielle pour l'analyse statistique.

1. Données démographiques

a) Sexe

24 femmes et 56 hommes ont participé à notre étude.

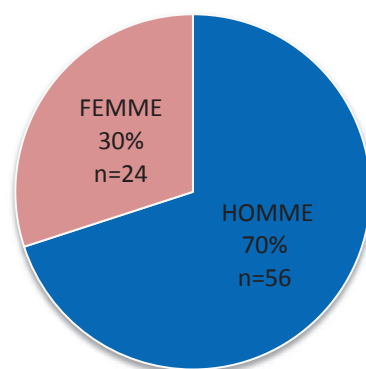


Figure 1: Répartition des médecins généralistes selon le sexe*

b) Âge

L'âge moyen des médecins généralistes était de 51,5 ans, avec une moyenne de 47,1 ans pour les femmes et de 53,3 ans pour les hommes.

Le médecin le plus jeune était âgé de 29 ans, le plus âgé de 69 ans. La médiane était de 54,5 ans.

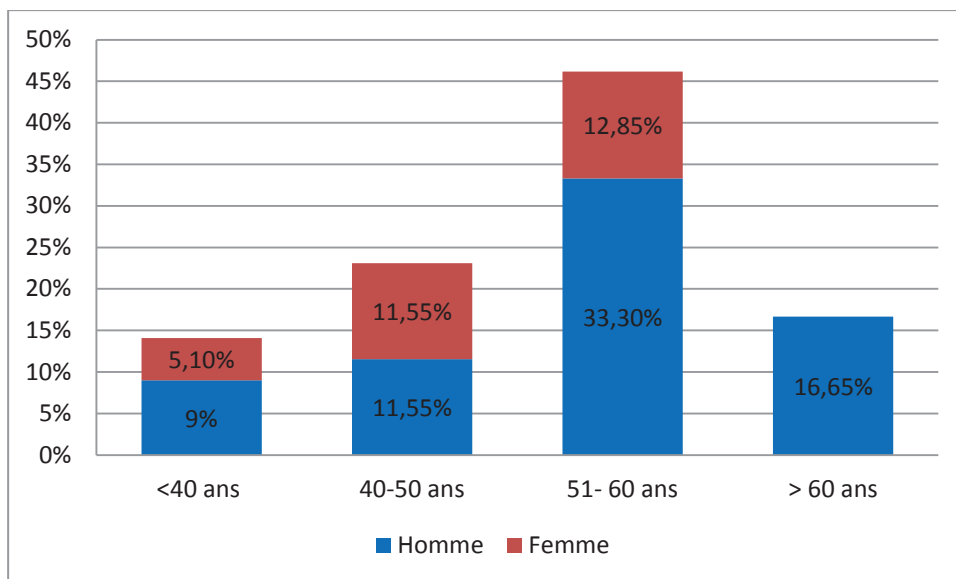


Figure 2: Répartition des médecins généralistes selon les classes d'âges et le genre

2. Données professionnelles

29 médecins exerçaient dans l'Eure. 51 médecins exerçaient en Seine –Maritime, soit les 2/3 de notre échantillon.

Ils étaient installés en moyenne depuis 21 ans. L'installation la plus récente datait de 1 an et la plus ancienne de 40 ans.

74% des médecins exerçaient en groupe.

28,75% des médecins travaillaient en zone rurale, 37,5% en zone semi-rurale et 33,75 % en milieu urbain¹.

34 médecins (42,5%) étaient Maitres de Stage des Universités (MSU).

En moyenne, les médecins rapportaient une activité hebdomadaire de 122 consultations, avec un minimum de 35 consultations et un maximum de 200 consultations par semaine.

¹ Le caractère rural, semi-rural ou urbain a été défini selon l'appréciation de chaque médecin généraliste.

3. Les médecins généralistes et la dermatologie

a) Accessibilité des dermatologues

Les médecins généralistes ont estimé la distance qui les séparait du dermatologue le plus proche. Celle-ci était en moyenne de 14,7 km, avec un minimum de 200 m et un maximum de 50 km.

20% des médecins généralistes se trouvaient à plus de 30 km d'un dermatologue.

Il existait une différence significative selon la zone d'exercice : la distance avec le dermatologue augmentait progressivement en s'éloignant des unités urbaines ($p=0,0048$).

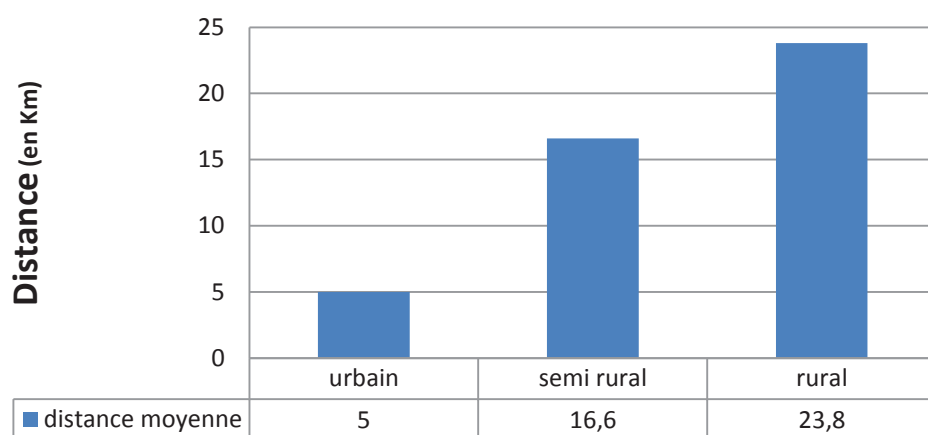


Figure 3: Distance moyenne (en kilomètres) du dermatologue le plus proche selon la zone d'exercice

80% des médecins généralistes estimaient que l'accès de leur patient au dermatologue était plutôt voire très difficile. Cette difficulté augmentait avec la distance du dermatologue ($p\approx 0$). Elle augmentait également avec le caractère rural du lieu d'exercice ($p\approx 0$).

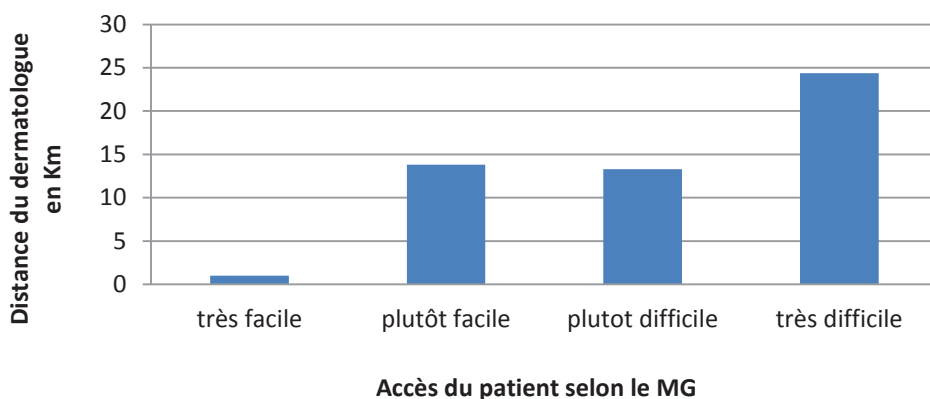


Figure 4: Accessibilité du patient selon la distance du dermatologue.

Néanmoins, si le médecin sollicitait directement le dermatologue pour un rendez-vous, il parvenait à en avoir un en moins d'une semaine dans 2/3 des cas. Il n'existait pas de

différence significative selon l'éloignement avec le dermatologue le plus proche ni selon les caractéristiques du médecin.

14% des médecins généralistes n'avaient pas de correspondant dermatologue référent. Il n'existait pas de différence significative selon les caractéristiques des médecins généralistes et leurs conditions d'exercice.

b) Aisance en dermatologie

80% des praticiens se disaient plutôt, voire, tout à fait à l'aise dans la prise en charge de patients ayant une pathologie dermatologique.

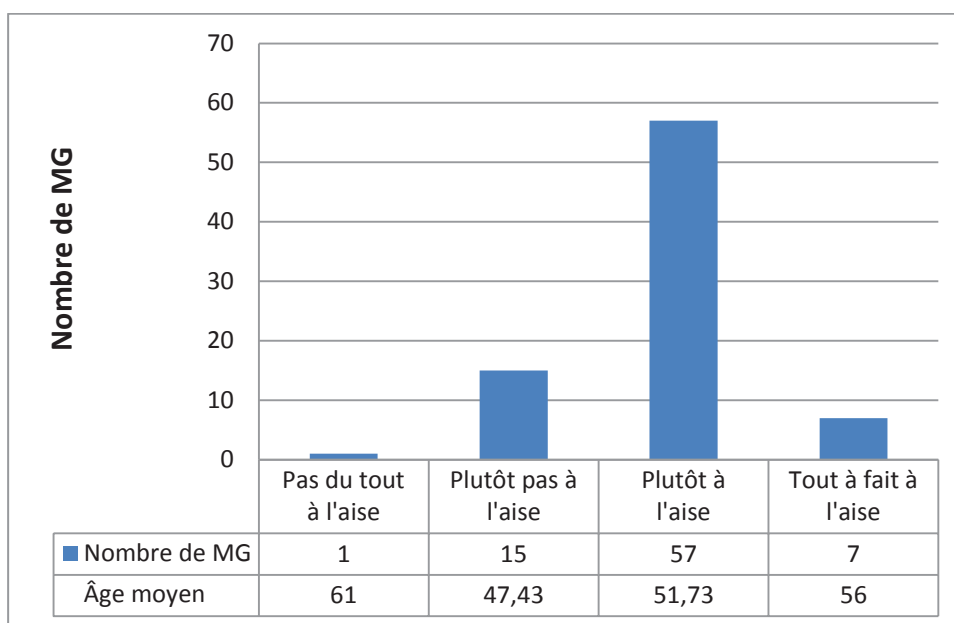


Figure 5: Proportion et âge moyen des médecins généralistes selon l'aisance déclarée en dermatologie

L'aisance en dermatologie augmentait en fonction de l'âge du médecin généraliste ($p \approx 0$) et de sa durée d'installation ($p \approx 0$).

c) Activité de dermatologie

1106 fiches « patients » ont été remplies. 1101 ont pu être exploitées.

Chaque médecin a rempli entre 3 et 25 fiches « patients » avec une moyenne de 13,7 (14,7 pour les hommes et de 11,4 pour les femmes).

La part de la dermatologie dans l'activité globale des médecins était de 5,7% (soit environ 7 consultations avec un patient présentant une pathologie dermatologique sur 120 consultations par semaine).

B. Les patients

1. Données démographiques

L'échantillon de patients se composait de 488 hommes (44,5%) et de 609 femmes (55,5%). Soit un sex-ratio de 1,25.

L'âge moyen des patients était de 37,6 ans. Le patient le plus jeune était âgé de 1 mois, le plus âgé de 101 ans. La médiane était de 36 ans.

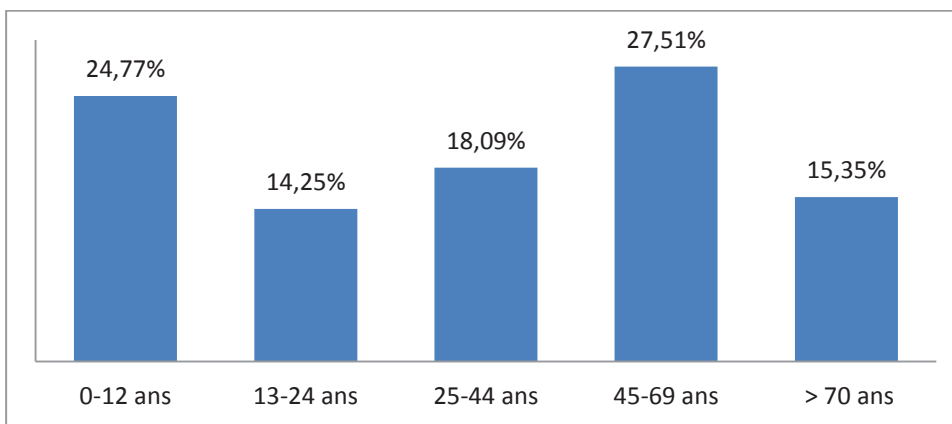


Figure 6: Répartition en pourcentage des patients par tranche d'âge

2. Les pathologies dermatologiques

a) *Description et fréquence des pathologies dermatologiques*

(1) Par catégories

Les différents codes CISP ont été regroupés par grandes catégories de pathologies. Le graphique suivant recense ces différentes catégories ainsi que leurs fréquences respectives.

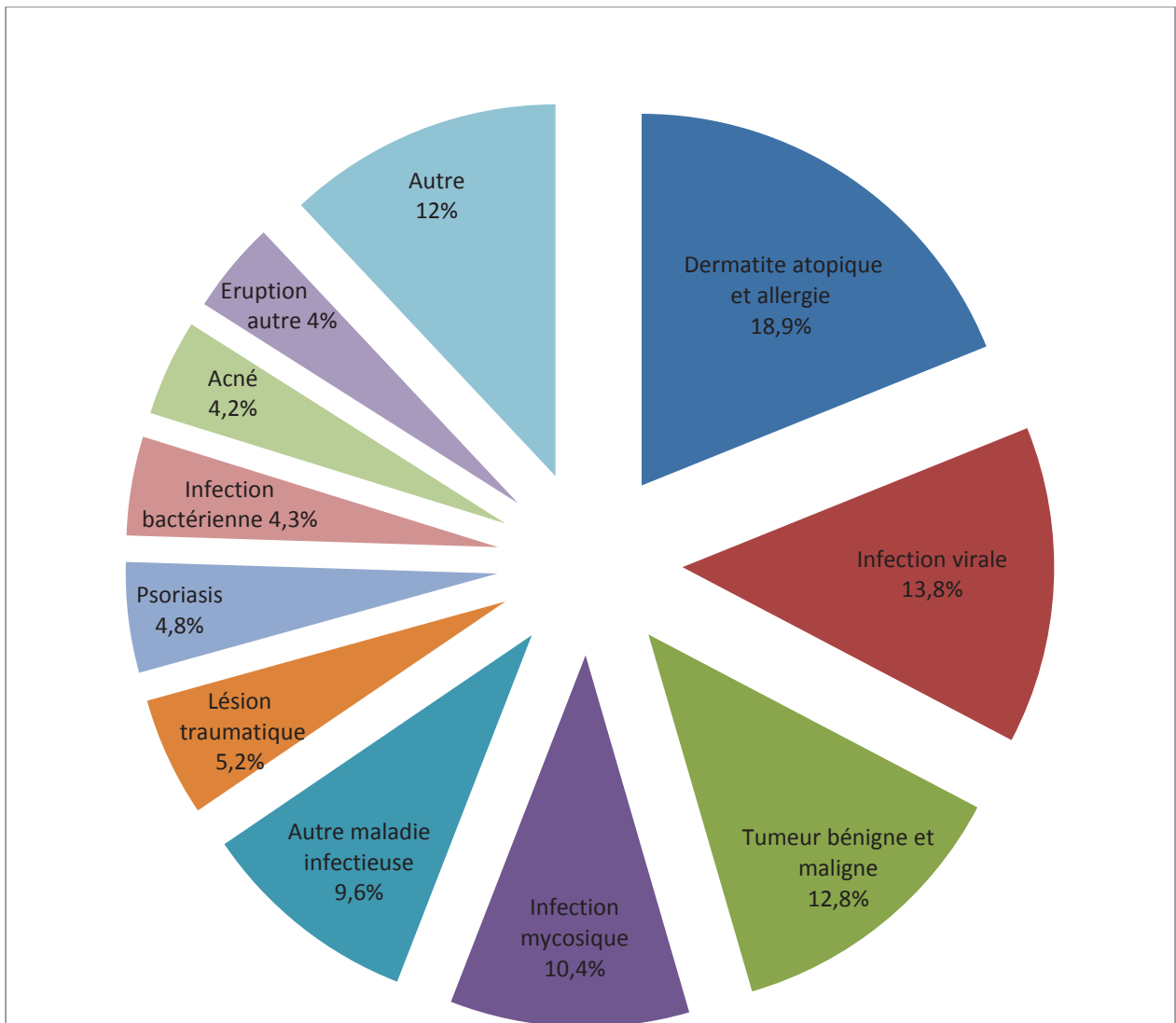


Figure 7: Fréquence des pathologies dermatologiques rencontrées (regroupées par catégories)

Les 5 catégories de pathologies les plus fréquentes représentaient les deux tiers des pathologies dermatologiques rencontrées en médecine générale. Il s'agissait, par ordre de fréquence, de la dermatite atopique et de l'allergie, des infections virales, des tumeurs bénignes et malignes, des infections mycosiques et des autres maladies infectieuses.

(2) Par codes

Les différentes catégories de pathologies correspondent donc à des regroupements de codes CISP. Elles sont détaillées dans les tableaux suivants.

Pour les catégories « Acné » et « Psoriasis », il n'a pas été effectué de regroupement. Un seul code correspond au diagnostic : S 91 pour le psoriasis et S 96 pour l'acné.

(a) La dermatite atopique et l'allergie

Code CISP	Description	Nombre	Fréquence
	Dermatite atopique et allergie	206	18,64%
S87	Dermatite atopique, eczéma	127	11,49%
S98	Urticaire	37	3,35%
S88	Dermatite et allergie de contact	35	3,17%
A85	Effet indésirable substance médicinale	7	0,63%

Tableau 1: Fréquence des différents codes du regroupement « Dermatite atopique et allergie »

Plus d'un patient sur 10, ayant une pathologie dermatologique, se plaignait de dermatite atopique ou eczéma. C'était le code le plus fréquemment recensé dans notre étude.

(b) Infection virale

Code CISP	Description	Nombre	Fréquence
	Infection virale	153	13,85%
S03	Verrue	52	4,71%
A76	Exanthème viral	25	2,26%
S95	Molluscum contagiosum	24	2,17%
A72	Varicelle	19	1,72%
S70	Zona	18	1,63%
S71	Herpes simplex	11	1,00%
X91	Condylome femme	3	0,27%
A71	Rougeole	1	0,09%

Tableau 2: Fréquence des différents codes du regroupement « Infection virale »

La verrue représentait 5 % des pathologies dermatologiques. C'était la pathologie virale la plus fréquente.

