



HAL
open science

Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes

Vanessa Bureaux

► **To cite this version:**

Vanessa Bureaux. Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00768344

HAL Id: dumas-00768344

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768344v1>

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

BUREAUX Vanessa

Née le 10 Mars 1983 à ROUEN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 Décembre 2012

**LES PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES EN
MEDECINE GENERALE : DIFFICULTES ET
PROPOSITIONS DES GENERALISTES**

PRESIDENT DE JURY	Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL
DIRECTEUR DE THESE	Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS
MEMBRES DU JURY	Madame le Docteur Catherine GIRARDIN TORDEUR
	Monsieur le Professeur Alain MERCIER
	Madame le Professeur Véronique MERLE

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^{ie} MAGARD - MM. B. MAITROT -
M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - M^{me} A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – M^{me} 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
M ^{me} Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
M ^{me} 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
M ^{me} Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. 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 cytopathologie
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive

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

MAITRES DE CONFERENCES

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

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

PROFESSEUR-AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

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

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

PROFESSEUR ASSOCIE

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

PROFESSEUR CONTRACTUEL

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

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

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

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

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

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

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,

Madame le Docteur Catherine GIRARDIN TORDEUR

Monsieur le Professeur Alain MERCIER

Madame le Professeur Véronique MERLE

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

- **A tous les médecins qui ont participé à ce travail,**

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

- **A Sophie et Stéphanie**, mes co-thésardes !

Un grand merci pour votre aide, votre motivation, votre efficacité, travailler ensemble a été un réel plaisir.

- **A tous mes proches**, famille et amis, un grand merci pour votre soutien et votre écoute.

Et plus particulièrement,

A ma mère, je te remercie de m'avoir toujours soutenue pendant ces longues années. Sans toi, je ne serais pas arrivée jusqu'ici, tu es une maman formidable, merci pour tout.

A Julien, je te remercie pour ta (grande !) patience et ton soutien pendant la préparation de ma thèse, et pour ta participation à la relecture.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABRÉVIATIONS

CEDEF	Collège des Enseignants en Dermatologie de France
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Établissement hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes
EPU	Enseignement Post-Universitaire
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
I	Installé
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
MG	Médecin Généraliste
MSU	Maître de Stage des Universités
OMG	Observatoire de Médecine Générale
R	Remplaçant
SFMG	Société Française de Médecine générale
WONCA	World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	20
II. CONTEXTE	21
1. L'activité de dermatologie en médecine générale	21
1.1. La place de la dermatologie en médecine générale	21
1.2. La typologie des pathologies dermatologiques	22
1.3. L'aisance de prise en charge des pathologies dermatologiques	23
2. La formation en dermatologie	25
2.1. Le deuxième cycle des études médicales	25
2.2. Le diplôme d'études spécialisées de médecine générale	25
3. Le référencement au dermatologue	25
3.1. La fréquence des demandes d'avis	25
3.2. Les avis souhaités selon les pathologies	26
3.3. Les facteurs influençant la demande d'avis	27
3.4. L'accessibilité aux dermatologues	27
3.4.1. L'éloignement géographique du dermatologue	28
3.4.2. Les délais de rendez-vous	28
3.5. Le parcours de soins coordonnés	29
3.5.1. La définition	29
3.5.2. Les conséquences de la réforme	29
3.6. L'offre de soins en dermatologie	30
3.6.1. La situation actuelle et l'évolution prévisible en France	30
3.6.2. La situation actuelle et l'évolution prévisible en Haute Normandie	31
4. La télémédecine	33
4.1. L'état des lieux	33
4.2. La situation en France	34
III. PROBLEMATIQUE	37

IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE	37
1. Le design de la méthode	37
2. L'organisation des focus groups	37
2.1. La sélection des participants	37
2.2. Le guide d'entretien	38
2.3. Les réunions	38
3. L'analyse des données	39
3.1. La retranscription	39
3.2. L'analyse thématique	39
V. RÉSULTATS	40
1. Les médecins participants	40
1.1. Les trois focus groups	40
1.2. Le focus group de Rouen	42
1.3. Le focus group de Neuchâtel en Bray	42
1.4. Le focus group du Havre	42
2. L'analyse	44
2.1. Les médecins généralistes et les pathologies cutanées	44
2.1.1. Des pathologies à part	44
2.1.2. Les particularités de l'examen dermatologique	44
2.1.3. Les compétences ressenties	45
2.1.4. Des difficultés variables selon les pathologies	45
2.1.5. La prise en charge thérapeutique	47
2.1.6. Les actes techniques	49
2.1.7. La formation	49
2.1.8. L'expérience	51
2.1.9. La démarche diagnostique	52
2.1.10. La gestion de l'incertitude	53
2.2. Le généraliste, le patient et sa pathologie cutanée	55
2.2.1. L'attitude du médecin traitant vis à vis du patient	55
2.2.2. Le comportement du patient	56
2.2.3. Le rapport au corps particulier	59

2.3.	Le généraliste et le dermatologue	59
2.3.1.	Les indications de la demande d'avis	59
2.3.2.	Les relations entre dermatologues et médecins généralistes	61
2.3.3.	Le parcours de soins coordonnés	64
2.4.	Les propositions des médecins généralistes	65
2.4.1.	L'amélioration de la formation	65
2.4.2.	L'éducation des patients	66
2.4.3.	Le déshabillage des patients	67
2.4.4.	Les photos dans les dossiers	67
2.4.5.	L'amélioration de l'accessibilité au dermatologue	67
2.4.6.	L'organisation des soins	68
2.4.7.	La télémedecine	68
VI.	DISCUSSION	74
1.	La méthode	74
1.1.	Le choix de la méthode	74
1.2.	Le déroulement de l'étude	75
1.2.1.	La sélection des participants	75
1.2.2.	Le guide d'entretien	75
1.2.3.	Les réunions	76
1.2.4.	La retranscription et l'analyse des données	76
2.	Les résultats	76
2.1.	Rappel des principaux résultats	76
2.2.	Les médecins généralistes et les pathologies cutanées	78
2.2.1.	Les particularités de l'examen clinique	78
2.2.2.	Des compétences ressenties variables	79
2.2.3.	La prise en charge diagnostique	80
2.2.4.	La prise en charge thérapeutique	81
2.2.5.	Les actes techniques	82
2.2.6.	Le manque de formation	83
2.2.7.	Le rôle majeur de l'expérience	84
2.2.8.	Les démarches diagnostiques	84
2.3.	Le généraliste, le patient et sa pathologie cutanée	86

2.3.1. Le rôle du médecin	86
2.3.2. L'attitude du patient	86
2.3.3. La complexité du déshabillage	88
2.4. Le généraliste et le dermatologue	89
2.4.1. Les indications de la demande d'avis	89
2.4.2. Les relations entre généraliste et dermatologue	90
2.4.3. Le parcours de soins coordonnés	91
2.5. Les propositions des généralistes	92
2.5.1. L'amélioration de la formation	92
2.5.2. L'incitation au déshabillage	93
2.5.3. Les photos dans les dossiers	93
2.5.4. La télémédecine	93
VII. CONCLUSION	100
BIBLIOGRAPHIE	101
ANNEXES	107

I. INTRODUCTION

Quel médecin généraliste ne s'est jamais senti en difficulté face à un patient présentant une pathologie dermatologique ?

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

L'activité de dermatologie en médecine générale risque de s'accroître. En effet, le nombre de dermatologues va diminuer de façon significative.

Le rôle des médecins généralistes est donc primordial dans cette discipline de la médecine.

La prise en charge de la dermatologie est globale. Elle ne comprend pas seulement la pathologie cutanée proprement dite. Elle inclut également le patient dans son ensemble. La relation médecin patient joue un rôle important dans la gestion de la maladie. La coopération avec les confrères dermatologues est souvent présente dans cette prise en charge.

Nous nous sommes intéressés au ressenti des médecins généralistes sur leur pratique en dermatologie. Nous avons souhaité connaître les différents aspects de leur prise en charge. Nous avons voulu également les interroger sur leurs propositions pour améliorer leur pratique en dermatologie.

Cette étude s'inscrit dans un projet plus global, dont l'objectif est la mise en place d'un système de télé-dermatologie en Haute Normandie.

II. CONTEXTE

1. L'activité de dermatologie en médecine générale

1.1. La place de la dermatologie en médecine générale

— en France

Peu de données existent sur la fréquence des pathologies dermatologiques en France. Le principal réseau était l'Observatoire de Médecine Générale (OMG) créé en 1992 par la Société Française de Médecine Générale (SFMG). Mais l'OMG est fermé depuis fin 2011. D'après les dernières données disponibles de 2009, les pathologies dermatologiques représentaient 3,27 % des résultats de consultation. Elles étaient classées au 23^{ème} rang des résultats de consultation (1).

Une enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques (DREES), en 2002, interrogeait les médecins généralistes libéraux sur les motifs de consultation. Les dermatoses représentaient 2,5 % des motifs de consultations (2).

L'étude sur les Éléments de la Consultation en Médecine Générale (ECOGEN) décrit les motifs de consultation en médecine générale (3). Ce programme de recherche est développé par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Le but de cette étude nationale est de décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé en médecine générale. Le recueil était réalisé par les internes, en stage supervisé, des différentes facultés de médecine française. Il était fait sur une période synchrone de 5 mois, de Décembre 2011 à Avril 2012. Les résultats seront publiés au début de l'année 2013.

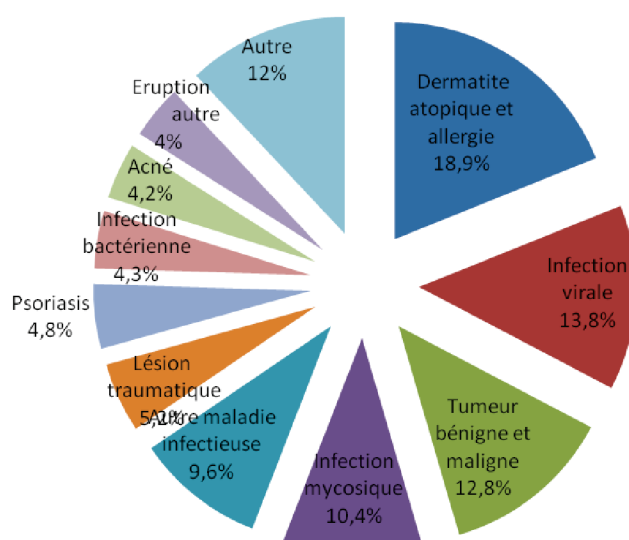
— En Haute Normandie

Les pathologies dermatologiques sont fréquentes. Elles représentent près de 6 % des consultations de médecine générale en Haute Normandie (4,5).

1.2. La typologie des pathologies dermatologiques

Selon une étude quantitative réalisée en 2011 (4), les pathologies dermatologiques les plus rencontrées en Haute Normandie étaient :

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

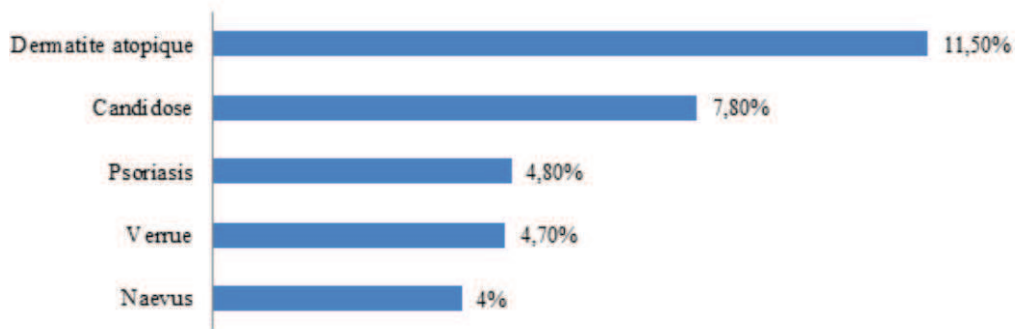


Fréquence des pathologies dermatologiques en médecine générale

Individuellement, les 5 pathologies les plus fréquentes étaient (4) :

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

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



Pathologies dermatologiques les plus fréquentes en médecine générale

Les femmes étaient plus sujettes à consulter pour une pathologie dermatologique.

Les pathologies variaient en fonction de l'âge des patients. Les pathologies les plus fréquentes chez les patients de moins de 20 ans étaient l'acné et les exanthèmes viraux. Les cancers cutanés étaient les pathologies dermatologiques les plus fréquentes chez les patients de plus de 60 ans (4).

Ces données sont concordantes avec d'autres études. En effet, dans la littérature, 3 diagnostics étaient toujours représentés dans les 10 pathologies dermatologiques les plus fréquentes : 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 (6, 7, 8).

La dermatite atopique représentait la pathologie dermatologique la plus fréquente. L'OMG, en 2009, la classait au 35^{ème} rang des résultats de consultation. Elle représentait 2,4 % des résultats de consultation (1).

Selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), 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 (9).