(c) Tumeur bénigne et maligne

Code CISP	Description	Nombre	Fréquence
	Tumeur bénigne et maligne	142	12,84%
S82	Naevus	44	3,98%
S77	Cancer cutané	43	3,89%
S79	Tumeur bénigne indéterminée	26	2,35%
S80	Kératose actinique, coup soleil	12	1,09%
S78	Lipome	10	0,90%
S81	Hémangiome	4	0,36%
B72	Maladie de hodgkin, lymphome	2	0,18%
S26	Peur cancer cutané	1	0,09%

Tableau 3: Fréquences des différents codes du regroupement « Tumeur bénigne et maligne »

Les codes naevus et cancer cutané représentaient chacun près de 4% des pathologies dermatologiques. Ce qui correspondait aux deux tiers de la catégorie « tumeur bénigne et maligne ».

(d) Infection mycosique

Code CISP	Description	Nombre	Fréquence
	Infection mycosique	115	10,40%
S75	Candidose	86	7,78%
S86	Dermatite séborrhéique	18	1,63%
X84	Vaginite, vulvite	5	0,45%
X72	Candidose génitale	4	0,36%
Y75	Balanite	2	0,18%

Tableau 4: Fréquences des différents codes du regroupement « Infection mycosique »

Les infections mycosiques étaient dominées par les candidoses. Le code candidose était recensé pour près de 8% des patients ayant une pathologie dermatologique. C'était le deuxième code le plus fréquent.

(e) Autre maladie infectieuse

Code CISP	Description	Nombre	Fréquence
	Autre maladie infectieuse	106	9,59%
S76	Autre maladie infectieuse peau	45	4,07%
S72	Gale	34	3,08%
S74	Dermatophytose	23	2,08%
A78	Autre maladie infectieuse	4	0,36%

Tableau 5: Fréquences des différents codes du regroupement « Autre maladie infectieuse »

Le code S76 (autre maladie infectieuse de la peau) a été utilisé, dans notre étude, pour les pathologies suivantes : le pityriasis versicolor, le syndrome pieds mains bouche, la staphylococcie cutanée.

Le code A78 (autre maladie infectieuse) regroupait 4 diagnostics de scarlatine.

Trois pour cent des patients ayant une pathologie dermatologique avaient une gale.

(f) Lésion traumatique

Code CISP	Description	Nombre	Fréquence
	Lésion traumatique	57	5,15%
S12	Piqûre insecte	33	2,99%
S14	Brûlure	7	0,63%
S19	Autre lésion traumatique peau	7	0,63%
S18	Coupure, lacération	6	0,54%
S13	Morsure	2	0,18%
S16	Ecchymose, contusion	1	0,09%
X82	Lésion traumatique génitale femme	1	0,09%

Tableau 6: Fréquences des différents codes du regroupement « Lésion traumatique »

Le code S19 a été utilisé dans notre étude pour les diagnostics suivants : traumatisme unguéal, ulcération post traumatique, traumatisme de naevus.

(g) Infection bactérienne

Code CISP	Description	Nombre	Fréquence
Infection bactérienne		48	4,34%
S10	Furoncle	22	1,99%
S84	Impétigo	17	1,54%
S11	Infection post traumatique peau	5	0,45%
S09	Doigt/orteil infecté	4	0,36%

Tableau 7: Fréquences des différents codes du regroupement « Infection bactérienne »

Les infections bactériennes correspondaient principalement aux furoncles et à l'impétigo.

(h) Eruption autre

Code CISP	Description	Fréquence	Pourcentage
Eruption autre		45	4,07%
S89	Erythème fessier	17	1,54%
S90	Pityriasis rosé	15	1,36%
S06	Eruption localisée	9	0,81%
S07	Eruption généralisée	4	0,36%

Tableau 8: Fréquences des différents codes du regroupement « Eruption autre »

La catégorie « éruption autre » regroupait :

- des éruptions d'étiologie inconnue comme le Pityriasis rosé de Gibert
- des éruptions de diagnostic indéterminé, par exemple : *érythème visage, érythème en bande, éruption confluente, purpura ?, éruption scarlatiniforme, éruption....*
- l'érythème fessier quand l'origine mycosique n'était pas clairement précisée par le médecin.

(i) Autre

Code CISP	Description	Nombre	Fréquence
Autre		133	12,01%
S99	Autre	48	4,34%
S93	Kyste sébacé	19	1,72%
S97	Ulcère chronique	14	1,27%
S02	Prurit	9	0,81%
S21	Texture peau SP (sans précision)	9	0,81%
K95	Varice membres inférieurs	8	0,72%
S22	Ongle SP	6	0,54%
D83	Maladie bouche, langue, lèvres	6	0,54%
S23	Calvitie	4	0,36%
D95	Fissure anale, abcès périnéal	2	0,18%
S04	Tuméfaction, gonflement peau	2	0,18%
K92	Athérosclérose, maladie vasc. périph	1	0,09%
S08	Modification couleur peau	1	0,09%
S20	Cor callosité	1	0,09%
S24	SP cheveux, poils	1	0,09%
S29	SP autre peau	1	0,09%
T99	Autres maladies endoc, nutri, metab	1	0,09%

Tableau 9: Fréquences des différents codes du regroupement « Autre »

Le code S99 a été utilisé pour les diagnostics suivants : Diagnostic inconnu, cicatrice chéloïde, hidrosadénite ou maladie Verneuil, lichen, prurigo, miliaire sudorale.

Le code S21 (texture peau SP) a été utilisé pour les diagnostics suivants : kératose, hyperkératose, crevasse, xérose.

Le code S22 (ongle SP) a été utilisé pour les diagnostics suivants : déformation unguéale, hyperkératose unguéale, ongles striés.

Le code S24 (SP cheveux, poils) n'a été utilisé qu'une fois pour le diagnostic de poil incarné.

Le code S29 (SP autre peau) n'a été utilisé que pour le diagnostic de vergetures.

Le code T99 (Autres maladies endocrinienne, nutritionnelle ou métabolique) a été utilisé une fois pour le diagnostic de porphyrie.

(3) Pathologies les plus fréquentes

Près d'1/5 des patients présentaient une dermatite atopique ou allergie : c'était le type de pathologie le plus fréquent.

Les 10 pathologies dermatologiques les plus fréquemment rencontrées par les médecins généralistes étaient les suivantes :

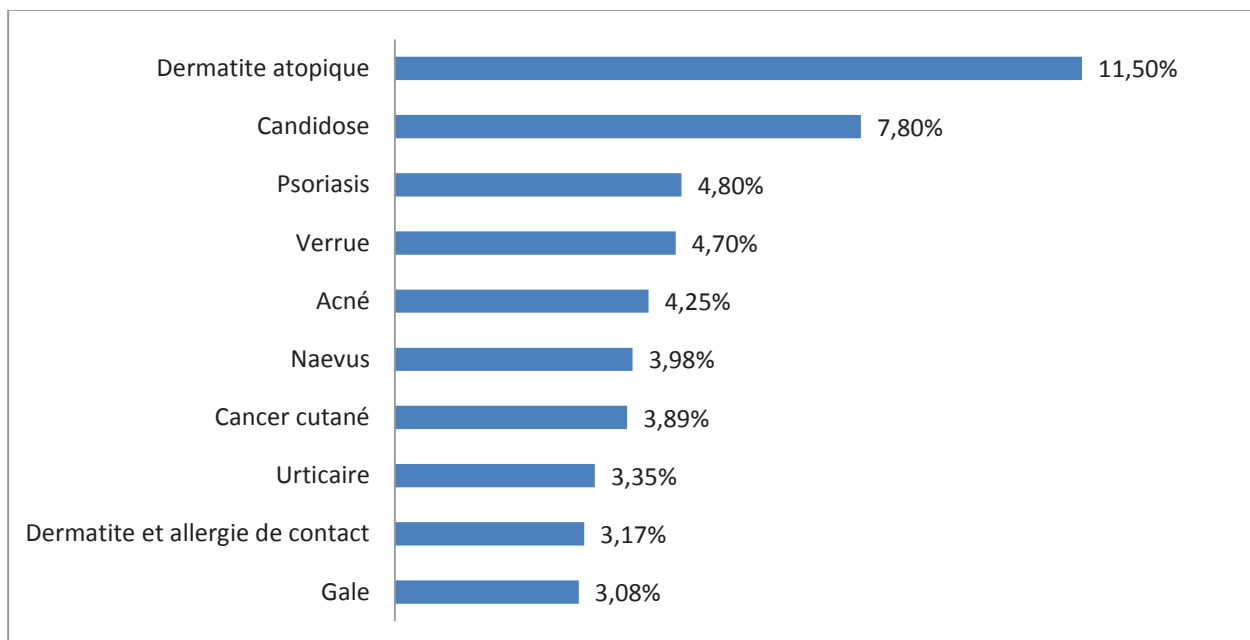


Figure 8: Les 10 pathologies dermatologiques les plus fréquentes

L'ensemble des 5 premières pathologies représentaient 1/3 des pathologies dermatologiques rencontrées.

Les 10 et 20 premières pathologies représentaient respectivement 50 et 71% des problèmes cutanés rencontrés en médecine générale.

b) Pathologies rencontrés selon les caractéristiques des patients

(1) Selon le sexe

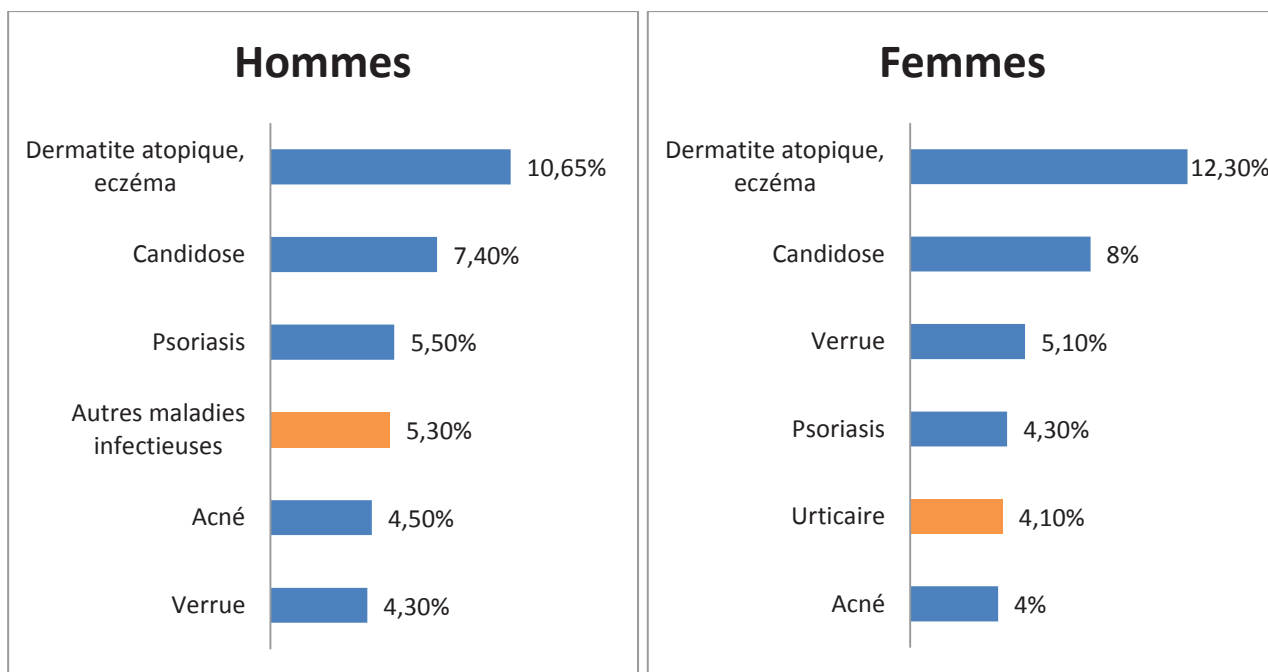


Figure 9: Les 6 pathologies les plus fréquentes en fonction du sexe

Selon le sexe, on retrouvait 5 pathologies identiques : la dermatite atopique et allergie, les candidoses, les verrues, le psoriasis et l'acné.

Les « autres maladies infectieuses de la peau » représentaient 5,3% des pathologies chez les hommes contre 3,1% chez les femmes. Chez les hommes, il y avait plus de cas d'érysipèle, de pityriasis versicolor et de staphylococcie cutanée que chez les femmes.

L'urticaire était la 5^{ème} pathologie la plus fréquente chez les femmes avec 4,10%, alors qu'elle ne représentait que 2,5% des pathologies chez les hommes.

Pour les regroupements de pathologies selon le sexe, il n'existait pas de différence significative.

(2) Selon l'âge

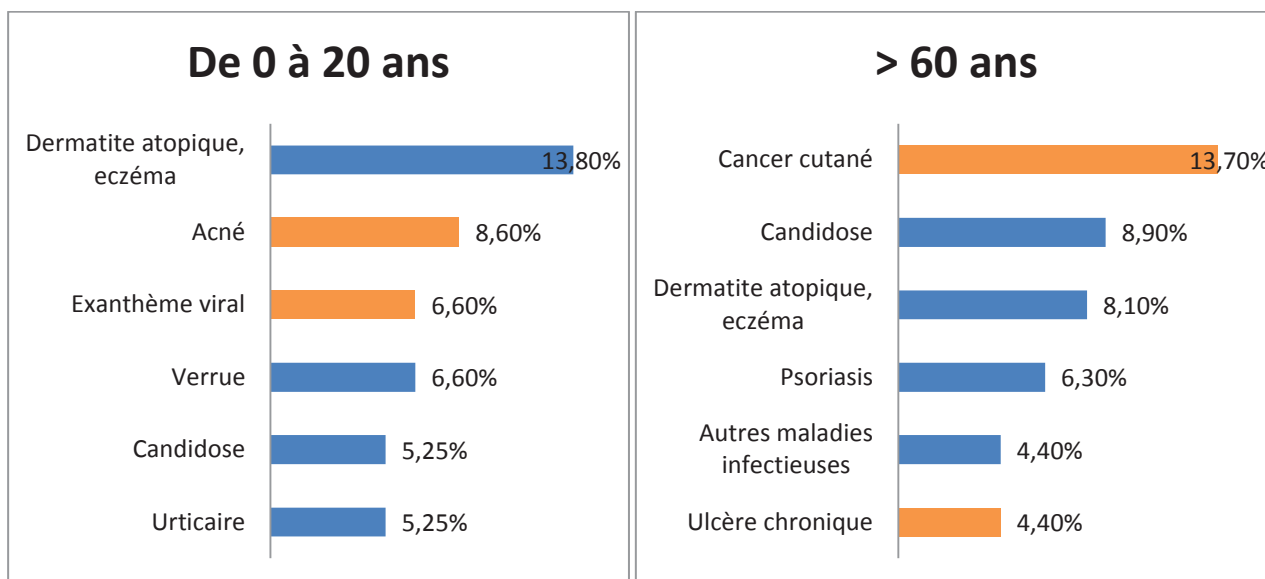


Figure 10: Les 6 pathologies les plus fréquentes selon l'âge

Les pathologies dermatologiques présentées par les patients en fonction de leur âge étaient différentes ($p \approx 0$).

La dermatite atopique était plus fréquente chez les jeunes patients (13,8% contre 8,10%).

Le cancer cutané était la pathologie la plus fréquente chez les patients de plus de 60 ans (13,7%).

Parmi les pathologies les plus fréquentes, les différences concernaient des pathologies spécifiques en fonction de l'âge. Chez les moins de 20 ans, l'acné et l'exanthème viral, pathologies spécifiques de l'enfance et de l'adolescence, représentaient 8,6 et 6,6% des pathologies. Chez les patients plus âgés, le psoriasis et l'ulcère chronique étaient respectivement la 4^{ème} et la 6^{ème} pathologie la plus fréquente (6,3% et 4,4%).

c) Pathologies rencontrés selon les caractéristiques des médecins généralistes

Les seules caractéristiques du médecin généraliste influençant le type de pathologie rencontrée étaient l'âge et la durée d'installation ($p=0,0055$ et $p=0,0104$).

Le psoriasis, les infections mycosiques, les tumeurs bénignes et malignes étaient diagnostiqués par des médecins plus âgés et installés depuis plus longtemps. La

moyenne d'âge des médecins pour le diagnostic de psoriasis était de 55,8 ans, pour les infections mycosiques de 53,8 ans et de 53,5 ans pour les tumeurs malignes et bénignes.

A l'inverse, les regroupements suivants : « infection bactérienne », « éruption autre » (érythème fessier, pityriasis rosé de Gibert, éruption localisée ou généralisée) et « lésion traumatique » étaient diagnostiqués par des médecins plus jeunes. La moyenne d'âge des médecins pour le diagnostic des infections bactériennes était de 49,8 ans, pour les « éruptions autres » de 50 ans et pour les lésions traumatiques de 50,1 ans.

C. Certitude diagnostique et certitude de prise en charge

1. Certitude diagnostique

Le degré de certitude diagnostique était en moyenne de 8,53/10.

a) Selon les pathologies

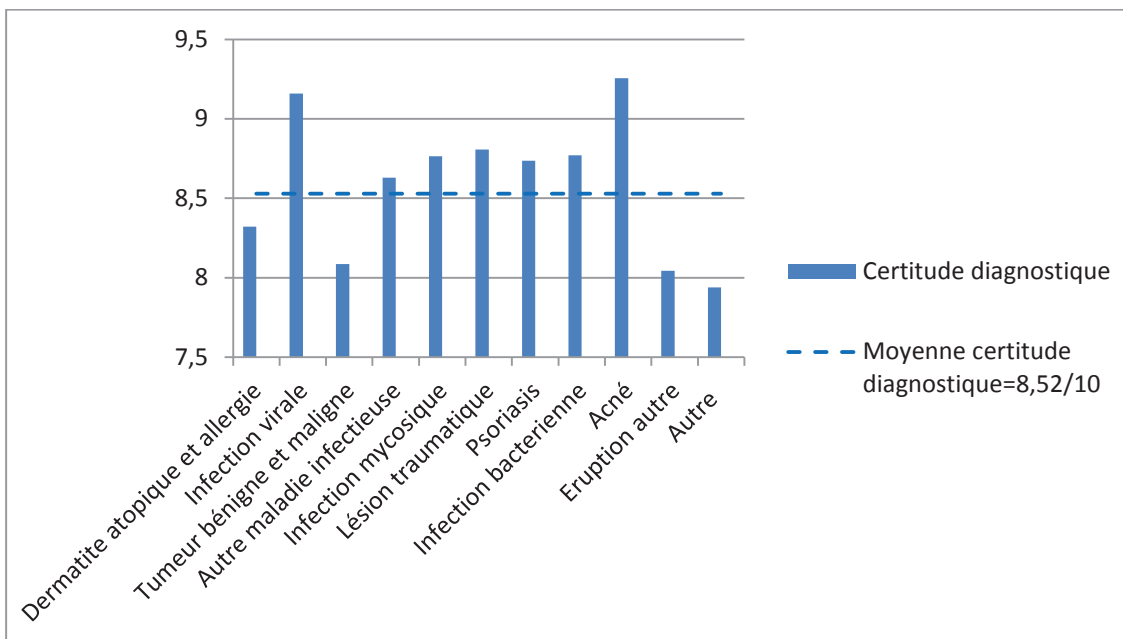


Figure 11: Certitude diagnostique selon les regroupements de pathologies

Avec une moyenne de certitude diagnostique à 9,25, l'acné était la pathologie où les médecins étaient les plus sûrs de leur diagnostic.