1.3. L'aisance de prise en charge des pathologies dermatologiques

Quatre-vingt pour cent des médecins généralistes en Haute Normandie déclaraient être plutôt à l'aise voire tout à fait à l'aise en dermatologie (4). Le degré de certitude des généralistes concernant leur diagnostic a été recueilli de façon subjective, par questionnaire, pour chaque pathologie dermatologique rencontrée. Il était en moyenne de

8,53/10. Leur degré de certitude liée à la prise en charge a été recueilli de façon similaire. Il était de 8,43/10. Une autre étude prospective retrouvait un taux similaire (6). Les généralistes déclaraient avoir une confiance relativement élevée dans leurs diagnostics, avec une moyenne des scores de confiance de 8,4/10.

Les généralistes semblaient donc avoir une confiance élevée dans leur capacité à prendre en charge les dermatoses.

La confiance diagnostique était plus élevée pour les pathologies suivantes (4) :

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

La certitude diagnostique était moins élevée pour les pathologies suivantes (4) :

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

Les degrés de certitude diagnostique augmentaient avec (4) :

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

L'aisance en dermatologie augmentait en fonction de l'âge du médecin généraliste et de la durée d'installation. On peut donc en déduire que l'expérience était un facteur important dans l'aisance de prise en charge des pathologies dermatologiques.

Les certitudes diagnostiques et de prise en charge étaient globalement corrélées. Néanmoins, pour les infections bactériennes, le psoriasis et l'acné, les médecins généralistes étaient plus confiants dans leur diagnostic que dans leur prise en charge (4).

2. La formation en dermatologie

2.1. Le deuxième cycle des études médicales

La formation en dermatologie se fait par des enseignements théoriques et un stage hospitalier (10). Un stage dans le service de dermatologie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen est ouvert pour les étudiants de deuxième cycle. Mais les places sont limitées donc tous les étudiants en médecine ne peuvent pas passer dans ce service.

Ce stage de 5 semaines comprend le service porte des urgences dermatologiques et le service hospitalier.

2.2. Le diplôme d'études spécialisées de médecine générale

La maquette du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale comprend six semestres composés de stages pratiques et d'un enseignement théorique (10). Aucun stage de dermatologie ne figure dans cette maquette de manière obligatoire. Les stages ambulatoires de médecine générale permettent de prendre en charge des patients présentant des pathologies cutanées « de ville ». Ainsi, la formation pratique est principalement délivrée lors des stages ambulatoires de médecine générale, mais elle n'est pas axée sur la dermatologie exclusivement.

La formation initiale influence la pratique du médecin généraliste. Les pathologies dermatologiques sont nombreuses, ce qui rend la formation d'autant plus importante. Or, il n'y a pas de formation pratique spécifique en dermatologie pendant les études de médecine générale.

3. Le référencement au dermatologue

3.1. La fréquence des demandes d'avis

Les médecins généralistes souhaitent avoir un avis du dermatologue pour 26,89 % des pathologies, soit dans un quart des pathologies dermatologiques (4).

Pourtant, pour un quart des avis souhaités, le médecin généraliste ne le demandait pas. Les causes citées étaient les suivantes (4) :

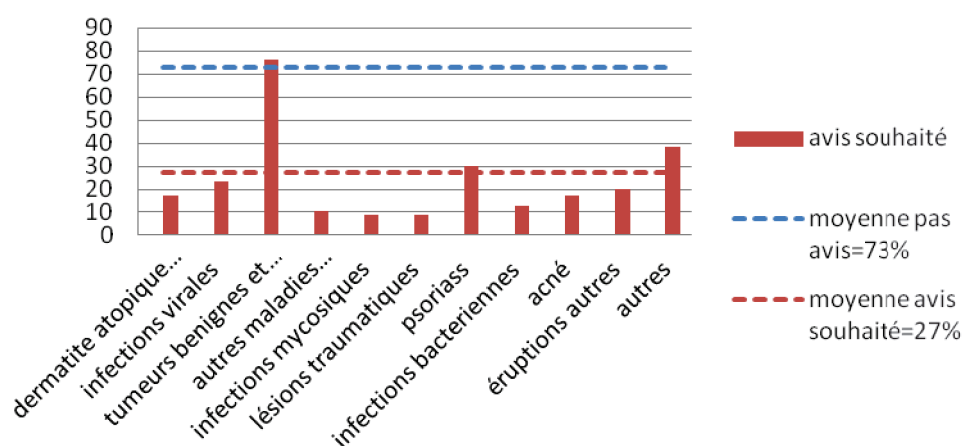
- le patient était déjà suivi par le dermatologue ;
- le patient avait déjà pris un rendez-vous chez le dermatologue ;
- le patient était réfractaire à la consultation de dermatologie ;
- le patient était adressé aux urgences directement ;
- le patient était trop éloigné géographiquement du dermatologue ;
- le médecin et/ou le patient jugeait le délai de rendez-vous trop long ;
- le médecin souhaitait voir l'évolution de la pathologie avant la consultation spécialisée. Il attendait de voir l'efficacité du traitement qu'il avait prescrit ou il attendait une guérison spontanée.

3.2. Les avis souhaités selon les pathologies

Le souhait d'avis portait principalement sur les tumeurs bénignes et malignes. Un avis était souhaité pour 76,4 % des patients présentant ce type de pathologie cutanée (4). Pour les infections virales et le psoriasis, un avis était souhaité pour, respectivement, 23,5 % et 30,2 % des patients.

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

Peu d'avis étaient souhaités pour les pathologies bactériennes (12,5 %), mycosiques (8,8 %) ou les lésions traumatiques (8,8 %) (4).



Avis du dermatologue souhaité par le généraliste selon les pathologies

3.3. Les facteurs influençant les demandes d'avis

Le souhait de demande d'avis par le généraliste était influencé par (4) :

- le degré de certitude diagnostique et de prise en charge : plus la certitude diagnostique et de prise en charge était forte, moins les médecins souhaitaient avoir un avis.
- l'accessibilité du dermatologue : plus l'accès du patient était jugé facile, plus les praticiens souhaitaient recourir au dermatologue.
- l'aisance en dermatologie : moins le médecin généraliste se sentait à l'aise en dermatologie et plus il souhaitait avoir l'avis du spécialiste.
- l'âge du patient : le souhait de recourir au dermatologue augmentait progressivement avec l'âge du patient.
- la pathologie : c'était le principal facteur influençant le recours au spécialiste. Les patients présentant une tumeur bénigne ou maligne avaient 9 fois plus de chances que les autres patients d'être adressés au dermatologue.

La demande effective d'un avis au dermatologue est influencée par (4) :

- le lieu d'exercice : 70 % des avis souhaités étaient demandés en milieu rural, contre 78,5 % en semi rural et 91 % en milieu urbain. Par contre, la distance du dermatologue n'influçait pas la demande d'avis.
- l'aisance en dermatologie : moins les médecins étaient à l'aise, plus ils demandaient un avis.
- le nombre de consultations de dermatologie : plus les médecins voyaient de patients ayant une pathologie dermatologique, plus ils demandaient un avis spécialisé.

3.4. L'accessibilité au dermatologue

Quatre-vingt pour cent des médecins généralistes estimaient que l'accès par leur patient au dermatologue était plutôt voire très difficile. La difficulté augmentait avec la distance du dermatologue (4).

3.4.1. L'éloignement géographique du dermatologue

Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), en 2006, la distance moyenne d'accès à un dermatologue, au niveau national, était de 5 889 mètres. En 2007, les spécialistes libéraux et les disciplines hospitalières les plus courantes étaient accessibles en moyenne en moins de 20 minutes. Le temps moyen d'accès aux dermatologues libéraux était de 12 minutes. Quarante pour cent de la population accédaient aux dermatologues libéraux en moins de 30 minutes, et aux dermatologues hospitaliers en moins de 50 minutes. La Haute-Normandie faisait partie des régions où les difficultés d'accès étaient les plus importantes (11).

Dans l'étude réalisée par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) en 2011 (12), 87 % des personnes interrogées jugeaient les médecins spécialistes assez ou très mal répartis sur le territoire. Vingt huit pour cent des patients déclaraient avoir déjà renoncé à des soins à cause de l'éloignement géographique du spécialiste.

En Haute Normandie (4), le dermatologue était distant du médecin généraliste en moyenne de 14,7 km, la distance variant de 200 m à 50 km. Vingt pour cent des médecins généralistes exerçaient 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 quand on s'éloignait des unités urbaines.

3.4.2. Les délais de rendez-vous

Selon l'enquête de l'IFOP, sur 1 001 patients interrogés, 46 % jugeaient l'accès au dermatologue assez voire très difficile. Les patients évaluaient à 34,8 jours les délais d'attente chez le dermatologue, avec des délais réels de 25,2 jours. Ces délais étaient estimés pour des motifs non urgents (12).

Une enquête téléphonique auprès des secrétariats de 67 dermatologues libéraux de Haute Normandie a été effectuée en avril 2011 (annexe 1).

Cette enquête retrouvait un délai moyen de rendez-vous de 64 jours si le rendez-vous était demandé par le patient. Ce délai était semblable selon les lieux d'exercice du dermatologue, urbain ou semi rural.

Lorsque le médecin généraliste appelait le secrétariat d'un dermatologue, les délais étaient plus courts :

- 16 % (10) : dans la journée.
- 19,5 % (12) : dans les 3 jours.
- 45 % (28) : dans la semaine.
- 1,7 % (1) : dans le mois.
- 14,5 % (9) : les secrétaires transmettaient la communication au dermatologue qui définissait le délai selon le motif de l'appel.
- 3,3 % (2) : non renseignés.

Les médecins généralistes déclaraient obtenir un rendez vous dans la semaine dans deux tiers des cas s'ils faisaient la demande eux mêmes (4).

3.5. Le parcours de soins coordonnés

3.5.1. La définition

La réforme du parcours de soins coordonnés est née avec la loi DOUSTE-BLAZY du 13 Août 2004. Le parcours de soins coordonnés est entré en application le 1^{er} Juillet 2005. Il impose à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant de son choix. Le médecin traitant est alors le coordinateur du parcours de soins. Le patient doit s'adresser à lui en premier recours. Le médecin traitant peut, s'il le juge nécessaire, orienter son patient vers un autre professionnel de santé. L'assuré bénéficie ainsi d'un remboursement à taux plein. Si le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le montant de ses remboursements est amputé de 30 %. Mais l'accès direct peut se faire sans pénalité de remboursement dans les cas suivants : en cas d'urgence, pour les consultations en ophtalmologie, gynécologie, odontologie et en psychiatrie pour les moins de 26 ans (13).

3.5.2. Les conséquences de la réforme

- Avant la réforme

Trente six pour cent des séances de spécialistes résultaient d'un accès direct du patient.

Il existait d'importantes différences selon les spécialités. Pour les dermatologues, les ophtalmologues et les gynécologues, l'accès se faisait 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 (14).

Selon une étude de l'INSEE publiée en 2000 (15), 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 en premier recours.

– Suite à la réforme

L'accès direct était deux fois moins important toutes spécialités confondues et quatre fois moins fréquent pour les spécialités n'ayant pas de recours direct spécifique (14).

L'accès direct chez le dermatologue est passé de 61 % à 41 %, soit une baisse de 33 % entre 2004 et 2006.

3.6. L'offre de soins en dermatologie

3.6.1. La situation actuelle et l'évolution prévisible en France

Selon la DREES, au 1^{er} Janvier 2012, la France comptait 216 762 médecins en activité dont 101 896 médecins généralistes et 4 100 dermatologues (16).

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

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

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

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

- 1,4 % dans les communes rurales de moins de 5 000 habitants ;
- 6,8 % dans les communes de 5 000 à moins de 20 000 habitants ;

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

L'âge moyen des dermatologues était de 52,4 ans. Les femmes représentaient 66,7 % des dermatologues (16).

Le scénario tendanciel prévoit une baisse des médecins toutes spécialités confondues de 10,6 % de 2006 à 2030. Les médecins généralistes devraient diminuer de 9,1 % contre 12,2 % pour les autres spécialités médicales (17).

En zone à dominante rurale, on prévoit une baisse de 20 % des généralistes et de 51 % des autres spécialités. Ainsi, dans les zones rurales n'exerceraient plus que 6 % des médecins. Au contraire, dans les zones urbaines avec CHU, exerceraient 71 % des spécialistes (17).

L'évolution démographique prévisionnelle des dermatologues semble défavorable. Les dermatologues devraient baisser de 32 % d'ici 2030 (17). Les femmes devraient représenter 82,7 % des dermatologues en 2030 contre 66,7 % en 2012.

L'évolution démographique défavorable et la féminisation importante tendent à accentuer la diminution du temps médical disponible. En effet, comme le montre l'étude de la DREES sur l'emploi du temps des médecins libéraux, la grande majorité des médecins libéraux travaillant à temps partiel sont des femmes. Elles travaillent moins de jours (10% de moins), moins d'heures par semaine (10 heures de moins en moyenne) et réalisent moins d'actes par jour (20 % de moins) que les hommes (18).

3.6.2. La situation actuelle et l'évolution prévisible en Haute Normandie

D'après la DREES en 2012, en Haute Normandie, parmi les 5 040 médecins en activité, on comptait 2 522 médecins généralistes et 80 dermatologues (16).