Pour les pathologies infectieuses, les médecins exprimaient des degrés de certitude diagnostique supérieurs à la moyenne. Pour les infections virales, bactériennes et mycosiques les certitudes diagnostiques moyennes étaient respectivement de 9,16, 8,77 et 8,76.

Les autres pathologies où les médecins étaient les plus sûrs de leur diagnostic étaient les lésions traumatiques (8,8) et le psoriasis (8,74).

Les pathologies où les médecins doutaient le plus de leur diagnostic étaient les tumeurs bénignes ou malignes (dont lésions précancéreuses) avec une moyenne à 8,08.

Pour la dermatite atopique et les allergies, le degré de certitude diagnostique moyen (8,3) était inférieur à la moyenne.

b) Selon les caractéristiques du médecin

Le degré de certitude diagnostique était influencé par :

- L'âge du médecin généraliste et sa durée d'installation : la certitude diagnostique augmentait avec l'âge et l'ancienneté d'installation des médecins.
- L'aisance en dermatologie : le degré de certitude diagnostique augmentait avec l'aisance déclarée.
- Le nombre de consultations avec un patient présentant un problème dermatologique sur la période de recueil : plus le médecin généraliste avait inclus de patients, plus les degrés de certitude diagnostique étaient élevés.
- Délai d'obtention du rendez-vous avec le dermatologue si le médecin le demandait directement : plus le délai était long et plus les degrés de certitudes étaient élevés.
- Nombre de consultations par semaine : le degré de certitude diagnostique augmentait avec l'activité des médecins généralistes ($p=0,0005$).

		Effectif	Moyenne certitude diagnostique	Significativité
<u>Sexe</u>	Homme	827	8,5683	p=0,2641
	Femme	273	8,4103	
<u>Âge</u>	<40 ans	131	7,5802	p=0
	40-50 ans	225	8,5867	
	51- 60 ans	511	8,6027	
	> 60 ans	212	8,9575	
<u>Durée installation</u>	<15 ans	270	8,063	p=0
	15-25 ans	307	8,6189	
	26-30 ans	245	8,5061	
	> 30 ans	242	8,9876	
<u>Lieu d'exercice</u>	Rural	317	8,7003	p=0,1221
	Semi rural	422	8,5284	
	Urbain	361	8,3795	
<u>MSU</u>	Non	618	8,568	p=0,4734
	Oui	482	8,4793	
<u>Groupe</u>	Non	319	8,5329	p=0,9676
	Oui	781	8,5275	
<u>Département</u>	Eure	417	8,6595	p=0,9054
	Seine-Maritime	683	8,4495	
<u>Référent dermato</u>	Non	139	8,5252	p=0,9797
	Oui	961	8,5297	
<u>Délai de rdv</u>	<3 jours	153	8,0588	p=0,0027
	< 1 semaine	519	8,5222	
	> 1 semaine	422	8,7156	
<u>Nb de Cs dermato</u>	0-5 cs	31	7,9032	p=0,0497
	6-10 cs	147	8,7279	
	11-15 cs	368	8,375	
	16-20 cs	243	8,5514	
	> 20 cs	296	8,6182	
<u>Aisance</u>	Pas du tout à l'aise	18	9,2778	p=0
	Plutôt pas à l'aise	173	7,9884	
	Plutôt à l'aise	806	8,5546	
	Tout à fait à l'aise	103	9,1068	

Tableau 10: Certitude diagnostique selon les caractéristiques du médecin

c) *Selon les caractéristiques des patients*

Le degré de certitude diagnostique était influencé par :

- Le sexe du patient : le degré de certitude diagnostique était plus important quand le patient était un homme.
- L'accessibilité du patient : plus l'accès était jugé facile par le praticien et plus le degré de certitude diagnostique était faible.

		Effectif	Moyenne certitude diagnostic	Significativité
<u>Sexe</u>	Homme	483	8,6915	p=0,01565
	Femme	610	8,3984	
<u>Âge</u>	0-12 ans	271	8,7196	p=0,3294
	13-24 ans	155	8,4839	
	25-44 ans	197	8,4873	
	45-69 ans	299	8,5017	
	> 70 ans	168	8,3036	
<u>Accès patient</u>	Très facile	11	8	p=0
	Plutôt facile	191	8,2356	
	Plutôt difficile	719	8,5118	
	Très difficile	179	8,9441	
<u>Distance dermato</u>	<10km	470	8,3872	p=0,1035
	10-29 km	413	8,678	
	>= 30 km	217	8,553	

Tableau 11: Certitude diagnostique en fonction des caractéristiques des patients

2. Certitude de prise en charge

Le degré de certitude liée à la prise en charge était de 8,43/10.

a) Selon les pathologies

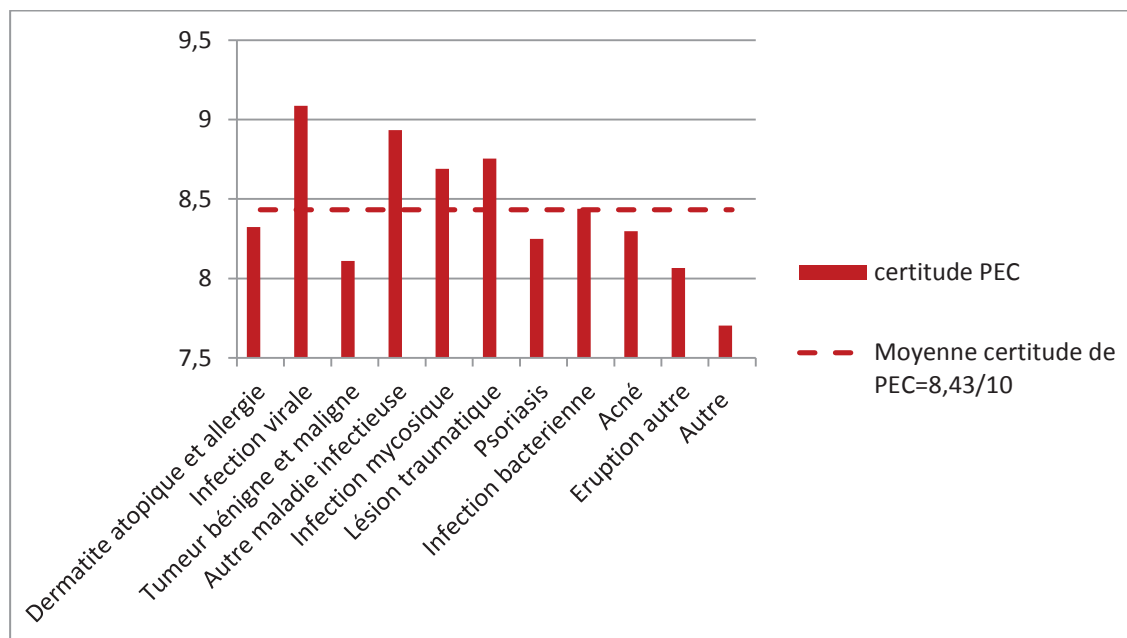


Figure 12: Certitude de prise en charge (PEC) selon les regroupements de pathologies

Les infections virales étaient les pathologies où les médecins étaient les plus sûrs de leur prise en charge, avec une moyenne à 9,09.

Les degrés de certitude de prise en charge étaient également élevés pour les infections mycosiques (8,69) et pour le regroupement des « autres maladies infectieuses » (8,93). Les lésions traumatiques avec une moyenne de 8,75 faisaient également partie des pathologies où les médecins étaient les plus sûrs de leur prise en charge.

Par contre, les médecins doutaient pour la prise en charge des tumeurs bénignes et malignes (8,11), du psoriasis (8,25) et de la dermatite atopique et allergies (8,32).

b) Selon les caractéristiques du médecin

		Effectif	Moyenne certitude PEC	Significativité
<u>Sexe</u>	Homme	818	8,5098	p=0,03955
	Femme	272	8,2022	
<u>Âge</u>	<40 ans	131	7,916	p=0
	40-50 ans	223	8,6682	
	51- 60 ans	506	8,3063	
	> 60 ans	209	8,8947	
<u>Durée installation</u>	<15 ans	270	8,2259	p=0
	15-25 ans	304	8,4704	
	26-30 ans	241	8,1037	
	> 30 ans	239	8,9707	
<u>Lieu d'exercice</u>	Rural	316	8,4715	p=0,8990
	Semi rural	416	8,4351	
	Urbain	358	8,3966	
<u>MSU</u>	Non	608	8,4227	p=0,8555
	Oui	482	8,4461	
<u>Groupe</u>	Non	316	8,3608	p=0,4664
	Oui	774	8,4625	
<u>Département</u>	Eure	413	8,5763	p=0,0697
	Seine-Maritime	677	8,3456	
<u>Référent dermato</u>	Non	138	8,6159	p=0,2057
	Oui	952	8,4065	
<u>Délai de rdv</u>	<3 jours	153	8,2353	p=0,0007
	< 1 semaine	512	8,2539	
	> 1 semaine	419	8,7494	
<u>Nb de cs dermato</u>	0-5 cs	30	8,0667	p=0,6466
	6-10 cs	143	8,4545	
	11-15 cs	363	8,5207	
	16-20 cs	243	8,3004	
	> 20 cs	296	8,4054	
<u>Aisance</u>	Pas du tout à l'aise	18	9,8333	p=0
	Plutôt pas à l'aise	170	7,7647	
	Plutôt à l'aise	799	8,4168	
	Tout à fait à l'aise	103	9,4175	

Tableau 12: Certitude de PEC selon les caractéristiques des médecins

Le degré de certitude de prise en charge était influencé par :

- L'âge et la durée d'installation : la certitude de prise en charge augmentait avec l'âge et l'ancienneté d'installation des médecins.
- Le sexe : les médecins généralistes hommes étaient plus sûrs de leur prise en charge.
- L'aisance en dermatologie : le degré de certitude de prise en charge augmentait avec l'aisance déclarée du médecin en dermatologie
- Délai d'obtention du rendez-vous avec le dermatologue si le médecin le demandait directement : plus le délai était long et plus le degré de certitude de prise en charge était élevé.
- Nombre de consultations par semaine : le degré de certitude de prise en charge augmentait avec l'activité des médecins généralistes (p=0,008).

c) Selon les caractéristiques des patients

		Effectif	Moyenne certitude PEC	Significativité
<u>Sexe</u>	Homme	477	8,4927	p=0,3844
	Femme	606	8,3812	
<u>Âge</u>	0-12 ans	270	8,7704	p=0,0271
	13-24 ans	155	8,2645	
	25-44 ans	193	8,2176	
	45-69 ans	297	8,4343	
	> 70 ans	165	8,2667	
<u>Accès patient</u>	Très facile	11	8,7273	p=0
	Plutôt facile	191	7,9634	
	Plutôt difficile	710	8,5183	
	Très difficile	178	8,5787	
<u>Distance dermato</u>	<10km	465	8,4473	p=0,9746
	10-29 km	412	8,4296	
	>= 30 km	213	8,4085	

Tableau 13: Certitude de PEC en fonction des caractéristiques des patients

Le degré de certitude de prise en charge était influencé par :

- L'âge du patient : les degrés de certitude de prise en charge étaient inversement proportionnels à l'âge du patient. Plus le patient était jeune et plus les médecins étaient sûrs de leur prise en charge.
- L'accessibilité du patient : plus l'accès était jugé facile par le praticien et plus le degré de certitude de prise en charge était faible.

3. Corrélation des certitudes diagnostique et de prise en charge

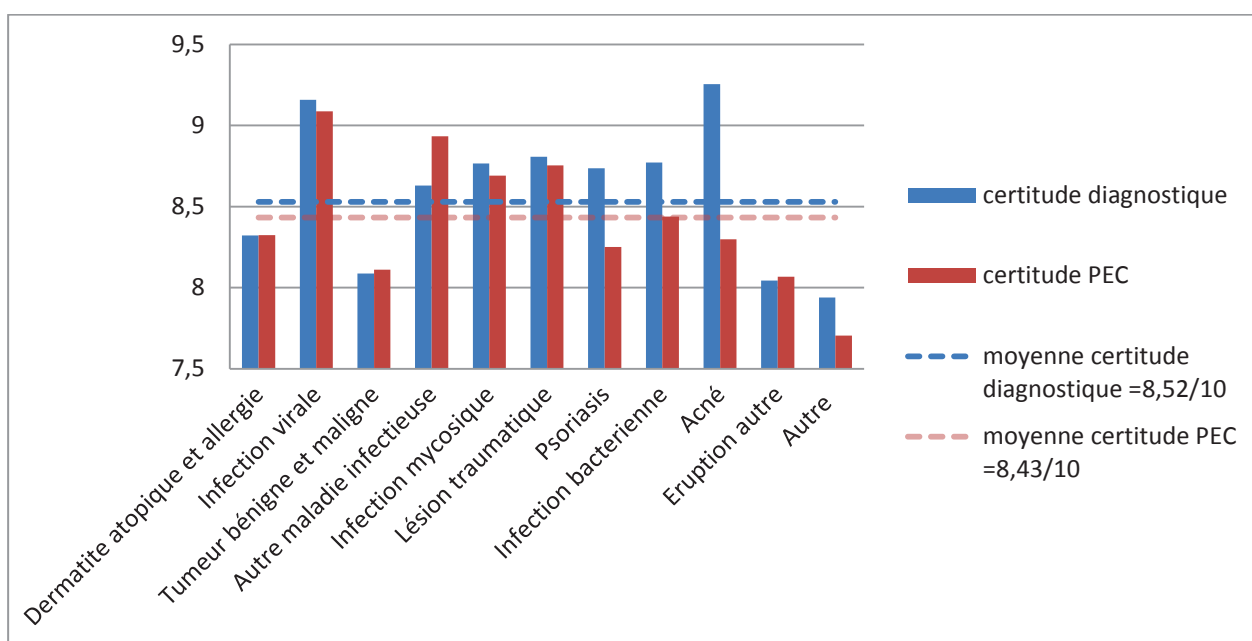


Figure 13: Certitudes diagnostique et de prise en charge selon les regroupements de pathologies

Globalement, les certitudes diagnostique et de prise en charge étaient corrélées ($p \approx 0$).

Pour 7 des 11 regroupements de pathologies, il n'existait pas de différence significative entre les degrés de certitude diagnostique et de prise en charge.

Par contre, pour les infections bactériennes, le psoriasis et l'acné, les médecins étaient sûrs de leur diagnostic mais doutaient de leur prise en charge.

Pour le regroupement « Autre maladie infectieuse », c'était le contraire, les médecins étaient plus sûrs de leur prise en charge que de leur diagnostic.

D. Le référencement au dermatologue

1. Nécessité d'un avis et avis demandés

Pour 295 patients, le médecin généraliste pensait qu'un avis du dermatologue était nécessaire, soit pour un peu plus d'1/4 des consultations (26,89%).

L'avis n'était effectivement demandé que pour 227 patients soit pour les 3/4 (76,95%) des patients pour qui un avis était jugé nécessaire. Donc, un quart des avis souhaités par le médecin généraliste n'étaient, en fait, pas demandés.

2. Délai souhaité pour le recours au dermatologue

Les médecins généralistes souhaitaient avoir l'avis du dermatologue dans la journée ou dans la semaine dans 25% des cas. Le délai de référencement augmentait proportionnellement avec la certitude diagnostique ($p=0,0041$).

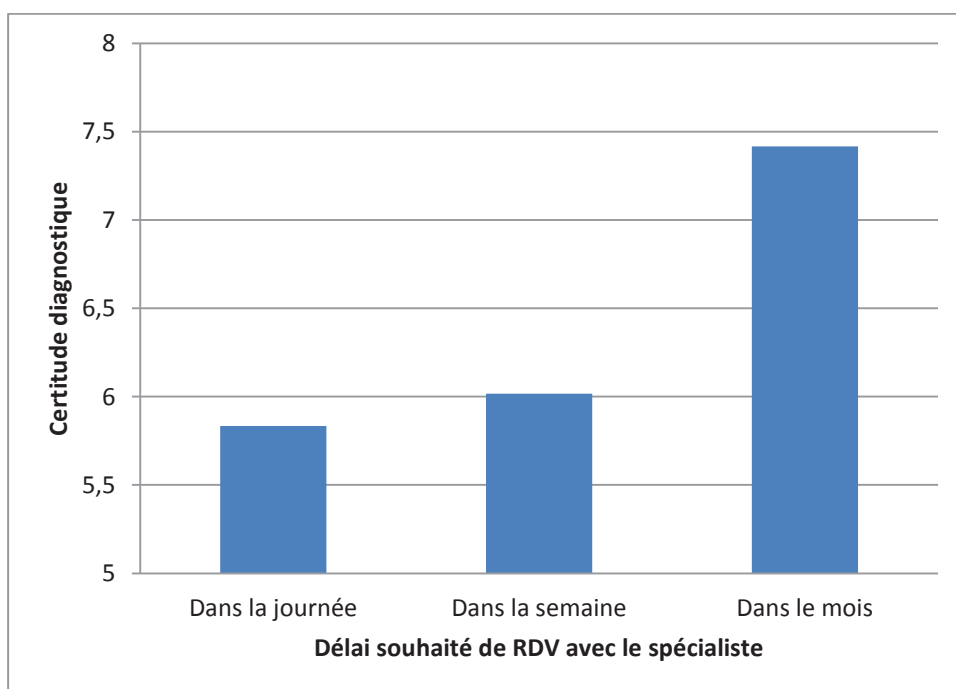


Figure 14: Certitude diagnostique en fonction du délai souhaité de RDV avec le dermatologue.