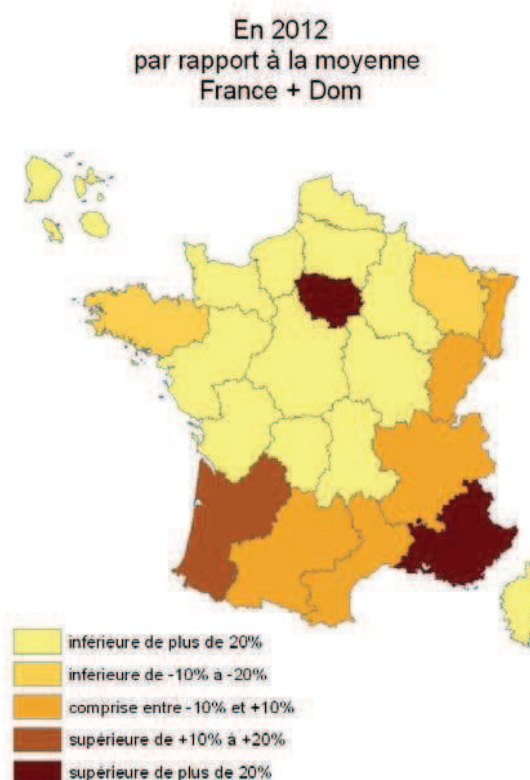
Les dermatologues se répartissaient de la façon suivante :

- 75 % (60) en cabinet ;

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

Selon le site AMELI, les données étaient un peu différentes. Il comptait 65 dermatologues exerçant en milieu libéral. Ces différences pouvaient être expliquées par des activités mixtes, libérales et hospitalières, pour certains dermatologues (19).

Selon l'IRDES, la région était sous dotée en dermatologues par rapport au reste de la France. En effet, la densité moyenne de dermatologues en haute Normandie était inférieure de plus de 20 % à la moyenne nationale (16) :



Densités régionales des dermatologues par rapport à la densité moyenne nationale

La moyenne d'âge des dermatologues était de 51,7 ans. Les femmes représentaient 60% des dermatologues (16).

En Haute Normandie, on prévoit une hausse légère de 1,2 % des médecins toutes

spécialités confondues entre 2006 et 2030. Mais la population va augmenter de 2 % donc la densité médicale baissera de 0,7 %. Aucune prévision ne distingue les spécialités en Haute Normandie (17).

4. La télémédecine

4.1. L'état des lieux

La télémédecine apparaît aujourd'hui comme l'un des moyens de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Elle répond ainsi à l'évolution démographique médicale. Elle représente une solution pour palier à une répartition inégale des soins. Elle semble également intéressante pour réduire les coûts médicaux liés aux déplacements et au suivi itératif des patients (20).

L'histoire de la télémédecine a débuté dans les années 60 aux États-Unis. En 1965 a eu lieu la première visioconférence en chirurgie cardiaque entre les États-Unis et la Suisse. En 1973, le premier congrès international sur la télémédecine s'est tenu au Michigan. Les résultats n'étaient alors pas satisfaisants par manque de moyens technologiques, du fait de coûts trop élevés et d'une mauvaise organisation.

Dans les années 80 en Norvège, un développement de la télémédecine a été observé grâce aux avancées technologiques.

Suite à ces progrès, d'autres pays ont développé des programmes de télémédecine, notamment les États-Unis, l'Australie, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, Hong-Kong et la France. Dès 1995, aux États-Unis, cette nouvelle pratique a permis l'amélioration de la qualité des soins dans les prisons et dans les zones rurales mal desservies (20).

Selon la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009, la télémédecine se définit comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de

préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. (...). » (Article L6316-1 du code de la santé publique) (20).

Les actes de télémédecine comprennent (20) :

- La télé-consultation. Elle permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical.
- La télé-expertise. Elle permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux.
- La télé-surveillance médicale. Elle permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.
- La télé-assistance médicale. Elle permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

4.2. La situation en France

En France, le déploiement national de la télémédecine est actuellement en cours d'élaboration. Les chantiers prioritaires sont l'imagerie médicale, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, le milieu carcéral, les maladies chroniques, les hospitalisations à domicile (20).

La dermatologie étant une discipline principalement visuelle, l'application de la télémédecine paraît intéressante dans ce domaine. Elle peut ainsi faciliter l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Elle peut garantir l'accessibilité et répondre aux évolutions démographiques défavorables.

Les études expérimentales et pilotes conduites en France au cours des dix dernières années montraient une grande hétérogénéité sans avancée franche (manque de structurations, financements non pérennes, abandons d'applications, absence d'évaluations médico-économiques, etc...) (20).

Différents projets de télé-dermatologie ont vu le jour en France :

– La télémédecine en Midi-Pyrénées. (21)

C'est une des premières régions où la télémédecine s'est développée en France. Elle s'est étendue en 2000 en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle permettait aux patients d'accéder plus facilement à des consultations spécialisées via un système de visioconférence. Elle limitait ainsi les déplacements de personnes fragiles. Les pathologies concernées étaient variées et comprenaient les dermatoses, en particulier les plaies chroniques.

La télé-consultation nécessitait environ 40 minutes. Ce système permettait d'améliorer les compétences du médecin généraliste et des infirmières mais également leur connaissance du patient. Mais il nécessitait une charge de travail supplémentaire pour les professionnels de santé. Le matériel était fourni par le réseau Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) télésanté de Midi-Pyrénées. Il n'y avait pas de rémunération spécifique des actes de télémédecine réalisés dans ce projet. Les télé-consultations réalisées à l'EHPAD étaient facturées comme des consultations standards, par le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Les difficultés étaient donc l'absence de financement spécifique hormis le matériel et la nécessité de temps. Ce projet n'a pas eu d'évaluation pour le moment.

– l'e-diagnostic à Besançon (22)

L'expérimentation d'e-diagnostic en dermatologie s'est déroulée pendant six mois, de juillet à décembre 2010, dans le Doubs. Elle consistait à doter chaque infirmière participant au projet et visitant les personnes âgées, à leur domicile ou en maison de retraite, d'une valise de diagnostic dermatologique à distance comprenant un appareil photo, un mini-PC et un lecteur de carte Vitale. Les clichés pris par l'infirmière étaient transmis automatiquement, en temps réel, au CHU voisin. Elles étaient ensuite analysées en temps différé par un expert dermatologue. Le projet se poursuit, mais n'a pas eu d'évaluation à ce jour.

– le réseau de Télémédecine Appliquée aux Plaies (TELAP) à Caen (23)

Ce système permettait un suivi thérapeutique des plaies au domicile du patient. Il avait pour but de maintenir le patient à domicile, de réduire le temps d'hospitalisation. Une infirmière et un médecin experts communiquaient avec l'infirmière libérale vocalement et visuellement.

Ce projet était financé par la région, l'État et l'Europe. Le projet a débuté en Mars 2011 avec le recrutement des patients et en utilisant des photographies analysées en différé. Le projet se fera ensuite avec du matériel adapté, c'est à dire avec des tablettes portatives pour une communication visuelle en direct, fin 2012.

- La télé-consultation de plaies chroniques entre les centres hospitaliers de Saint-Brieuc et de Paimpol (24)

Elle a débuté en 2008. Ces deux hôpitaux étaient distants de 50 km. Le chirurgien vasculaire présent qu'un seul jour par semaine sur le site de Paimpol et la demande croissante des patients a conduit, après une phase d'évaluation technique et médicale, à mettre en place un complément de consultation des patients externes via la télémédecine. Cette organisation reposait sur l'intervention synchronisée d'une infirmière experte sur le site de Paimpol et d'un chirurgien spécialisé sur Saint Brieuc. L'infirmière filmait la plaie grâce à un chariot mobile permettant une consultation en visioconférence sur lequel apparaissait le chirurgien. La station de visioconférence coûtait 1 000 euros. Le financement reposait sur une consultation externe classique. Les résultats de l'évaluation avaient montré que la télémédecine permettait :

- Une limitation des déplacements des patients. Il fallait compter 1h30 pour le trajet aller retour de Paimpol à Saint Brieuc et 200 euros de frais de transport.
- Un meilleur suivi des patients.
- Une optimisation du temps consacré au patient (consultations programmées et organisées).

Ces systèmes de télé-dermatologie se sont développés essentiellement pour la prise en charge des plaies entre services hospitaliers ou EHPAD. A ce jour, aucun système de télémédecine ne s'est développé en médecine générale libérale en France.

III. PROBLEMATIQUE

La dermatologie est fréquente en médecine générale. Les généralistes se sentent plutôt à l'aise en dermatologie mais souhaitent un avis du dermatologue dans un quart des cas. L'accessibilité difficile au dermatologue et la démographie médicale défavorable compliquent le référencement et renforcent le rôle essentiel du généraliste dans cette discipline.

Ainsi, nous avons voulu identifier les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies dermatologiques et leurs propositions pour y remédier.

IV. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Le design de la méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative par focus groups. C'est une technique d'entretien par groupes qui permet de collecter des informations sur un sujet cible. Elle est basée sur un entretien collectif, interactif, de 4 à 12 personnes. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées. L'entretien dure environ 2 heures avec une demi-douzaine de questions maximum.

La discussion est libre mais focalisée sur le sujet étudié.

Un questionnaire ciblé sur le sujet est réalisé avant la réunion et sert de guide d'entretien grâce à des questions ouvertes (25, 26).

2. L'organisation des focus groups

2.1. La sélection des participants

Trois focus groups ont été réalisés en Haute Normandie. Un nombre minimum de 7 participants par réunion était nécessaire.

L'objectif de la sélection était d'effectuer un échantillonnage raisonné des médecins généralistes. Nous les avons donc choisis selon plusieurs critères :

- leur mode d'exercice (installé, remplaçant) ;
- leur lieu d'exercice (proximité du dermatologue) ;
- leurs caractères intrinsèques (âge, sexe).

Nous avons sélectionné d'abord les médecins généralistes parmi ceux ayant participé à l'étude quantitative sur les pathologies dermatologiques (4).

Puis nous avons poursuivi le recrutement par effet boule de neige.

2.2. Le guide d'entretien (annexe 2)

Nous avons réalisé un questionnaire avec trois questions ouvertes et des questions intermédiaires de relance.

La première partie portait sur les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant un problème dermatologique.

La deuxième partie questionnait les médecins sur leurs propositions pour améliorer la prise en charge des pathologies dermatologiques.

Le guide d'entretien a été modifié au fur à mesure des focus groups.

Avant de débiter le focus group, il a été demandé aux participants de préciser leurs caractéristiques suivantes :

- leur âge ;
- leur nombre d'années d'installation ;
- leur mode d'exercice (remplaçant, installé, en groupe, seul) ;
- la distance du dermatologue le plus proche.

2.3. Les réunions

Les focus groups ont été réalisés de Février à Mars 2012.

Le 1^{er} focus group a été réalisé à Rouen le 7 Février 2012 dans une salle de réunion de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

Le 2^{ème} focus group a été réalisé à Neufchâtel en Bray le 20 Février 2012 dans une salle de réunion de l'hôpital.

Enfin, le 3^{ème} focus group a été réalisé au Havre le 27 Mars 2012 dans un cabinet de médecins généralistes.

Les participants ont donné leur accord pour la retranscription de tout ce qui s'était dit pour l'analyse ultérieure des données. L'anonymat des participants a été garanti avant de débiter les réunions.

Les focus groups ont été enregistrés intégralement grâce à un dictaphone numérique.

Nous avons noté les gestes, attitudes pouvant avoir une signification pour l'analyse des données.

3. L'analyse des données

3.1. La retranscription

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot dans les jours suivant l'enregistrement. Le texte a été annoté des réactions des médecins (rires, acquiescement..) pour une analyse plus précise. Les paroles de chaque intervenant ont été individualisées en utilisant un codage spécifique : médecin généraliste (MG) 10 à MG19 pour le premier focus group, MG21 à MG29 pour le deuxième et MG31 à MG37 pour le troisième.

3.2. L'analyse thématique

Les données retranscrites ont été analysées de Mars à Mai 2012.

La première analyse a été réalisée peu de temps après le premier entretien et avant le deuxième focus group.

La technique d'analyse a consisté d'abord à effectuer un codage axial des verbatims. Chaque verbatim a été classé dans une catégorie représentant l'idée véhiculée. Une partie de texte pouvait contenir plusieurs idées et ainsi être classée dans plusieurs catégories différentes. Ces catégories ont été ensuite regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées.

La construction de cet arbre a été progressive et évolutive, constamment enrichie par les nouveaux verbatims.

Pour faciliter ce travail, nous avons utilisé Nvivo, un logiciel d'analyse qualitative (27).

L'analyse a été triangulée pour chaque focus group. En effet, deux personnes réalisaient

l'analyse puis une troisième effectuait la relecture.

V. RÉSULTATS

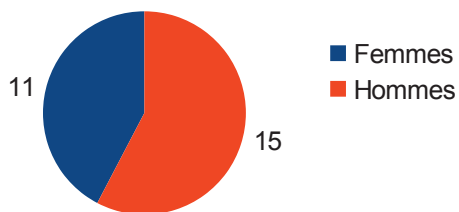
1. Les médecins participants

1.1. Les trois focus groups

Vingt-six médecins généralistes Haut Normands ont participé à l'étude.