3. En fonction du type de pathologie dermatologique

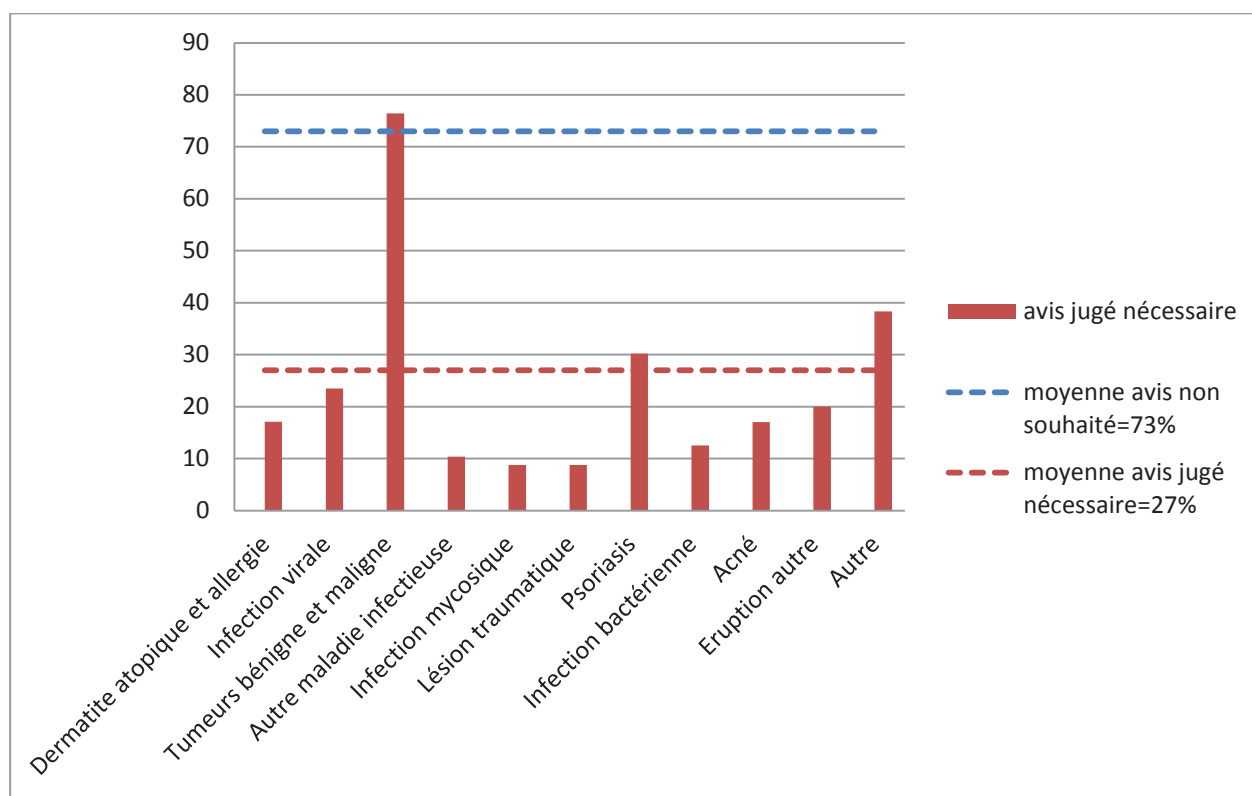


Figure 15: Nécessité d'un avis spécialisé selon le type de pathologie

Les pathologies pour lesquelles les médecins généralistes jugeaient le plus souvent nécessaire l'avis du dermatologue, étaient les tumeurs bénignes et malignes. Un avis était nécessaire dans 76,4% des patients présentant ce type de pathologie cutanée.

Les 2 autres pathologies pour lesquelles un avis était plus fréquemment jugé nécessaire étaient les infections virales et le psoriasis. Un avis était jugé nécessaire, pour respectivement, 23,5% et 30,2% des patients.

A l'inverse, ils jugeaient un avis nécessaire moins souvent pour les pathologies bactériennes (12,5%), mycosiques (8,8%) ou les lésions traumatiques (8,8%).

Pour la dermatite atopique et allergie, pathologie la plus fréquente, un avis était nécessaire dans 17% des cas.

4. Facteurs influençant le référencement au spécialiste

a) Nécessité d'un avis spécialisé

➤ Analyse uni variée

La nécessité pour le médecin généraliste de recourir à l'avis du dermatologue était influencé par :

- L'aisance en dermatologie : Moins le médecin généraliste se sentait à l'aise en dermatologie et plus il jugeait nécessaire d'avoir l'avis du spécialiste ($p=0,0004$). 28% d'avis souhaités pour les médecins généralistes qui ne se sentaient pas du tout à l'aise contre 16,5% pour ceux qui se sentaient tout à fait à l'aise.
- Le degré de certitude diagnostique et de prise en charge : la nécessité d'avoir un avis était inversement proportionnelle au degré de certitude ($p\approx 0$). En effet, plus la certitude diagnostique et de prise en charge était forte moins les médecins avaient besoin d'un avis. Lorsqu'un avis était nécessaire la certitude diagnostique et de prise en charge moyenne était de 7 alors qu'elle était de 9 quand les médecins n'en ressentaient pas le besoin.
- L'âge du patient : plus le patient était âgé et plus un avis était nécessaire ($p\approx 0$). Les patients pour lesquels un avis était nécessaire avaient en moyenne 45,6 ans contre 34,6 ans pour ceux pour lesquels un avis n'était pas utile.

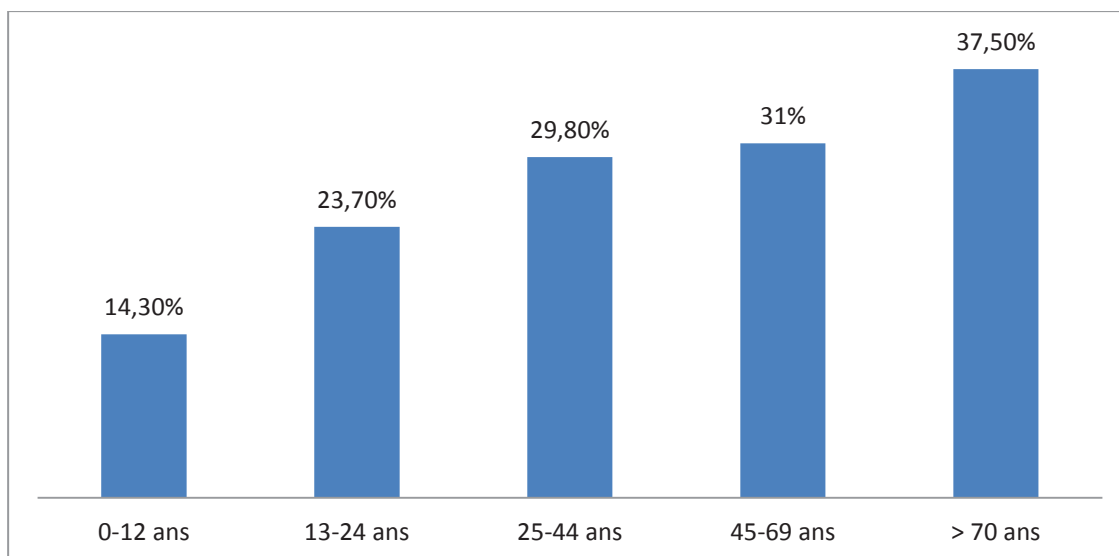


Figure 16: Pourcentage d'avis souhaités en fonction de l'âge des patients

- L'accessibilité du dermatologue : Plus l'accès du patient était jugé facile et plus les praticiens souhaitaient recourir au dermatologue ($p=0,019$).

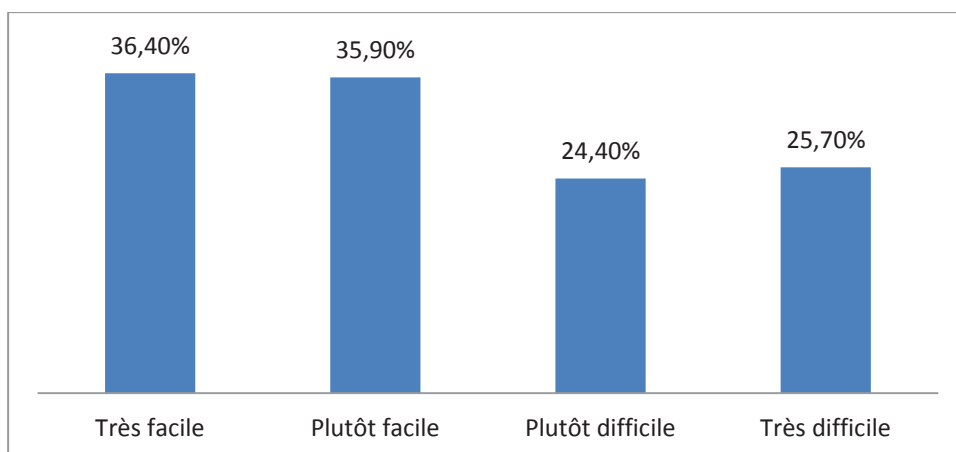


Figure 17: Pourcentage d'avis jugés nécessaires selon l'accessibilité du patient au dermatologue

➤ Analyse multi variée

-La pathologie : c'était le principal facteur influençant le recours au spécialiste. C'était surtout le cas pour les patients qui présentaient une tumeur bénigne ou maligne. Ils avaient alors 9 fois plus de chances que les autres patients d'être adressés au dermatologue (OR=9,242 ; IC= [4,879-17,508])

b) *Demande effective d'un avis spécialisé*

La demande effective d'un avis au dermatologue était influencée par :

- L'aisance en dermatologie: les médecins généralistes qui ne se disaient « pas du tout à l'aise » en dermatologie demandaient systématiquement leur avis s'ils le jugeaient nécessaire. Ceux qui se sentaient « plutôt pas à l'aise » le demandaient 8 fois sur 10 environ. Par contre, ceux qui étaient « tout à fait à l'aise » en dermatologie ne les demandaient qu'une fois sur 2 ($p=0,0284$).
- Le lieu d'exercice influençait le recours au dermatologue : 70% des avis jugés nécessaires étaient demandés en milieu rural, contre 78,5% en semi rural et 91% en milieu urbain ($p=0,0022$). Par contre, la distance du dermatologue n'influençait pas de manière significative la demande effective d'avis.

- le nombre de consultations de dermatologie sur la période de recueil : plus les médecins voyaient de patients ayant une pathologie dermatologique et plus ils demandaient d'avis spécialisés.

Les degrés de certitude diagnostique, de prise en charge, l'âge du MG et la présence ou non d'un dermatologue référent n'influençaient pas la demande effective d'un avis spécialisé quand celui-ci était souhaité.

5. Raisons motivant la non demande d'avis

23% des avis jugés nécessaires par les médecins généralistes n'étaient pas demandés.

Les médecins généralistes qui souhaitaient avoir l'avis d'un confrère dermatologue mais qui n'en faisaient pas la demande, devaient en expliquer la raison via une question ouverte.

Une analyse qualitative a permis d'en regrouper les principaux motifs.

a) *Facteurs dépendant du patient*

Dans certains cas, le médecin n'a pas adressé son patient au spécialiste parce que le patient avait pris de sa propre initiative rendez-vous avec le dermatologue, en accès direct et non pas coordonné par le médecin généraliste.

Certains avis n'ont pas été demandé car le patient était déjà suivi ou avait un rendez-vous prévu avec le dermatologue pour ce motif de consultation.

Dans d'autres cas, c'était le patient qui a refusé la demande d'avis car ce dernier était réfractaire aux avis spécialisés.

b) *Facteurs dépendant de la pathologie*

Dans un cas, le patient a été directement adressé aux urgences du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen pour un avis.

Plusieurs avis ont été différés. En effet, le médecin généraliste souhaitait tenir compte de l'évolution de la pathologie avant de référer le patient au spécialiste. Soit le médecin préconisait une simple surveillance, soit il prescrivait un traitement d'épreuve ou un bilan biologique avant une réévaluation à distance.

c) *Facteurs dépendant de l'accès au spécialiste*

Des médecins généralistes qui jugeaient l'avis d'un confrère dermatologue nécessaire n'ont pas adressé leur patient à cause

- de l'éloignement géographique du spécialiste (« *trop longue distance* »)
- du délai de rendez-vous. Le délai était jugé trop long pour plusieurs raisons :
 - o la pathologie du patient était jugée bénigne et le délai n'était pas adapté,
 - o la pathologie serait probablement guérie au moment du rendez-vous, rendant le diagnostic étiologique difficile,
 - o le patient était adressé aux urgences dermatologiques du CHU pour avis rapide (système de consultation sans rendez-vous tous les matins pour les patients adressés par leur médecin généraliste).

VI. DISCUSSION

A. Rappel des principaux résultats

1. Activité de dermatologie des médecins généralistes

➤ Part importante de la dermatologie dans l'activité globale du médecin généraliste

Le médecin était confronté à un patient ayant une plainte dermatologique dans 5,7% de ses consultations. Ceci représente environ 7 consultations sur 120 consultations en moyenne par semaine.

➤ Pathologies dermatologiques les plus fréquentes

On retrouvait par catégories et par ordre de fréquence : la dermatite atopique et l'allergie (18,9%), les infections virales (13,8%), les tumeurs bénignes et malignes (12,8%) et les infections mycosiques (10,4%).

La dermatite atopique ou eczéma qui affectait plus d'un patient sur dix ayant une pathologie dermatologique était la pathologie la plus fréquente.

➤ Forte représentation des pathologies les plus fréquentes dans l'activité globale

Les 10 pathologies les plus fréquentes représentaient 50% de l'activité de dermatologie des médecins généralistes. Cela correspondait aux pathologies suivantes : dermatite atopique ou eczéma, candidose, psoriasis, verrue, acné, naevus, cancer cutané, urticaire, allergie et gale.

2. Aisance des médecins généralistes en dermatologie

➤ Les médecins généralistes étaient à l'aise en dermatologie

La grande majorité des médecins (80%) se disaient plutôt à l'aise voire tout à fait à l'aise en dermatologie.

➤ Les médecins étaient globalement sûrs de leur diagnostic et prise en charge

Les degrés de certitude diagnostique et de prise en charge exprimés par les médecins étaient élevés et corrélés. La certitude moyenne était de 8,53/10 pour le diagnostic et de 8,43/10 pour la prise en charge.

➤ La pathologie influençait les degrés de certitude

Les médecins doutaient de leur diagnostic et de leur prise en charge principalement pour 2 catégories de pathologies : la dermatite atopique et allergie, mais surtout pour les tumeurs bénignes ou malignes.

Pour certaines pathologies, les certitudes diagnostiques et de prise en charge n'étaient pas corrélées. C'était le cas, pour les infections bactériennes, le psoriasis et l'acné, pour lesquelles les médecins étaient sûrs de leur diagnostic mais doutaient de leur prise en charge.

➤ L'expérience semblait favoriser l'aisance et les degrés de certitude en dermatologie

L'aisance déclarée du médecin, les degrés de certitude diagnostique et de prise en charge augmentaient avec l'âge et la durée d'installation du médecin. Ceci montre qu'avec l'expérience, les médecins sont plus à l'aise et plus sûrs d'eux pour la prise en charge des patients présentant une pathologie dermatologique.

3. Le référencement au dermatologue

➤ Un taux de référencement élevé

Pour 27% des patients ayant une pathologie dermatologique, les médecins ont jugé nécessaire un avis du dermatologue. Ceci malgré le fait que les médecins généralistes se montraient globalement sûrs de leur diagnostic et de leur prise en charge.

➤ Pathologies où le recours au spécialiste était le plus souvent jugé nécessaire

C'était le cas principalement pour les tumeurs malignes ou bénignes. Les patients ayant ce type de pathologies avaient neuf fois plus de chances que les autres d'être adressés au dermatologue. L'avis était alors jugé nécessaire pour 76% de ces patients.

Dans une moindre mesure, pour près d'un patient sur 3 ayant un psoriasis, le médecin jugeait nécessaire le recours au spécialiste.

➤ Autres facteurs principaux influençant le recours au dermatologue

La nécessité d'un avis était influencée par l'aisance du médecin et par ses degrés de certitude pour le diagnostic et la prise en charge de la pathologie cutanée. Plus le médecin était sûr de lui et moins il demandait d'avis spécialisé.

Plus le patient était âgé et plus il avait de chances d'être adressé par son médecin pour un avis spécialisé.

Enfin, l'accessibilité du patient au dermatologue influençait le médecin dans sa demande d'avis spécialisé.

- Mais un quart des avis jugés nécessaires n'étaient pas demandés

4. Accessibilité des patients

- L'accès au dermatologue jugé difficile par le médecin généraliste

80% des médecins estimaient que l'accès du patient au dermatologue était « plutôt difficile » ou « très difficile ». Cette difficulté augmentait avec la distance avec le dermatologue et le caractère rural du lieu d'exercice du médecin généraliste.

- L'accessibilité au dermatologue influençait la demande d'avis

Plus l'accès au dermatologue était jugé difficile et moins les médecins souhaitaient orienter leurs patients pour un avis spécialisé.

De plus, la demande effective d'avis était influencée par le lieu d'exercice du médecin généraliste. 30% des avis jugés nécessaires n'étaient pas demandés en milieu rural contre seulement 10% en milieu urbain.

L'accessibilité était une des principales raisons évoquées par le médecin pour justifier la non-demande d'avis alors que celui-ci était jugé nécessaire. Le problème se posait principalement à cause du délai de rendez-vous trop long et/ou de l'éloignement géographique.

5. Le médecin généraliste et le dermatologue

- Un médecin sur 6 n'avait pas d'interlocuteur privilégié en dermatologie.
- Un délai de rendez-vous court si le médecin contactait directement le dermatologue

Les 2/3 des médecins parvenaient à avoir un rendez-vous en moins d'une semaine, s'ils en faisaient la demande directement auprès d'un confrère dermatologue (réfèrent ou non).

B. Discussion des résultats

1. Activité de dermatologie des médecins généralistes

a) *La dermatologie dans l'activité globale du médecin généraliste*

(1) En France

En France, comme nous l'avons vu précédemment, il existe très peu de données sur l'activité de dermatologie en médecine générale.

Dans notre étude, 5,7% des patients présentaient une pathologie dermatologique. Ceci est comparable aux données de la littérature.

Notre seule source nationale, l'Observatoire de Médecine Générale (OMG) n'est plus disponible. Dans les dernières données (fin 2011), les pathologies dermatologiques représentaient environ 6% des résultats de consultation.

En Haute-Normandie, C.Aubert dans sa thèse (11) a étudié les résultats de consultations en médecine générale sur un panel de médecins généralistes. Les codes se référant au chapitre « peau » (code S) représentaient 5,8% des résultats de consultations mais 4% des motifs de consultations et 6,5% des diagnostics. Ceci est concordant avec ce que nous avons retrouvé dans notre travail. Néanmoins, nous avons inclus d'autres codes n'appartenant pas au chapitre « peau » (code S) de la CISP. Notamment, des codes des chapitres A « Général et non spécifié », X « Système génital féminin », Y « Système génital masculin ». En tout, ce sont 90 fiches réparties en 16 codes soit 8,1% des pathologies dermatologiques recensées dans notre étude.

(2) A l'étranger

Comme nous l'avons vu précédemment, davantage de données sont disponibles à l'étranger.

- Au Royaume-Uni :

Steele K.(12), a analysé les consultations sur une période de 8 semaines dans un établissement de soins primaires. Sur 2409 cas analysés 199 (8,2%) étaient de nature dermatologique.

- En Ecosse :

Kerr and al (13) ont réalisé une étude prospective dans 13 cabinets de médecine générale. Chaque praticien devait noter toutes les consultations où le patient présentait un problème dermatologique sur une période de 2 semaines. L'activité de dermatologie représentait 8,4% des consultations avec des variations selon les médecins généralistes de 3 à 18,8%.

- En Australie :

Dans un rapport sur l'activité des soins primaires en 2008-2009(18), les pathologies dermatologiques représentent 9,7% des motifs de consultations et sont abordées dans 15% des consultations en médecine générale.

- Aux Etats –Unis :

Dans une étude rétrospective américaine entre 2002 et 2005(16), les pathologies dermatologiques représentaient 8% de toutes les consultations des soins primaires.

Deux autres études rétrospectives montrent des pourcentages d'activité dermatologique bien supérieurs :

A Miami, sur une période de 2 ans dans une Clinique de médecine générale au sein de l'Université, Ferderman et al ont trouvé que 36,5% des patients qui se sont présentés à leur médecin généraliste ont eu au moins un problème cutané, dans 58,7% des cas il s'agissait du motif principal de la consultation.

En Floride, en 2004, une revue de dossier dans une clinique privée de soins primaires, a montré que 21% des patients avaient au moins un problème cutané et que ce problème était la plainte principale dans 72% des cas.

Les proportions élevées de patients ayant une pathologie dermatologique dans ces 2 études peuvent être dues aux critères d'inclusions des patients. Ont été inclus tous les patients présentant un problème cutané que ce soit ou non une plainte ou un motif de consultation pour le patient. Dans notre étude, nous n'avons inclus que les patients pour lesquels la pathologie cutanée était un motif de consultation et pas ceux qui présentaient un problème cutané dans leurs antécédents.

b) Pathologies dermatologiques rencontrées en médecine générale

(1) Fiabilité des diagnostics évoqués

Le but de notre étude n'était pas d'évaluer les compétences des médecins généralistes en validant ou non leur diagnostic, mais d'identifier les pathologies dermatologiques qu'ils rencontrent au quotidien. On a donc considéré ici le diagnostic du médecin généraliste comme juste.

Néanmoins, il est intéressant de prendre en compte les compétences diagnostiques des médecins généralistes. Dans la littérature, la corrélation diagnostique entre médecin généraliste et dermatologue n'est pas toujours bonne.

Aux USA, dans une étude de cohorte prospective de Dan Merenstein (36), toutes les lésions cutanées de patients vus par des médecins généralistes étaient photographiées et le diagnostic comparé, via les photos, avec un dermatologue. La corrélation diagnostique entre médecin généraliste et dermatologue était de 72%.

D'autres études ont été réalisées pour comparer les diagnostics entre le dermatologue et le médecin généraliste lorsque ce dernier adresse son patient pour avis. Le diagnostic évoqué par le médecin de soins primaires dans sa lettre n'est concordant avec celui du dermatologue qu'entre 45 et 57% des cas(15)(17)(37).

(2) Des diagnostics variés

Dans notre étude, une grande variété de pathologies dermatologiques a été recensée.

Quarante-huit codes des 58 codes de la CISP-2 relatifs à la peau (code S) ont été utilisés.

Quinze autres codes ont été utilisés. Ils appartenaient aux chapitres : A (Général et non spécifié), T (Métabolique, nutrition et endocrinien), X (Système génital féminin), Y (Système génital masculin).

En tout, c'est donc 63 codes qui ont été recensés au cours de notre étude correspondant à 189 diagnostics différents.

(3) Pathologies les plus courantes

Dans notre étude, les 5 pathologies les plus fréquentes étaient : la dermatite atopique et l'eczéma, les candidoses, le psoriasis, les verrues et les naevi.

➤ En France

- Selon l'OMG : Deux pathologies dermatologiques étaient présentes dans les 50 résultats de consultations les plus fréquents. Il s'agissait des dermatoses et de l'eczéma qui représentent respectivement 3,27% et 2,40% des diagnostics en médecine générale.
- La DREES a étudié le contenu et l'issue de 50 000 consultations et visites de 922 médecins généralistes en France entre Juin 2002 et janvier 2003. Dans ce rapport, les dermatoses représentaient 2,5% des consultations. Elles faisaient partie des 30 diagnostics les plus rencontrés en médecine générale (7).

Ces 2 sources utilisent le terme de dermatose qui est un terme générique pour les pathologies dermatologiques. Ce terme est imprécis. Il ne correspond pas à l'ensemble des pathologies dermatologiques et il est impossible de savoir quelles pathologies s'y rapportent.

Nos résultats sont donc difficilement comparables avec les données issues de la littérature française.

➤ A l'étranger

Les données sont plus précises à l'étranger où plusieurs études ont analysé l'activité de dermatologie en soins primaires (12) (16) (18) (36) (38). Les résultats de ces études sont concordants.

Dans ces études, 3 diagnostics étaient toujours représentés dans les 10 diagnostics les plus fréquents : l'eczéma, les verrues, les infections bactériennes. Les candidoses et le psoriasis étaient souvent, soit dans les 10, soit dans les 20 premiers diagnostics rencontrés en médecine générale (cf annexe 6).

Dans ces études, toutes les infections bactériennes étaient toujours regroupées. Si nous faisons de même pour notre étude, les infections bactériennes apparaissent alors comme la 5^{ème} pathologie la plus fréquente.

(b) Forte représentation des pathologies les plus fréquentes dans l'activité globale de dermatologie

Comme nous l'avons vu précédemment, les pathologies dermatologiques les plus fréquentes en médecine générale sont souvent les mêmes.

Dans notre étude, les 10 pathologies dermatologiques les plus fréquentes représentaient 50% de l'ensemble des pathologies dermatologiques rencontrées en médecine générale. Les 20 plus fréquentes en représentaient plus des deux tiers.

Cette forte proportion des pathologies les plus fréquentes dans l'activité globale de dermatologie en soins primaires est également retrouvée dans différentes études (cf annexe 6). Le top 10 des diagnostics dermatologiques rencontrés en médecine générale représentaient entre 65% (38) et 81% (12) et le top 20 pouvant aller jusqu'à 91%(16) de l'activité globale de dermatologie.

Ces chiffres montrent qu'en médecine générale, la majorité des patients qui sont pris en charge pour une pathologie cutanée présentent une dizaine de diagnostics usuellement rencontrés.

(4) Caractéristiques des patients ayant une pathologie cutanée

➤ Sexe

Les femmes sont plus sujettes à présenter une pathologie dermatologique. Dans notre étude, on retrouvait un sex-ratio de 1,25, comparable avec les données de la littérature étrangère (12)(39)(40). Dans sa thèse, C. Aubert, ne retrouvait pas de différence significative entre les hommes et femmes (11).

➤ Âge

Dans notre étude, il ressort que les pathologies dermatologiques touchent tous les patients quelque soit leur âge. Mais un quart des patients avait entre 0 et 12 ans et un autre quart avait entre 45 et 69 ans.

Encore une fois, nos résultats ne concordent pas avec ceux de C. Aubert. Son étude montrait une diminution significative des problèmes cutanés avec l'âge (11). Par contre, dans son échantillon, la peau n'était jamais dans les 5 principaux résultats de consultation sauf pour les patients de moins de 16 ans. La peau était la 4ème classe de résultats de

consultations dans cette tranche d'âge. Les principaux diagnostics étaient la dermatite atopique et la gale (11).

Dans la littérature, les données sont aussi discordantes avec soit une plus forte proportion de jeunes adultes (40) (12), soit l'absence de différence significative selon les âges (39).

2. Aisance des médecins généralistes pour le diagnostic et la prise en charge des pathologies dermatologiques

a) Relative aisance des médecins généralistes

Dans notre étude, quatre-vingt pour cent d'entre eux se disaient plutôt, voire, tout à fait à l'aise en dermatologie. Ceci montre leur confiance en leurs capacités globales à prendre en charge leurs patients ayant une pathologie dermatologique.

Il faut différencier cette aisance dont font état les médecins généralistes, de leur compétence diagnostique en dermatologie. Dans notre étude, les médecins généralistes étaient globalement assez sûrs de leurs diagnostics (moyenne de certitude diagnostique = 8,54/10). Ce chiffre est comparable avec celui retrouvé par Merenstein (36) dans son étude de cohorte prospective. En effet, il a demandé à 54 médecins généralistes d'inclure tous les patients vus avec un nouveau problème dermatologique sur une période de 3 mois. Ils devaient donner un diagnostic et leur degré de certitude vis-à-vis de celui-ci. Les médecins de famille ont déclaré avoir une confiance relativement élevée dans leurs diagnostics avec une moyenne de 8,4/10.

b) En fonction des pathologies

Ici ne seront pas abordés les cas de la dermatite atopique et des tumeurs bénignes ou malignes, qui font l'objet d'un chapitre spécifique.

Les études de corrélation diagnostique en dermatologie montrent que globalement la concordance diagnostique entre le médecin généraliste et le dermatologue n'est pas très bonne. Mais ces données peuvent être nuancées si l'on compare les résultats selon le type de pathologie.

➤ Pathologies où les médecins généralistes sont plus sûrs de leur diagnostic

Dans notre étude, les pathologies où les médecins généralistes étaient les plus sûrs de leur diagnostic étaient les pathologies infectieuses (virales, fongiques et bactériennes), les lésions traumatiques, le psoriasis et l'acné.

Dans la littérature, pour les pathologies telles que l'acné, les verrues et les infections fongiques, les performances diagnostiques des médecins généralistes sont correctes. En effet, selon Hue Tran (17) le taux de concordance diagnostique pour ces pathologies variait entre 56 et 88%.

Pour le psoriasis, les données sont plus contrastées : dans l'étude de HUE TRAN et al. (17), la concordance diagnostique était de 40%, alors que pour BASARAB et al.(37) et pour BENTON et al.(41) elle était, respectivement de 78% et 87%.

➤ Discordance entre assurance diagnostique et doute sur la prise en charge

Pour les infections bactériennes, le psoriasis et l'acné les certitudes diagnostique et de prise en charge n'étaient pas corrélées. Les médecins étaient sûrs de leur diagnostic mais doutaient de leur prise en charge.

Il serait intéressant de savoir pourquoi cette différence entre assurance diagnostique et doute pour la prise en charge.

Pour l'acné et le psoriasis, on peut penser que si les pathologies sont assez sévères, le médecin généraliste est limité dans sa prise en charge thérapeutique. Le traitement peut, en effet, faire appel à des thérapeutiques dont la décision et la prescription initiale reviennent au dermatologue ou à des traitements qui ne sont pas utilisés en pratique courante en médecine générale. Dans la littérature, 50% des patients adressés au dermatologue pour acné ont eu une prescription d'isotretinoïne (42).

On peut également avancer l'hypothèse du manque de temps pour le généraliste d'expliquer toutes les règles hygiéno-diététiques pour ces pathologies. Les pathologies dermatologiques font, en effet, rarement l'objet d'une consultation dédiée(43). Le temps imparti pour répondre à la demande du patient n'est alors pas suffisant pour pouvoir faire de l'éducation thérapeutique et hygiéno-diététique.

Mais le taux de référencement pour l'acné est inférieur à la moyenne. Si les médecins doutent de leur prise en charge, pourquoi ne jugent ils pas l'avis du dermatologue nécessaire ?

c) L'expérience semble influencer l'aisance des médecins

Les principaux facteurs influençant l'aisance en dermatologie étaient l'âge du médecin, sa durée d'installation et le nombre de consultations avec un patient ayant une pathologie cutanée. On peut donc en déduire que l'expérience est un facteur important dans l'aisance et la capacité à prendre en charge les patients présentant une pathologie dermatologique.

Dans nos résultats, il n'a pas été mis en évidence de lien entre la fréquence des pathologies et les degrés de certitude diagnostique et de prise en charge. Néanmoins, certaines études sur la corrélation diagnostique des médecins généralistes en dermatologie, montrent que les médecins de soins primaires sont plus aptes à diagnostiquer les pathologies courantes de dermatologie (44). En effet, pour les diagnostics les plus courants (eczéma, dermatophytose, naevus bénin, infection bactérienne, piqure, herpès, verrue, exanthème viral) plus de 80% des diagnostics sont exacts, alors que pour les pathologies plus rares le taux n'est que de 62% (36).

Il existe peu de données sur l'amélioration des performances diagnostiques et thérapeutiques en dermatologie des médecins généralistes avec l'expérience.

Dans les études sur la concordance diagnostique, les médecins généralistes sont souvent plus performants que les internes (45)(39).

Par contre, plusieurs études montrent l'intérêt des formations sur la pratique de la dermatologie en médecine générale. Les performances des médecins ayant participé à une formation en dermatologie sont supérieures à celles des médecins qui n'en ont pas eu (44) (46) (47) (48). Cet effet bénéfique a plus particulièrement été démontré pour les pathologies tumorales malignes dont le mélanome (49)(50)(51)(50).

En revanche, selon Lim et al (46), la formation ne réduisait pas le recours au dermatologue. Une meilleure formation permettait de réduire le nombre de patients adressés pour des dermatoses simples mais augmentait le recours pour des pathologies plus rares.

Néanmoins, il n'existe pas d'étude qui évalue sur le long terme les bienfaits d'une formation en dermatologie pour les médecins de soins primaires.

3. La demande d'avis spécialisé en dermatologie

a) *La demande d'avis en médecine générale*

En France, 2 études montrent que le médecin généraliste adresse son patient au spécialiste à l'issue de 5% des consultations et visites (7)(52).

Selon l'INSEE, le recours au spécialiste après une consultation de médecine générale est de 3% dans un délai de 2 semaines et de 6% dans un délai de 2 mois (24) .

Il n'existe pas de données selon les spécialités.

b) *Un fort taux de référencement au dermatologue*

Dans notre étude, le médecin généraliste jugeait nécessaire un avis spécialisé pour plus d'un quart (27%) des patients ayant une pathologie dermatologique.

En France, nous n'avons pas de données disponibles concernant la proportion de recours au dermatologue après avis du médecin généraliste.

Dans la littérature étrangère, le taux de référencement en dermatologie est relativement important variant de 4 à 37,5%(36) (15) (42).

c) *Entre certitude et recours fréquent au spécialiste : un paradoxe ?*

Les médecins généralistes se disaient à l'aise en dermatologie et étaient globalement sûrs de leur diagnostic et prise en charge. Pourtant ils jugeaient nécessaire l'avis du dermatologue pour plus d'un quart des patients (27%).

On peut alors se poser les questions suivantes : pourquoi le médecin généraliste sollicite l'avis du dermatologue ? Que signifie pour les médecins généralistes certitude diagnostique et de prise en charge ?

(1) Motifs de recours au spécialiste

De manière générale, le médecin généraliste sollicite les spécialistes pour plusieurs raisons : exclusivement pour le diagnostic (29,4%), exclusivement pour un avis sur la thérapeutique (22,1%), pour les deux (22,4%) ou pour une demande de prise en charge

(26%). Ces pourcentages varient selon que l'on considère les spécialistes libéraux ou hospitaliers. Les médecins généralistes requièrent le plus souvent les avis diagnostique et/ou thérapeutique auprès des spécialistes de ville par contre les demandes de prise en charge se font plus auprès des spécialistes hospitaliers (52).

Dans notre questionnaire, nous n'avons pas demandé au généraliste de préciser pour quelles raisons ils souhaitaient avoir l'avis du dermatologue.

Mais il semble qu'en dermatologie, les chiffres soient un peu différents. Les patients sont adressés majoritairement pour un problème diagnostique (15) (36). Bon nombre de ces référencement sont justifiés par une demande d'acte technique, principalement des biopsies (15) (17). Les avis sont aussi sollicités pour un avis sur la prise en charge, éventuellement après échec d'un traitement, ou pour une prise en charge nécessitant un contexte de soins spécialisés (36)(53).

(2) Gestion de l'incertitude

En médecine générale, la démarche décisionnelle se base sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. Le raisonnement se fait par étape, en prenant en compte l'évolution dans le temps et la notion d'incertitude (2)(54).

La définition de la certitude diagnostique n'est peut être pas univoque selon les médecins, mais aussi et surtout, selon les situations cliniques. La certitude diagnostique peut exprimer pour le médecin le fait d'être sûr du diagnostic, mais aussi le fait de savoir que la pathologie du patient n'est pas grave. De même pour la certitude de prise en charge, sans être sûr du traitement à proprement parler, elle peut exprimer une prise en charge (surveillance, recours au spécialiste....) adaptée à la bénignité ou à la gravité des lésions.

Il serait intéressant d'avoir l'avis des médecins généralistes sur leur démarche diagnostique et la gestion de l'incertitude pour les pathologies dermatologiques.

d) Selon les pathologies

La proportion de référencement vers le dermatologue diffère selon les pathologies.

Dans notre étude, c'étaient pour les tumeurs bénignes ou malignes que les médecins généralistes jugeaient le plus souvent nécessaire l'avis du dermatologue et dans une moindre mesure pour le psoriasis.

Dans la littérature, les pathologies rencontrées en soins secondaires sont principalement soit des pathologies dermatologiques courantes(42), soit des lésions tumorales (41).