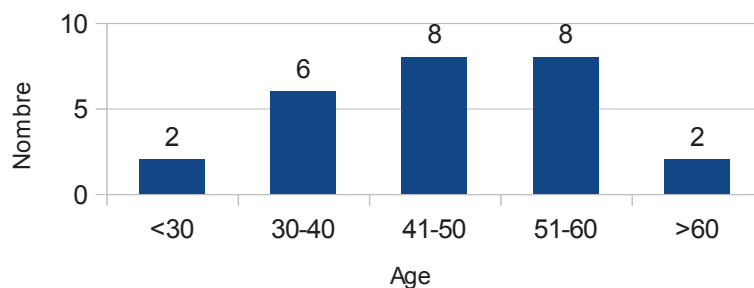
Le sex ratio était de 1,36.

Répartition femmes/hommes



L'âge des participants s'étendait de 28 ans à 67 ans avec une moyenne de 44,9 ans.

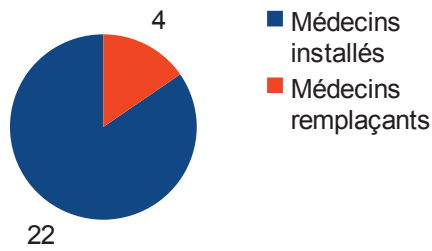
Age des médecins



Le nombre d'années d'installation allait de 1 an à 36 ans (moyenne de 16,4 ans).

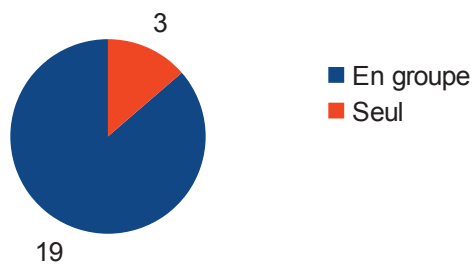
Quatre médecins étaient remplaçants.

Mode d'exercice



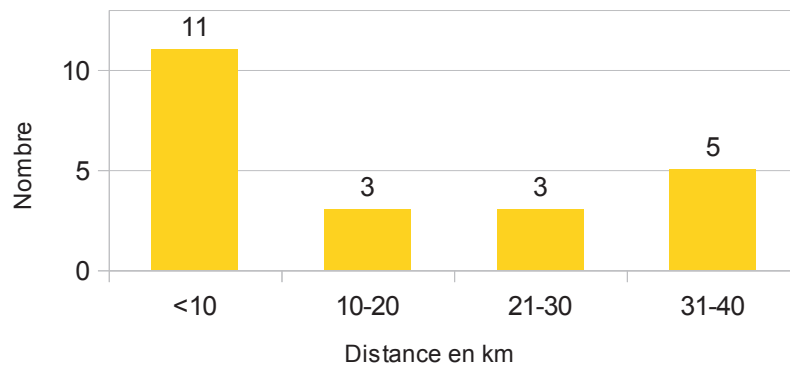
Vingt-deux médecins sur 26 étaient installés. Dix-neuf exerçaient en groupe, soit 86 %. Et 11 étaient maîtres de stage des universités (MSU), soit 50 % des médecins installés.

Mode d'exercice des médecins installés



La distance du dermatologue le plus proche variait de 0,5 km à 40 km, pour une moyenne de 16,3 km.

Distance du dermatologue (Médecins installés)



1.2. Le focus group de Rouen

Dix médecins généralistes ont participé à ce focus group.

Le sex ratio était de 1. L'âge des participants s'étendait de 28 ans à 67 ans. La moyenne d'âge était de 45,5 ans.

Le nombre d'années d'installation variait de 1 an à 36 ans, pour une moyenne de 15,8 ans.

Un médecin était remplaçant. Parmi les 9 médecins installés, tous exerçaient en groupe et 6 étaient MSU.

La distance du dermatologue le plus proche variait de 1 km à 25 km. La moyenne était de 5 km.

Caractéristiques des médecins	Moyenne/Pourcentage
Age	45,5 ans
Femmes	50 %
Hommes	50 %
Nombre d'années d'installation	15,8 ans
Exercice en groupe	100 %
MSU	66,7 %
Distance du dermatologue	5 km

1.3. Le focus group de Neufchâtel en Bray

Neuf médecins généralistes ont participé à ce focus group.

Il y avait 5 femmes et 4 hommes.

L'âge des participants s'étendait de 30 ans à 56 ans avec une moyenne de 41,4 ans.

Le nombre d'années d'installation allait de 1 an à 30 ans, pour une moyenne de 14,7 ans.

Deux médecins étaient remplaçants. Parmi les 7 médecins installés, 6 exerçaient en groupe et 2 étaient MSU.

La distance du dermatologue le plus proche variait de 25 km à 40 km, pour une moyenne de 35,7 km.

Caractéristiques des médecins	Moyenne/Pourcentage
Age	41,4 ans
Femmes	55,5 %
Hommes	44,5 %
Nombre d'années d'installation	14,7 ans
MSU	28,6 %
Distance du dermatologue	35,7 km

1.4. Le focus group du Havre

Sept médecins généralistes ont participé à ce focus group.

La réunion comprenait 1 femme et 6 hommes. L'âge des participants s'étendait de 29 ans à 61 ans avec une moyenne de 48,6 ans.

Le nombre d'années d'installation s'étendait de 9 ans à 30 ans, pour une moyenne de 19,2 ans.

Un médecin était remplaçant.

Parmi les 6 médecins installés, 5 exerçaient en groupe et 3 étaient MSU.

La distance du dermatologue le plus proche variait de 0,5 km à 20 km, pour une moyenne de 10,6 km.

Caractéristiques des médecins	Moyenne/Pourcentage
Age	48,6 ans
Femmes	14,3 %
Hommes	85,7 %
Nombre d'années d'installation	19,2 ans
MSU	42,8 %
Distance du dermatologue	10,6 km

2. L'analyse des focus groups

2.1. Les médecins généralistes et les pathologies cutanées

2.1.1. Des pathologies à part

Les pathologies cutanées étaient décrites comme des pathologies à part.

Le diagnostic semblait quasi exclusivement visuel.

« C'est uniquement un diagnostic visuel. » (MG27, I (installé), D¹, 56 ans)

Peu d'aides diagnostiques existaient pour la dermatologie en médecine générale (dermatoscope, biopsie).

« Ce qui est dommage, c'est peut-être que l'on manque de moyens diagnostiques. Peut-être à nous d'y réfléchir : le dermatoscope ? Pourquoi on ne fait pas de biopsie ? » (MG27, I, D, 56 ans)

Contrairement aux autres disciplines, les recommandations semblaient peu nombreuses.