Les patients qui sont adressés pour des pathologies courantes le sont principalement pour de l'eczéma, du psoriasis ou de l'acné (41) (36). Selon les séries, ces pathologies peuvent représenter jusqu'à 40% des pathologies adressées par le médecin généraliste. En soins secondaires, l'eczéma est la pathologie courante la plus fréquente. Elle représente entre 15 et 26% des consultations de dermatologie (13)(17) (36) (42) .

Les patients ayant une tumeur bénigne ou maligne représentent entre un quart et la moitié des patients adressés par le médecin généraliste (13)(36). Les tumeurs bénignes représentent la majorité des tumeurs (13)(17).

e) *Différence entre nécessité d'un avis et demande d'avis*

Selon notre échantillon, un quart des avis jugés nécessaires n'était pas demandé. Le seul facteur influençant la demande effective d'avis était le lieu d'exercice du médecin généraliste. Les avis étaient moins demandés en milieu rural qu'en ville.

L'analyse qualitative des raisons évoquées montrait que certains patients continuaient d'avoir un accès direct au dermatologue et ce, malgré leur consultation chez le médecin traitant. Cette notion est confortée par l'étude de la DREES de 2007, où seulement la moitié des patients jugeait utile de consulter en premier recours leur médecin traitant (28). Une étude anglaise a montré que les patients étaient plutôt satisfaits de la prise en charge des pathologies cutanées par leur médecin généraliste. Mais ils avaient moins confiance en leur généraliste qu'en leur dermatologue. La plupart des patients aurait préféré avoir accès direct au dermatologue (55).

Certains patients étaient décrit comme « réfractaires aux avis spécialisés ». Mais nous ne savons pas quelle raison est alors évoquée. Plusieurs hypothèses sont possibles : refus d'une prise en charge plus importante de la pathologie, problème relationnel avec les spécialistes, problème d'accès ou de coût ...

Le suivi évolutif de la pathologie a été évoqué comme raison motivant le non recours au spécialiste alors qu'un avis était jugé nécessaire. La prise en charge du généraliste consistait alors soit en une simple surveillance soit en un traitement d'épreuve. La proximité et l'accessibilité du médecin généraliste lui permet, en effet, de revoir facilement

le patient si besoin. Il serait intéressant de savoir quelle proportion de patients a finalement été adressée au spécialiste.

Est-ce que cette démarche serait différente si l'accès au dermatologue était plus facile pour le patient ?

4. Influence de l'accessibilité des patients au dermatologue

a) Accès au dermatologue par le patient

La grande majorité (80%) des médecins généralistes considéraient l'accès au dermatologue de leur patient comme étant « plutôt difficile » voire « très difficile ».

Mais nous ne savons pas sur quels critères s'étaient basés les médecins pour émettre ce jugement. Était-ce la distance ? Le délai de rendez-vous ? Les deux ?

(1) Distance du dermatologue

La difficulté d'accès augmentait avec la distance du dermatologue et le caractère rural de l'exercice du médecin généraliste.

Ceci risque de s'aggraver dans les années à venir. Puisque comme nous l'avons vu précédemment, selon les prévisions démographiques, la répartition des médecins sur le territoire se ferait au détriment des zones rurales avec une baisse de 51% pour les spécialistes.

Cette notion de distance est prise en compte par les médecins généralistes lorsqu'ils souhaitent avoir l'avis d'un spécialiste. En effet, selon une étude de la DREES, pour 65% des médecins généralistes, un des critères pour le choix du spécialiste est la proximité géographique pour le patient (26).

(2) Délai de rendez-vous

La problématique de délai de rendez-vous était évoquée dans les raisons de non recours au spécialiste si un avis était jugé nécessaire.

Dans les années à venir, ce problème de délai risque également de s'accroître.

L'évolution démographique tend vers une diminution du temps médical disponible en

dermatologie. Ceci sous l'influence de 2 facteurs : la baisse prévue de la démographie des dermatologues (-32% en 2030) et la forte féminisation de cette spécialité (31)(32).

(3) Le point de vue des patients

Deux études menées par URPS d'Ile de France et du Languedoc Roussillon, ont permis de recueillir l'avis des patients autour de la problématique de l'accès aux soins. (56)(57).

Les perceptions des patients ne semblaient pas très optimistes. La majorité (83%) pensait que l'accès aux soins en France allait se détériorer dans les années à venir.

Dans ces 2 régions, la principale difficulté d'accès aux spécialistes était le délai de rendez-vous jugé trop long. En Languedoc-Roussillon, la moitié des patients de 35 à 64 ans, se plaignait du manque de disponibilité des médecins pour obtenir un rendez-vous. Les patients se plaignaient aussi souvent d'un délai d'attente trop long au sein même du cabinet médical.

Les difficultés liées au trajet n'étaient pas souvent évoquées mais elles augmentaient progressivement avec l'âge du patient (6% pour les 18-24 ans contre 12% pour les 75 ans et plus).

Les difficultés financières n'étaient évoquées que pour 6% des patients pour consulter un médecin spécialiste en Languedoc-Roussillon.

Ces données ne sont pas transposables à tout le territoire national ni à la Haute-Normandie, mais elles permettent de montrer quelles peuvent être les difficultés ressenties par les patients. On se rend compte que l'accès aux soins est multidimensionnel. La problématique est certes géographique, financière mais aussi organisationnelle.

b) L'accessibilité du patient influence le médecin généraliste et le recours au dermatologue

Dans notre étude, plus l'accès au dermatologue était jugé facile par le médecin et plus souvent il jugeait nécessaire un avis spécialisé. De même, plus l'accès au dermatologue était jugé facile par le médecin, plus celui-ci doutait de son diagnostic et de sa prise en charge.

D'une part, on peut considérer que l'accessibilité du dermatologue influence le recours uniquement par le biais d'une démographie favorable en milieu urbain. Le médecin généraliste adresse ainsi plus souvent son patient au spécialiste car il sait qu'il aura accès au dermatologue sans trop de difficultés.

D'autre part, deux autres facteurs peuvent également influencer la nécessité du recours au spécialiste :

- La formation : les médecins généralistes qui jugent que leur patient n'ont pas de problème d'accès au dermatologue auraient tendance à moins se former en dermatologie. Ils n'ont pas ou peu de difficultés à adresser leurs patients s'ils ont des doutes diagnostiques ou thérapeutiques, par conséquent ils ressentiraient moins le besoin de se former.

- L'expérience : on peut penser que si les patients ont un accès relativement facile au dermatologue, nombre d'entre eux pourraient avoir recours au dermatologue hors parcours de soins. Les médecins généralistes seraient alors moins confrontés à des patients ayant des pathologies dermatologiques et acquerraient moins d'expérience. Or cette expérience semble favoriser l'aisance des médecins généralistes en dermatologie. Néanmoins, dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence que les médecins exerçant en milieu urbain ou qui jugeant l'accès facile au dermatologue, avaient une activité de dermatologie moindre que les autres.

En parallèle, le lieu d'exercice du médecin influençait la demande effective d'un avis quand celui ci était jugé nécessaire. En milieu rural, une part plus importante des avis jugés utiles n'étaient pas demandés. Les raisons évoquées étant un délai de rendez-vous trop long ou l'éloignement géographique. Les médecins jugeant l'accessibilité des patients au dermatologue non satisfaisante, prennent probablement l'habitude de ne pas recourir au spécialiste. Il serait intéressant de savoir si avec un accès facilité, ces médecins auraient plus recours au dermatologue.

c) Référent

Dans notre étude 13,8% des médecins généralistes déclaraient ne pas avoir de dermatologue référent chez qui adresser leurs patients.

Une étude de 2008 de la DREES montrait que dans 8 cas sur 10, le médecin généraliste conseillait des noms de spécialistes à leur patient et lorsqu'ils avaient le choix entre plusieurs noms de confrères, dans la moitié des cas, ils n'en ont conseillé qu'un seul.(26)

Néanmoins, nous n'avons pas d'élément pour comprendre pourquoi 13,8% des médecins généralistes de notre échantillon n'ont pas de correspondant dermatologue privilégié.

Par ailleurs, la présence ou non d'un dermatologue référent ne semble pas influencer le recours au spécialiste pour les médecins généralistes.

5. Cas particulier : La dermatite atopique et eczéma

➤ Pathologie dermatologique la plus fréquente en médecine générale

Dans notre étude, plus d'un patient sur 10 présentant une pathologie dermatologique était atteint de dermatite atopique ou eczéma. Ce chiffre augmentait à 18% si l'on considérait le regroupement « Dermatite atopique et allergie ».

Dans les données sur la typologie des consultations, la 1^{ère} pathologie dermatologique est la dermatite atopique ou eczéma (11). Selon l'OMG(6) , elle représentait 2,4% des diagnostics en médecine générale fin 2011.

Les études étrangères retrouvent des proportions supérieures, allant de 15% (38) jusqu'à 28% (36).

➤ Mais les médecins sont moins confiants de leur diagnostic et prise en charge

La dermatite atopique faisait partie des pathologies où les médecins étaient moins sûrs de leur diagnostic (8,3/10) et de leur prise en charge (8,32/10).

Pour la dermatite atopique et eczéma, le doute des médecins généralistes est licite puisque les concordances diagnostiques selon les études varient entre 44% (2) et 54% (5).

➤ Une demande d'avis spécialisé fréquente

Pour 17% des patients ayant une dermatite atopique ou eczéma, un avis spécialisé était jugé nécessaire.

Ces données sont concordantes avec la littérature puisque deux études montrent que c'est la première cause de demande d'avis spécialisé. Environ un patient sur quatre en

soins secondaires est adressé par le médecin généraliste pour une dermatite atopique ou eczéma (13) (41) .

6. Cas particulier : Les tumeurs bénignes et malignes

➤ Pathologies les plus fréquentes chez les plus de 60 ans

Dans notre étude, la pathologie la plus fréquente chez les plus de 60 ans était le cancer cutané. En effet, pour 13,7% des patients de plus de 60 ans ayant une pathologie dermatologique, un diagnostic de cancer cutané a été retenu.

De plus, pour 28% des patients de 60 ans et plus, un diagnostic de la catégorie « Tumeur bénigne ou maligne » a été retenu.

Dans une étude rétrospective menée à Saint-Etienne(58) chez des patients de plus de 75 ans, les pathologies tumorales représentaient 29,1% des motifs de consultations en dermatologie hospitalière. Ces pathologies regroupaient : mélanome (7,1%), carcinome baso cellulaire (6%), carcinome épidermoïde (3,9%), kératose actinique (6,6%), lymphome (1%), kératose séborrhéique (3,8%). Ces chiffres sont supérieurs à ceux d'autres études menées à l'étranger. Dans une série tunisienne(59) seulement 12,8% des patients avaient une pathologie tumorale et à Taiwan(60) seulement 14,9%.

Ces chiffres ne sont pas directement transposables avec ceux de notre étude, à cause des différences d'âges d'inclusion et surtout d'espérances de vie inférieures à celles observées en France. Néanmoins, ils montrent bien qu'avec le vieillissement de la population, les médecins généralistes risquent d'être de plus en plus confrontés à la prise en charge de pathologies tumorales dans leur pratique quotidienne.

En 2010, le mélanome était le 9^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme et le 10^{ème} chez l'homme. Entre 1980 et 2005, sa fréquence a augmenté progressivement de 3,4 % par an chez la femme et de 4,7 % par an chez l'homme (61).

➤ Pathologies où les médecins doutent de leurs compétences

Dans notre étude, c'était pour la catégorie des tumeurs bénignes ou malignes que les médecins généralistes doutaient le plus de leur diagnostic (8,08/10) et de leur prise en charge (8,11/10).

Encore une fois, les doutes des médecins généralistes sont confortés par les données de la littérature sur les concordances diagnostiques entre médecin généraliste et dermatologues.

Par exemple :

- Pour les kératoses séborrhéiques et les mélanomes, les médecins généralistes semblent avoir plus de difficultés puisqu'un diagnostic correct n'est retrouvé qu'entre 22% (37) et 24% (17) des patients.
- Pour les mélanomes, un diagnostic correct est retrouvé entre 38 et 59% des patients (37)(62) (49) (17).
- Par contre, le taux de concordance diagnostique (63%) est meilleur pour les pathologies bénignes (17).

A noter que pour cette catégorie de pathologie la concordance diagnostique des dermatologues avec l'histologie est de 77% (17).

Plusieurs études ont montré que les médecins généralistes doutaient de leur capacité à reconnaître les cancers cutanés les plus courants (63) (64) . Les difficultés évoquées étaient le manque de temps, le manque d'équipement, le manque de formation pour détecter les patients à risque, la gêne du patient (64).

➤ Un fort taux de référencement

La catégorie des tumeurs bénignes ou malignes, était la catégorie pour laquelle les patients avaient le plus de chance d'être adressés au dermatologue. Un avis est jugé nécessaire par le médecin généraliste pour 76% des patients présentant une tumeur bénigne ou maligne.

Les demandes d'avis pour les pathologies tumorales concernaient 36% des avis jugés nécessaires de notre étude.

Ces chiffres sont même inférieurs à ceux de la littérature. En soins secondaires, les tumeurs bénignes et malignes représentent entre 40 et 45% des motifs de consultation (13) (36). Les tumeurs malignes font partie des 3 principaux motifs de consultation justifiant une demande d'avis spécialisé(18).

C. La méthode

1. Participation

➤ Effectif des médecins

80 médecins généralistes ont participé à notre étude soit 28% de ceux que nous avons contactés. C'est un peu moins que l'objectif que nous nous étions fixé, d'où la nécessité de refaire une sélection de médecins et de les recontacter en cours d'étude. Nous avons choisi de faire le pré-recrutement initial par téléphone. Nous leur proposons alors, à leur convenance, l'envoi des documents ou un entretien à leur cabinet pour leur remettre et leur expliquer nos questionnaires. Nous avons effectué une relance téléphonique. Malgré cela, seulement la moitié des médecins ayant accepté de participer à notre étude ont effectivement rempli leurs questionnaires. Ceci peut s'expliquer par le fait que notre étude soit prospective, elle demandait aux médecins généralistes de s'investir pendant 2 semaines.

➤ Représentativité des médecins généralistes

Les médecins ayant participé à notre étude sont représentatifs des médecins généralistes exerçant en Haute –Normandie.

		étude	Atlas démographique CNOM 2011(65)	DREES Haute- Normandie(66)	DREES France(66)
Sexe	homme	70%	72%	68,40%	66,30%
	femme	30%	28%	31,60%	33,70%
Âge	moyenne	51,5	52	50,8	50,9
	<40 ans	14,10%	9,50%	14,90%	15,60%
	40-50 ans	23,08%	25,50%	25,20%	24,30%
	51- 60 ans	46,15%	45,50%	42%	39,40%
	> 60 ans	16,67%	19,50%	17,90%	20,70%
Exercice en groupe		73,75%	NC	NC	45,20%
Département	76	63,75%	74,5%	75%	
	27	36,25%	25,5%	25%	
Exercice Rural		28,75%	NC	NC	23,90%

Les médecins de notre étude étaient représentatifs de la population générale des médecins généralistes en ce qui concerne l'âge et le sexe.

Par contre, ils étaient plus nombreux à travailler seuls. Les médecins exerçant dans l'Eure étaient sur représentés dans notre échantillon.

2. Recueil des données

➤ Choix d'une étude prospective

Pour connaître au mieux l'activité de dermatologie des médecins généralistes, nous devions réaliser un recueil prospectif pour éviter les biais de mémorisation. Néanmoins, il n'y a pas eu de contrôle strict du recueil des données, chaque médecin a rempli ses fiches sans contrôle par un observateur extérieur. Il y a donc pu y avoir des oublis et donc une sous estimation. D'autant que nous savons qu'en médecine générale les motifs de consultations sont souvent multiples (entre 2,18 et 2,5 par consultation (3)) et que les demandes de fin de consultations sont fréquentes. Dans sa thèse sur les demandes de fin de consultations (43), Sophie JOUANIN montrait que les problèmes cutanés arrivaient en 2^{ème} position des demandes de fin de consultations.

➤ Elaboration des questionnaires

Pour augmenter la participation des médecins à notre étude et pour faciliter le recueil des données, nous avons réalisé un questionnaire volontairement court et avec des questions fermées ou à choix multiples. Ils étaient non chronophages et pouvaient être remplis en moins de 2 minutes en fin de consultations.

➤ Qualité du recueil de données

Nous avons contacté directement les médecins généralistes soit en entretien soit par téléphone pour les sensibiliser à notre travail et améliorer la qualité de remplissage des questionnaires et des fiches patients.

De plus, nous avons recontacté les médecins si des données étaient manquantes. Ceci nous a permis d'avoir des données de qualité avec seulement 10 fiches patients non exploitables (principalement en raison d'un problème de lisibilité des diagnostics).

Nous avons choisi de coder a posteriori les diagnostics établis par les médecins généralistes, dans le but de faciliter leur recueil de données. L'autre intérêt était de limiter les erreurs de codages avec la CISP-2.

➤ Période de recueil

Le recueil s'est étalé sur quasiment 6 mois entre mai et octobre 2011. Nous avons volontairement choisi cette période pour augmenter la faisabilité de notre étude en évitant les mois d'hiver qui sont souvent liés à une surcharge de travail pour les médecins généralistes.

Néanmoins, cette période estivale a pu conduire à une surestimation de certaines pathologies telles que les piqûres, le pytiriasis versicolor, les photodermatoses, les mycoses, les pathologies allergiques et traumatiques.

VII. CONCLUSION

L'activité de dermatologie en médecine générale est donc fréquente. Dans près de 6% de ses consultations le médecin généraliste doit prendre en charge un patient ayant une pathologie cutanée.

Malgré l'aisance déclarée des médecins généralistes, le diagnostic et la prise en charge de certaines pathologies semblent leur poser problème. Surtout, le taux de référencement en dermatologie est bien supérieur à celui des autres spécialités.

Ces données sur la typologie des consultations de dermatologie en médecine générale, peuvent permettre d'orienter la formation continue des médecins généralistes.

Dans le cadre plus global, de la réflexion préliminaire à la mise en place d'un projet pilote en télé dermatologie, une étude quantitative devra répondre aux questions soulevées par notre étude.

Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en termes de diagnostic, de prise en charge et de référencement en dermatologie ?

Pourquoi et comment les médecins généralistes adressent-ils leur patient au dermatologue ?

Quelles sont leur proposition pour améliorer leur prise en charge des patients ayant une pathologie dermatologique ?

BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques qui ont été utilisées pour ce travail sont classées par ordre de citation dans le texte.

1. Dictionnaire des Résultats de Consultation - DRC . Société Française de Médecine Générale. Available from:http://www.sfmfg.org/demarche_medicale/dictionnaire_des_resultats_de_consultation-_drc/
2. HONNORAT C. L'approche clinique en Médecine Générale. Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Rennes; 2009.
3. Le club des utilisateurs francophones de la CISP. CISP CLUB. Available from: <http://www.cispclub.org>
4. CHEVREUL K, LE FUR P, RENAUD T, SERMET C. Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé (IRDES); 2006 Oct. Report No.: 1648.
5. SCHUERS M. Freins au développement des Soins Primaires orientés vers la communauté en France. Une étude bibliographique. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2008.
6. Observatoire de Médecine Générale. Available from: <http://omg.sfmfg.org/>
7. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES; 2004 Juin. Report No.: 315.
8. CNGE. Etude ECOGEN . Available from: <http://etudeecogen.fr/>
9. LETRILLIART L. Etude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) Protocole. 2011.
10. DOURGNON P, GUILLAUME S, ROCHEREAU T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé); 2012 Juillet. Report No.: 1886.
11. AUBERT C. Diagnostics de consultation en médecine générales établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute Normandie. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2012.
12. STEELE K. Primary dermatological care in general practice. J R Coll Gen Pract. 1984 Jan;34(258):22–3.
13. KERR OA, TIDMAN MJ, WALKER JJ, ALDRIDGE RD, BENTON EC. The profile of dermatological problems in primary care. Clinical & Experimental Dermatology. 2010 juin;35(4):380–3.
14. JULIAN C. Dermatology in general practice. British Journal of Dermatology. 1999 Sep;141(3):518–20.
15. 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.
16. AWADALLA F, ROSENBAUM DA, CAMACHO F, FLEISCHER AB, FELDMAN SR. Dermatologic disease in family medicine. Fam Med. 2008 Aug;40(7):507–11.
17. HUE Tran, KENG Chen, LIM AC, JABBOUR J, SHUMACK S. Assessing diagnostic skill in dermatology: A comparison between general practitioners and dermatologists. Australasian Journal of Dermatology. 2005 Nov;46(4):230–4.

18. Helena Britt, Graeme C Miller, Jan Charles, Joan Henderson, Clare Bayram, Ying Pan, Lisa Valenti, Christopher Harrison, Salma Fahrudin, Julie O'Halloran. General practice activity in Australia 2008–09. University of Sydney and the Australian Institute of Health and Welfare; 2009.
19. La réforme de l'assurance maladie. Site ameli.fr. Available from: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-reforme-de-l-assurance-maladie/index.php>
20. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
21. Le parcours de soins coordonnés. Site ameli.fr. Available from: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php>
22. ALLONIER C, DOURGNON P, ROCHEREAU T. Santé, soins et protection sociale en 2004. IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé); 2006 Jan. Report No.: 1621.
23. LE FUR P, LENGAGNE P. Modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés. IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé); 2006 Avril. Report No.: 106.
24. Breuil-Genier P. Généraliste puis spécialiste: un parcours peu fréquent. 2000 Avril;(709).
25. Dossier de presse. Accès direct aux spécialistes en 2006: Quelle évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie ? IRDES; 2008.
26. BOURNOT M-C, GOUPIL M-C, TUFFREAU F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. DREES; 2008 août. Report No.: 649.
27. Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et une étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. CAREPS (Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire); 2010 Sep. Report No.: 661.
28. 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.
29. SICART D. Les médecins au 1er Janvier 2012. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DREES; 2012 Février. Report No.: 167.
30. Eco-Santé France 2012. Available from: <http://www.ecosante.fr/>
31. ATTAL-TOUBERT Kitty, VANDERSCHULDEN Mélanie. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DREES; 2009. Report No.: 12.
32. MICHEAU Julie, MOLIERE Eric. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES; 2010. Report No.: 15.
33. L'observatoire de l'accès aux soins: enquête auprès des français et des professionnels de santé. IFOP (Institut Français d'Opinion Publique; 2011 Oct. Report No.: n°19743.
34. COLDEFY M, COM-RUELLE L, LUCAS-GABRIELLI V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé (IRDES); 2011 Avril. Report No.: 164.

35. COLDEFY M, COM-RUELLE L, LUCAS-GABRIELLI V, MARCOUX L. Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er Janvier 2007. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé (IRDES); 2011 Juin. Report No.: 1838.
36. MERENSTEIN D, MEYERS D, KRIST A, DELGADO J, McCANN J, PETERSON S, et al. How well do family physicians manage skin lesions? *Journal of Family Practice*. 2007 Jan;56(1):40–5.
37. BASARAB T , MUNN SE , JONES RR. Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology out-patient clinic . *Br. j. dermatol*. 1996 Jan 1;135(1):70–3.
38. FLEISCHER AB, FELDMAN SR, McCONNELL RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Fam Med*. 1997 Oct;29(9):648–52.
39. FELDMAN SR, FLEISCHER AB, McCONNELL RC. Most common dermatologic problems identified by internists, 1990-1994. *Arch Intern Med*. 1998 avril;158(7):726–30.
40. SYMVOULAKIS EK, KRASAGAKIS K, KOMNINOS ID, KASTRINAKIS I, LYRONIS I, PHILALITHIS A, et al. Primary care and pattern of skin diseases in a mediterranean island. *BMC Family Practice*. 2006 Jan;7:6.
41. BENTON EC, KERR OA, FISHER A, FRASER SJ, McCORMACK S. The changing face of dermatological practice: 25 years' experience. *British Journal of Dermatology*. 2008 août;159(2):413–8.
42. CHEN FM. Dermatology Referrals in an Academic Family Medicine Clinic. *Southern Medical Journal*. 2001 mai;94(5):475.
43. JOUANIN S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Thèse d'exercice ; 2006. Available from: <http://www.sudoc.fr/10939206X>
44. AL-HOQAIL IA, GAD A, CRAWFORD RI. Dermatology practice in primary health care services: where do we stand in the Middle East? *Int. J. Dermatol*. 2002 Jan;41(1):4–7.
45. FEDERMAN D, HOGAN D, TAYLOR JR, CARALIS P, KIRSNER RS. A comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 32(5):726–9.
46. LIM AC, SEE A, SHUMACK SP. GP postgraduate dermatology training. *Aust Fam Physician*. 2001 juin;30(6):526–7.
47. FLEISCHER AB Jr, HERBERT CR, FELDMAN SR, O'BRIEN F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care*. 2000 Oct;6(10):1149–56.
48. GERBERT B, MAURER T, BERGER T, PANTILAT S, McPHEE SJ, WOLFF M, et al. Primary care physicians as gatekeepers in managed care. Primary care physicians' and dermatologists' skills at secondary prevention of skin cancer. *Arch Dermatol*. 1996 Sep;132(9):1030–8.
49. GRANGE F, HEDELIN G, HALNA J-M, GRALL J-C, KIRSTETTER H, GUILLAUME J-C, et al. Évaluation d'une campagne de formation des médecins généralistes et des médecins du travail au dépistage du mélanome dans le Haut-Rhin. *Ann. dermatol. vénéréol*. 2005 Jan 1;132(CAH1):956–61.
50. YOUL PH, RAASCH BA, JANDA M, AITKEN JF. The effect of an educational programme to improve the skills of general practitioners in diagnosing melanocytic/pigmented lesions. *Clin. Exp. Dermatol*. 2007 Jul;32(4):365–70.
51. GERBERT B, BRONSTONE A, WOLFF M, MAURER T, BERGER T, PANTILAT S, et al. Improving primary care residents' proficiency in the diagnosis of skin cancer. *J Gen Intern Med*. 1998 Feb;13(2):91–7.

52. Société Française de Médecine Générale. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. 1997 Juin;45.
53. BRANCH WT, WINTROUB BU. Dermatologic training for nondermatologists. *J Am Acad Dermatol*. 1983 août;9(2):281–3.
54. Définition européenne de la médecine générale. WONCA Europe. Available from: <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
55. FEDERMAN DG, REID M, FELDMAN SR, GREENHOE J, KIRSNER RS. The primary care provider and the care of skin disease: the patient's perspective. *Arch Dermatol*. 2001 Jan;137(1):25–9.
56. Enquête sur l'accès aux soins: le point de vue des patients. URPS Médecins libéraux Languedoc-Roussillon. Available from: <http://www.urpsml-lr.org/enquete-acces-aux-soins-des-patients>
57. Accès aux soins : Qu'en pensent patients et médecins libéraux ? Quelles améliorations possibles ? URPS Médecins libéraux Ile-de-France. Available from: <http://www.urps-med-idf.org/publication/>
58. PERROT J-L, LABELLE B, THELY LD, MAITRE S, CAMBAZARD F, BLANCHON M-A. Motifs de consultation en dermatogériatrie. *Ann. dermatol. vénéréol*. 2008 Jan 1;135(5):410–2.
59. SOUISSI A, ZEGLAOUI F, EI FEKIH N, FAZAA B, ZOUARI B. Pathologie cutanée chez le sujet âgé : Étude multicentrique tunisienne. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 133(3):231–4.
60. LIAO YH, CHEN KH, TSENG MP, SUN CC. Pattern of skin diseases in a geriatric patient group in Taiwan: a 7-year survey from the outpatient clinic of a university medical center. *Dermatology (Basel)*. 2001;203(4):308–13.
61. DANET S. L'état de santé de la population en France: Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DREES; 2011.
62. TRAN H, CHEN K, LIM AC, JABBOUR J, SHUMACK S. Assessing diagnostic skill in dermatology: a comparison between general practitioners and dermatologists. [*Australas J Dermatol*. 2005]
63. OFFIDANI A, SIMONETTI O, BERNARDINI ML, ALPAGUT A, CELLINI A, BOSSI G. General practitioners' accuracy in diagnosing skin cancers. *Dermatology (Basel)*. 2002;205(2):127–30.
64. OLIVERIA SA, HENEGHAN MK, CUSHMAN LF, UGHETTA EA, HALPERN AC. Skin cancer screening by dermatologists, family practitioners, and internists: barriers and facilitating factors. *Arch Dermatol*. 2011 Jan;147(1):39–44.
65. ROMESTAING Patrick, LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle. Atlas de la démographie médicale en région Haute-Normandie: situation au 1er Janvier 2011. Conseil national de l'ordre des médecins CNOM.
66. SICART D. Les médecins au 1er janvier 2011 [Internet]. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DREES; 2011 Mai. Report No.: 157.

ANNEXE 1

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

QUESTIONNAIRE MEDECIN

Âge : _____ Sexe : F / M Nombre d'années d'installation : _____

- Lieu d'exercice : rural semi rural urbain
- Exercice en groupe : oui non
- Maître de stage : oui non
- Nombre moyen d'actes par semaine complète de consultations : _____

- Distance (nombre de km/) du dermatologue le plus proche : _____
- Avez vous un/des référents habituels en dermatologie : oui non
- Quand vous appelez vous même, quel est le délai moyen de rendez-vous en dermatologie ?
 - < 3jours
 - < 1semaine
 - > 1semaine

Sans votre intervention, l'accès de vos patients au dermatologue est :

Très facile Plutôt facile Plutôt difficile Très difficile

Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge des problèmes dermatologiques d'une façon générale ?

Pas du tout à l'aise Plutôt pas à l'aise Plutôt à l'aise Tout à fait à l'aise

ANNEXE 3

PROFIL DU PATIENT

Age : _____

Sexe : F/M

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE :

Hypothèse diagnostique principale : _____

Concernant cette hypothèse : degré de certitude de 0 à 10 : _____

Concernant la prise en charge : degré de certitude : de 0 à 10 :. _____

AVIS SPECIALISE :

Un avis spécialisé vous a t-il semblé nécessaire : oui non

Si oui : délai : Dans la journée

Dans la semaine

Dans le mois

Si oui : l'avez vous demandé ? Oui Non

Si non : pourquoi ?

(ex : délai de rendez-vous trop long, distance, refus du patient ...):

ANNEXE 4

Cher confrère, Chère consœur,

Nous sommes internes de médecine générale à la Faculté de Rouen, et, dans le cadre de notre thèse, nous souhaitons étudier l'activité de dermatologie en médecine générale en haute Normandie.

En effet, la recherche en médecine générale, actuellement en plein essor, manque cruellement de données sur la typologie des consultations. Nous souhaiterions donc identifier la place de l'activité dermatologique des médecins généralistes de la région.

D'autre part, le médecin généraliste, en tant que coordinateur des soins, sera vraisemblablement amené dans les années à venir à prendre en charge de plus en plus de pathologies dermatologiques du fait de la diminution prévue du temps médical disponible dans cette spécialité. Ainsi, nous souhaitons également identifier les difficultés et les besoins des médecins généralistes pour la prise en charge des problèmes dermatologiques.

Le recueil de données que nous vous proposons est simple et rapide. Il s'agit de remplir une fiche très succincte à chaque pathologie dermatologique rencontrée en consultation (aussi bien une mycose que la prise en charge d'un nævus ou d'une acné, et qu'il s'agisse ou non du motif principal de consultation...), et ceci sur une période de 2 semaines.

Au delà de l'aspect épidémiologique, ces résultats permettront de conduire une seconde étude destinée à identifier les difficultés ressenties et les solutions proposées par les médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes dermatologiques.

L'objectif final de ce travail est la mise en place et l'évaluation d'un système de télé expertise dermatologique.

C'est pourquoi nous avons besoin de votre participation active et massive à ce premier travail de recherche afin d'évaluer au mieux cette activité.

Nous sommes à votre disposition par mail ou téléphone pour répondre à vos questions avant et pendant cette enquête.

Dans l'espoir de votre participation,

Bien confraternellement,

S.Laplace-Perdu

S.Avogadro-Leroy

V. Bureaux

ANNEXE 5

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
<p>Procédures</p> <ul style="list-style-type: none"> -30 Ex médical/bilan santé détaillé -31 Ex médical/bilan santé partiel -32 Test de sensibilité -33 Ex microbiologique/immunologique -34 Autre analyse de sang -35 Autre analyse d'urine -36 Autre analyse de selles -37 Cytologie/histologie -38 Autre analyse de laboratoire -39 Epreuve fonctionnelle -40 Endoscopie -41 Radiologie diagnostique/imagerie -42 Tracé électrique -43 Autre procédure diagnostique -44 Vaccination/médication préventive -45 Recom./éducation santé/avis/régime -46 Discussion entre dispensateurs SSP -47 Discussion dispensateur spécialiste -48 Clarification de la demande du patient -49 Autre procédure préventive -50 Médication/précription/injection -51 Incision/drainage/aspiration -52 Excision/biopsie/cauté/débridement -53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage -54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse -55 Traitement local/infiltration -56 Pansement/compression/bandage -57 Thérapie manuelle/médecine physique -58 Conseil thérap./écoute/examens -59 Autres procédures thérapeutiques -60 Résultats analyses/examens -61 Résultats ex./procéd. autre dispensateur -62 Contact administratif -63 Rencontre de suivi -64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. -65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers -66 Référence à dispens. SSP non médecin -67 Référence à médecin -68 Autre référence -69 Autres procédures <p>Général et non spécifié A</p> <ul style="list-style-type: none"> A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons A03 Fièvre A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Évanouissement/syncope A07 Coma A08 Gonflement A09 P. de transpiration A10 Saignement/hémorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA A13 Précoc. par/peur traitement médical A16 Nourrisson irritable A18 Précoc. par son aspect extérieur A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer A23 Facteur de risque NCA A24 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA A27 Peur d'une autre maladie NCA A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A29 Autre S/P général A70 Tuberculose A71 Rougeole A72 Varicelle A73 Paludisme A74 Rubéole A75 Mononucléose infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 autre maladie virale NCA A78 Autre maladie infectieuse NCA A79 Cancer NCA A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA A81 Polytraumatisme/lésions multiples A82 Effet tardif d'un traumatisme A84 Intoxication par subst. médicinales A85 Effet sec. subst. médicinales A86 Effet toxique subst. non médicinales A87 Complication de traitement médical A88 Effet sec. de facteur physique A89 Effet sec. de matériel prothétique A90 Anom. congénitale NCA/multiple A91 Résultat d'investigat. anormale NCA A92 Allergie/réaction allergique NCA A93 Nouveau-né prématuré A94 Autre morbidité périnatale A95 Mortalité périnatale A96 Mort A97 Pas de maladie A98 Gestion santé/médecine préventive A99 Maladie de nature/site non précisé 	<p>Syst. Digestif D</p> <ul style="list-style-type: none"> D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/anale D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécystite/cholélithiase D99 Autre maladie du syst. Digestif <p>CODES PROCÉDURE</p> <p>SYMPTÔMES ET PLAINTES</p> <p>INFECTIONS</p> <p>NÉOPLASMES</p> <p>TRAUMATISMES</p> <p>ANOMALIES CONGÉNITALES</p> <p>AUTRES DIAGNOSTICS</p>	<ul style="list-style-type: none"> F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Écoulement de l'œil F04 Taches visuelles/flottantes F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F18 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Conjunctivite infectieuse F71 Conjunctivite allergique F72 Blépharite, orgelet, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F79 Autre lésion traumat. de l'œil F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la rétine F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Déficit de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F95 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes <p>Oreille H</p> <ul style="list-style-type: none"> H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille H04 Écoulement de l'oreille H05 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H16 Précoc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H70 Otite externe H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne séreuse H73 Salpingite/eustache H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otosclérose H84 Presbycusie H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde <p>Cardio-vasculaire K</p> <ul style="list-style-type: none"> K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/contriction cardiaque K03 Douleur cardio-vasculaire NCA K04 Palpitat./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d'une hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardio-vasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation auriculaire/flutter K79 Tachycardie paroxystique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> L01 S/P du cou L02 S/P du dos L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude L11 S/P du poignet L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche L14 S/P de la jambe et de la cuisse L15 S/P du genou L16 S/P de la cheville L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire L19 S/P musculaire NCA L20 S/P d'une articulation NCA L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul. L28 Limitation de la fonction/incap. (L) L29 Autre S/P ostéo-articulaire L70 Infection du syst. ostéo-articulaire L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur L76 Autre fracture L77 Entorse de la cheville L78 Entorse du genou L79 Entorse articulaire NCA L80 Luxation et subluxation L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire L83 Syndrome cervical L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation L87 Bursite, tendinite, synovite NCA L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose L90 Gonarthrose L91 Autre arthrose L92 Syndrome de l'épaule L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéoporose L95 Ostéoporose L96 Lésion aiguë interne du genou L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. L98 Déformation acquise membres inf. L99 Autre maladie ostéo-articulaire <p>Neurologique N</p> <ul style="list-style-type: none"> N01 Mal de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat N17 Vertige/étourdissement N18 Paralyse/faiblesse N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomyélite N71 Méningite/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Commotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaque N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie N89 Migraine N90 Aigie vasculaire de la face N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell N92 Névralgie du trijumeau N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique

Psychologique P P01 Sensation anxiété/nervosité/tension P02 Réaction de stress aiguë P03 Sensation de dépression P04 Sentiment/comport. irritable/colère P05 Sensation vieux, comportement sénile P06 Perturbation du sommeil P07 Diminution du désir sexuel P08 Diminution accomplissement sexuel P09 Préoccupation sur identité sexuelle P10 Bégaiement, bredouillement, tic P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant P12 Enurésie P13 Encoprésie P15 Alcoolisme chronique P16 Alcoolisation aiguë P17 Usage abusif du tabac P18 Usage abusif de médicament P19 Usage abusif de drogue P20 Perturbation de la mémoire P22 S/P du comportement de l'enfant P23 S/P du comportement de l'adolescent P24 P. spécifique de l'apprentissage P25 Problèmes de phase de vie adulte P27 Peur d'un trouble mental P28 Limitation de la fonction/incap. (P) P29 Autre S/P psychologique P70 Démence P71 Autre psychose organique P72 Schizophrénie P73 Psychose affective P74 Trouble anxieux/état anxieux P75 Trouble somatoforme P76 Dépression P77 Suicide/tentative de suicide P78 Neurasthénie, surmenage P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif P80 Trouble de la personnalité P81 Trouble hyperkinétique P82 Syndrome de stress post-traumatique P85 Retard mental P86 Anorexie mentale, boulimie P98 Autre psychose NCA P99 Autre trouble psychologique	Peau S S01 Douleur/hypersensibilité de la peau S02 Prurit S03 Verrue S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau S06 Eruption localisée S07 Eruption généralisée S08 Modification de la couleur de la peau S09 Doigt/orteil infecté S10 Furoncle/anthrax S11 Infection post-traumat. de la peau S12 Piqure d'insecte S13 Morsure animale/humaine S14 Brûlure cutanée S15 CE dans la peau S16 Ecchymose/contusion S17 Erafure, égratignure, ampoule S18 Coupure/lacération S19 Autre lésion traumat. de la peau S20 Cor/callosité S21 S/P au sujet de la texture de la peau S22 S/P de l'ongle S23 Calvitie/perte de cheveux S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu S26 Peur du cancer de la peau S27 Peur d'une autre maladie de la peau S28 Limitation de la fonction/incap. (S) S29 Autre S/P de la peau S70 Zona S71 Herpes simplex S72 Gale/autre acariose S73 Pédiculose/autre infestation peau S74 Dermatophytose S75 Moniliasie/candidose de la peau S76 Autre maladie infectieuse de la peau S77 Cancer de la peau S78 Lipome S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau S80 Kératose actinique/coup de soleil S81 Hémangiome/lymphangiome S82 Naevus/naevus pigmentaire S83 Autre anom. congénitale de la peau S84 Impétigo S85 Kyste/fistule pilonidale S86 Dermite seborrhéique S87 Dermite atopique/eczéma S88 Dermite et allergie de contact S89 Erythème fessier S90 Pyoriasis rosé S91 Psoriasis S92 Maladie des glandes sudoripares S93 Kyste sébacé S94 Ongle incarné S95 Molluscum contagiosum S96 Acné S97 Ulcère chronique de la peau S98 Urticaire S99 Autre maladie de la peau	U72 Urétrite U75 Cancer du rein U76 Cancer de la vessie U77 Autre cancer urinaire U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire U79 Autre tumeur indét. urinaire U80 Lésion traumat. du tractus urinaire U85 Anom. congénitale du tractus urinaire U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique U90 Protéinurie orthostatique U95 Lithiase urinaire U98 Analyse urinaire anormale NCA U99 Autre maladie urinaire	Syst. génital masculin et sein Y Y01 Douleur du pénis Y02 Douleur des testicules, du scrotum Y03 Écoulement urétral chez l'homme Y04 Autre S/P du pénis Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum Y06 S/P de la prostate Y07 Impuissance sexuelle NCA Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme Y13 Stérilisation de l'homme Y14 Autre PF chez l'homme Y16 S/P du sein chez l'homme Y24 Peur dysfonction sexuelle homme Y25 Peur d'une MST chez l'homme Y26 Peur d'un cancer génital homme Y27 Peur autre maladie génitale homme Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y) Y29 Autre S/P génitale chez l'homme Y70 Syphilis chez l'homme Y71 Gonococce chez l'homme Y72 Herpes génital chez l'homme Y73 Prostatite/vésiculite séminale Y74 Orchite/épididymite Y75 Balanite Y76 Condylome acuminé chez l'homme Y77 Cancer de la prostate Y78 Autre cancer génital chez l'homme Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme Y80 Lésion traumat. génitale homme Y81 Phimosi/hypospadias Y82 Hypospadias Y83 Ectopie testiculaire Y84 Autre anom. congénitale homme Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate Y86 Hydrocèle Y99 Autre maladie génitale chez l'homme
Respiratoire R R01 Douleur du syst. respiratoire R02 Souffle court, dyspnée R03 Sibillance R04 Autre P. respiratoire R05 Toux R06 Saignement de nez, épistaxis R07 Congestion nasale, éternuement R08 Autre S/P du nez R09 S/P des sinus R21 S/P de la gorge R23 S/P de la voix R24 Hémoptysie R25 Expectoration/glaire anormale R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire R27 Peur d'une autre maladie respiratoire R28 Limitation de la fonction/incap. (R) R29 Autre S/P respiratoire R71 Coqueluche R72 Streptococcie pharyngée R73 Furoncle/abcès du nez R74 Infection aiguë voies respiratoires sup. R75 Sinusite aiguë/chronique R76 Angine aiguë R77 Laryngite, trachéite aiguë R78 Bronchite aiguë, broncholite R79 Bronchite chronique R80 Grippe R81 Pneumonie R82 Pleurésie, épanchement pleural R83 Autre infection respiratoire R84 Cancer des bronches, du poumon R85 Autre cancer respiratoire R86 Tumeur respiratoire bénigne R87 CE du nez, du larynx, des bronches R88 Autre lésion traumat. du syst. resp. R89 Anom. congénitale du syst. resp. R90 Hypertrophie amygdalaires/végétations R92 Autre tumeur indét. du syst. resp. R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive R96 Asthme R97 Rhinite allergique R98 Syndrome d'hyperventilation R99 Autre maladie respiratoire	Métabol., nutrit., endocrinien T T01 Soif excessive T02 Appétit excessif T03 Perte d'appétit T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant T05 P. d'alimentation de l'adulte T07 Gain de poids T08 Perte de poids T10 Retard de croissance T11 Déshydratation T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien T27 Peur autre mal. endoc./métab./nutrit. T28 Limitation de la fonction/incap. (T) T29 Autre S/P endoc./métab./nutrit., T70 Infection du syst. endocrinien T71 Cancer de la thyroïde T72 Tumeur bénigne de la thyroïde T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien T78 Canal/kyste thyroglossale T80 Anom. congénit. endoc./métab./nutrit. T81 Goitre T82 Obésité T83 Excès pondéral T85 Hyperthyroïdie/thyrotoxicose T86 Hypothyroïdie/myxoedème T87 Hypoglycémie T89 Diabète insulino-dépendant T90 Diabète non insulino-dépendant T91 Carence vitaminique/nutritionnelle T92 Goutte T93 Trouble du métabolisme des lipides T99 Autre maladie endoc./métab./nutrit	Grossesse, accouchement et PF W W01 Question de grossesse W02 Peur d'être enceinte W03 Saignement pendant la grossesse W05 Nausée/vomissement de grossesse W10 Contraception post-coïtale W11 Contraception orale W12 Contraception intra-utérine W13 Stérilisation chez la femme W14 Autre contraception chez la femme W15 Stérilité - hypofertilité de la femme W17 Saignement du post-partum W18 Autre S/P du post-partum W19 S/P du sein/lactation post-partum W21 Préoc. par modific. image et grossesse W27 Peur complications de la grossesse W28 Limitation de la fonction/incap. (W) W29 Autre S/P de la grossesse W70 Infection puerpérale, sepsis W71 Infection compliquant la grossesse W72 Tumeur maligne avec grossesse W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse W75 Lésion traumat. et grossesse W76 Anom. congénitale et grossesse W78 Grossesse W79 Grossesse non désirée W80 Grossesse ectopique W81 Toxémie gravidique W82 Avortement spontané W83 Avortement provoqué W84 Grossesse à haut risque W85 Diabète gravidique W90 Acc. non compliqué, enfant vivant W91 Acc. non compliqué, enfant mort W92 Acc. compliqué, enfant vivant W93 Acc. compliqué, enfant mort W94 Mastite puerpérale W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation W96 Autre complication puerpérale W99 Autre maladie de la grossesse/acc.	Syst. génital féminin et sein X X01 Douleur génitale chez la femme X02 Douleur menstruelle X03 Douleur intermenstruelle X04 Rapport sexuel douloureux femme X05 Menstruation absente/rare X06 Menstruation excessive X07 Menstruation irrégulière/fréquente X08 Saignement intermenstruel X09 S/P prémenstruel X10 Ajournement des menstruations X11 S/P liés à la ménopause X12 Saignement de la post-ménopause X13 Saignement post-coïtal femme X14 Écoulement vaginal X15 S/P du vagin X16 S/P de la vulve X17 S/P du petit bassin chez la femme X18 Douleur du sein chez la femme X19 Tuméfaction/masse du sein femme X20 S/P du mamelon chez la femme X21 Autre S/P du sein chez la femme X22 Préoc. par l'apparence des seins X23 Peur d'une MST chez la femme X24 Peur dysfonction sexuelle femme X25 Peur d'un cancer génital femme X26 Peur d'un cancer du sein femme X27 Peur autre mal. génitale/sein femme X28 Limitation de la fonction/incap. (X) X29 Autre S/P génital chez la femme X70 Syphilis chez la femme X71 Gonococce chez la femme X72 Candidose génitale chez la femme X73 Trichomonase génitale femme X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme X75 Cancer du col de l'utérus X76 Cancer du sein chez la femme X77 Autre cancer génital chez la femme X78 Fibrome utérin X79 Tumeur bénigne du sein femme X80 Tumeur bénigne génitale femme X81 Autre tumeur génitale indét. femme X82 Lésion traumat. génitale femme X83 Anom. génitale congénitale femme X84 Vaginite/vulvite NCA X85 Maladie du col de l'utérus NCA X86 Frottis de col anormal X87 Prolapsus utéro-vaginal X88 Maladie fibrokystique du sein X89 Syndrome de tension prémenstruelle X90 Herpes génital chez la femme X91 Condylome acuminé chez la femme X92 Infection génitale chlamydia femme X99 Autre maladie génitale de la femme
CODES PROCÉDURE SYMPTÔMES ET PLAINTES INFECTIONS NÉOPLASMES TRAUMATISMES ANOMALIES CONGÉNITALES AUTRES DIAGNOSTICS	Système Urinaire U U01 Dysurie/miction douloureuse U02 Miction fréquente/impérieuse U04 Incontinence urinaire U05 Autre P. de miction U06 Hématurie U07 Autre S/P au sujet de l'urine U08 Rétention d'urine U13 Autre S/P de la vessie U14 S/P du rein U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire U27 Peur d'une autre maladie urinaire U28 Limitation de la fonction/incap. (U) U29 Autre S/P urinaire U70 Pyélonéphrite/pyélite U71 Cystite/autre infection urinaire	Social Z Z01 Pauvreté/P. économique Z02 P. d'eau/de nourriture Z03 P. d'habitat/de voisinage Z04 P. socioculturel Z05 P. de travail Z06 P. de non emploi Z07 P. d'éducation Z08 P. de protection sociale Z09 P. légal Z10 P. relatif au syst. de soins de santé Z11 P. du fait d'être malade/compliance Z12 P. de relation entre partenaires Z13 P. de comportement du partenaire Z14 P. du à la maladie du partenaire Z15 Perte/décès du partenaire Z16 P. de relation avec un enfant Z18 P. du à la maladie d'un enfant Z19 Perte/décès d'un enfant Z20 P. relation autre parent/famille Z21 P. comportement. autre parent/famille Z22 P. du à la mal. autre parent/famille Z23 Perte/décès autre parent/famille Z24 P. de relation avec un ami Z25 Aggression/événement nocif NCA Z27 Peur d'un P. social Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z) Z29 P. social NCA	Abréviations / ou Acc. Accouchement Anom. Anomalie Bén. Bénin (igne) CE Corps étranger Gén Généralisé(e) Incap Incapacité Indét Indéterminé(e) Loc. Localisé(e) Mal. Maladie MST Maladie sexuellement transmissible NCA Non classé ailleurs P. Problème Préoc Préoccupé(e) RAA Rhumatisme articulaire aigu S/P Symptôme ou plainte Sec. Secondaire Subs Substance Syndr Syndrome Tum. Tumeur
		Traducteurs: Michel Roland et Marc Jamouille	

ANNEXE 6

Littérature (auteurs)	Pathologies les plus fréquentes	Fréquence	10 1ers dg	20 1ers dg
Steele K (12)	Eczéma	25,50%	81%	
	Verrue	14%		
	Acné	8%		
	kératose séborrhéique	7%		
	infection bact.	6%		
	psoriasis	5,50%		
	infection fongique	4,50%		
	urticaire	4,50%		
	infection parasites	3%		
	herpès	3%		
Awadalla F and Al (16)	Eczéma	26,90%	77,10%	91%
	infection bactérienne	17,90%		
	Teigne	7,40%		
	tumeurs bénignes	4,40%		
	candidose	3,70%		
	dermatose SP	3,60%		
	Verrue	3,40%		
	tumeur maligne	3,40%		
	kyste sébacé	3,40%		
	Acné	3%		
Merenstein D and Al (36)	Eczéma	28%	77%	
	dermatophytose	11%		
	Naevus bénin	10%		
	infection bactérienne	6%		
	kératose séborrhéique	4%		
	Piqûre	4%		
	Herpès	4%		
	Verrue	4%		
	exanthème viral	3%		
	kératose actinique	3%		
Kerr and al (13)	Eczéma	22,50%	81,80%	
	infections	20,30%		
	tumeur bénigne	11,40%		
	Acné	5%		
	psoriasis	5%		
	Verrue	4,50%		
	tumeur cutané	2,50%		
Fleischer AB and Al (38)	Eczéma	15,40%	65%	
	infection bactérienne	13,70%		
	Verrue	8%		
	dermatophytose	5,40%		
	kyste sébacé	5,10%		

Notre étude :

Dermatite atopique, eczéma	11,49%	50%	71%
Candidose	7,78%		
Psoriasis	4,80%		
Verrue	4,71%		
Acné	4,25%		
Naevus	3,98%		
Cancer cutané	3,89%		
Urticaire	3,35%		
Dermatite, allergie contact	3,17%		
Gale	3,08%		
Piqûre insecte	2,99%		
Tumeur bénigne	2,35%		
Exanthème viral	2,26%		
Molluscum contagiosum	2,17%		
Dermatophytose	2,08%		
Furoncle	1,99%		
Varicelle	1,72%		
Kyste sébacé	1,72%		
Zona	1,63%		
Dermatite séborrhéique	1,63%		

Infection bactérienne 4,30%

Tableau 14: Pathologies dermatologiques les plus fréquemment rencontrées en médecine générale: données de la littérature comparées à nos résultats

RESUME

Titre : Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie.

Les problèmes dermatologiques sont fréquents en médecine générale. La variété des pathologies, les difficultés diagnostiques, les difficultés d'accès à des consultations spécialisées justifient la mise en place de nouvelles organisations des soins, comme la télé-expertise dermatologique. La description de l'activité dermatologique des médecins généralistes et du recours au spécialiste constitue un préliminaire à cette expérimentation.

Objectif principal : Décrire l'activité dermatologique des généralistes de Haute-Normandie.

Méthode : Etude épidémiologique prospective par questionnaire. L'étude s'est déroulée sur deux semaines consécutives de consultations. Les médecins investigateurs étaient chargés d'inclure chaque consultation comprenant la prise en charge d'un problème dermatologique. Des données démographiques ainsi que des données liées au diagnostic et à la prise en charge proposée étaient renseignées. Les niveaux de certitude vis-à-vis du diagnostic et de la prise en charge étaient également recueillis, ainsi que la nécessité ressentie d'un avis spécialisé.

Résultats : 78 médecins ont participé à l'étude. 66,5% exerçaient en rural ou semi-rural, 74% en cabinet de groupe. En moyenne ils étaient distants d'un dermatologue de 15 km. 82% considéraient que leurs patients avaient un accès « plutôt difficile » ou « très difficile » à une consultation de dermatologie. 1066 consultations ont été incluses. La prise en charge de patient ayant une pathologie cutanée représentait 5,7% de l'activité globale des médecins généralistes durant la période d'inclusion. Les catégories de pathologies les plus fréquentes étaient la dermatite atopique et allergie (18,9%), les infections virales (13,8%), les tumeurs bénignes ou malignes (12,8%). Les 10 pathologies les plus fréquentes représentaient 50% de l'activité de dermatologie. Le degré de certitude diagnostique était en moyenne de 8,56 sur une échelle de 0 à 10. Pour 278 consultations, le médecin a jugé nécessaire de recourir à un avis spécialisé, mais seuls 210 avis ont été effectivement demandés. Ce sont pour les tumeurs bénignes ou malignes que les médecins jugeaient le plus souvent un avis nécessaire.

Conclusion : Les problèmes dermatologiques représentent une part importante de l'activité des médecins généralistes. Plus d'une consultation sur quatre aboutit au besoin ressenti d'un avis spécialisé, justifiant ainsi de réfléchir aux moyens de favoriser la coopération entre médecins généralistes et dermatologues.

Mots clés : Médecine générale, soins primaires, dermatologie, analyse quantitative