« Effectivement ce qui est compliqué, c'est que, par opposition au frottis, il n'y a pas de recommandation systématique. » (MG12, I, d², 42 ans)

2.1.2. Les particularités de l'examen dermatologique

La consultation de médecine générale était caractérisée par la multiplicité des motifs de consultation.

« Le problème, c'est que c'est tout à fait exceptionnel que l'on ait un motif de consultation. » (MG11, I, d, 67 ans)

L'examen cutané semblait non prioritaire dans la consultation.

« On est en retard, et on se dit qu'il faut voir la vaccination. Mais la dermato, on verra plus tard, donc c'est un sujet qui est secondaire. » (MG16, I, d, 28 ans)

1 D : distance du dermatologue supérieur à 15 km

2 d : distance du dermatologue inférieure à 15 km

Les médecins ne prenaient pas l'habitude de déshabiller les patients.

« Je m'aperçois qu'on prend l'habitude de les déshabiller de moins en moins. » (MG37, I, D, 55 ans)

L'examen clinique dermatologique était décrit comme chronophage.

« Je pense que c'est trop chronophage aussi, parce que examiner tous les grains de beauté chez quelqu'un qui en a des multiples étendus sur toute la peau, ça prend un temps fou. » (MG10, I, d, 47 ans)

2.1.3. Les compétences ressenties

Les compétences ressenties en dermatologie étaient variables selon les médecins.

« Je trouve que la dermatologie du point de vue diagnostique, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas beaucoup de difficultés. » (MG27, I, D, 56 ans)

« J'ai de grosses lacunes en dermato, donc forcément, au quotidien, ça pose des problèmes » (MG28, I, D, 44 ans)

Ils éprouvaient des difficultés pour décrire les lésions élémentaires. Les termes sémiologiques leur faisaient défaut.

« La description clinique sémiologique nous met tous assez mal à l'aise, " lésions érythémato-pultacées squamo-machin ". On est tous emmerdés quand on écrit une lettre à un dermato, parce qu'on a toujours l'impression de mettre des grosses bêtises, non ? » (MG18, I, d, 55 ans)

Certains médecins ressentaient un manque d'attrait pour la dermatologie.

« Moi, en fait, je n'aime pas du tout la dermatologie. » (MG28, I, D, 44 ans)

2.1.4. Des difficultés variables selon les pathologies

2.1.4.1. Les pathologies posant peu de problèmes diagnostiques

Les pathologies suivantes ne posaient, en général, pas de problème diagnostique :

- l'eczéma ;
- le psoriasis ;

- les pathologies infectieuses ;
- le pityriasis rosé de Gilbert ;
- l'urticaire ;
- l'acné ;
- les dermatoses bulleuses.

« Le pityriasis rosé de Gilbert, je trouve que c'est tellement simple, ça ne me pose pas de problème diagnostic. » (MG19, I, d, 56 ans)

« Quand c'est des problèmes infectieux, ça ne pose pas de problème. » (MG31, I, d, 61 ans)

Pour les dermatoses fébriles de l'enfant, les difficultés diagnostiques étaient variables.

« C'est vrai que chez un petit gamin qui a une lésion dermato fébrile, je suis fébrile moi aussi, si je n'ai pas de diagnostic, je suis fébrile, oui. » (MG10, I, d, 47 ans)

« Il semble facile d'identifier des éruptions virales chez l'enfant avec de la fièvre. » (MG21, I, D, 56 ans)

2.1.4.2. Les difficultés diagnostiques

Les pathologies posant des problèmes diagnostiques étaient les suivantes :

- les lésions pigmentées de la peau, en particulier le mélanome. Ces pathologies posaient plus de problèmes diagnostiques que les autres dermatoses.

« Ce qui est difficile pour moi, ce sont les grains de beauté, les mélanomes : c'est ma grande difficulté. Je suis toujours embêté. » (MG19, I, d, 56 ans)

Le dépistage cutané leur posait problème. Ils doutaient de leur capacité à différencier les différentes lésions pigmentées. Par conséquent, ils avaient l'impression de négliger la prévention et d'adresser systématiquement au dermatologue les plaintes concernant les naevi.

« Je ne suis pas certain de la compétence que je peux avoir sur le diagnostic d'un mélanome, seulement avec mes yeux. (...) Je ne me sens peut-être pas capable d'affronter la peau du patient dans sa totalité et de porter un diagnostic. » (MG10, I, d, 47 ans)

« Je devrais plus dépister les gens, je ne le fais pas assez et en plus j'estime mal le faire,

donc je passe la main systématiquement pour toute plainte sur un naevus même si ça me paraît parfaitement bénin. » (MG25, R (remplaçant), 30 ans)

- les pathologies rares et atypiques.

« Est-ce qu'il y a des pathologies qui posent plus problème ? Bah ce qu'on ne rencontre pas couramment, des choses que tu n'as pas déjà vues. » (MG34, I, d, 42 ans)

- Les pathologies des migrants. Elles étaient peu connues.

« Les migrants qui ont une peau noire, ça peut poser des gros problèmes aussi. Ce sont des pathologies que je ne connais pas très bien. » (MG10, I, d, 47 ans)

- La gale. Le diagnostic semblait difficile car elle présentait des tableaux cliniques souvent différents.

« J'ai eu un cas, c'était une gale. C'était pas du tout évident, et elles le sont de moins en moins. » (MG37, I, D, 55 ans)

- Les toxidermies.

« Ce qui ressemble à des toxidermies ou des choses comme ça, tout ce fatras de lésions érythémato-squameuses qui évoluent de semaines en semaines, qui passent parfois par des biopsies... Là, je sais d'emblée que je ne suis pas bon. » (MG21, I, D, 56 ans)

2.1.5. La prise en charge thérapeutique

2.1.5.1. Les traitements médicamenteux

Des traitements " tests " étaient essayés en cas d'incertitude diagnostique. Le délai long de rendez-vous chez le dermatologue expliquait cette pratique.

« On essaie puisque de toute manière, ils vont voir le dermato 4 mois après, ou ils sont guéris, ou on se retrouve devant une impasse. » (MG32, I, d, 60 ans)

En cas de doute diagnostique, les principaux traitements d'épreuve étaient les dermocorticoïdes. En effet, ils représentaient le traitement de base de nombreuses dermatoses.

« Bon, la plupart du temps, ça finit toujours par un corticoïde alors qu'on aimerait bien

savoir. » (MG31, I, d, 61 ans)

Mais certains médecins craignaient les effets secondaires des dermocorticoïdes. Cette peur était liée aux avertissements donnés pendant les études.

« Pendant nos études, on nous effrayait avec les dermocorticoïdes en nous disant “attention les surrénales, les machins, les trucs”. On n’osait pas. » (MG18, I, d, 55 ans)

2.1.5.2. Les difficultés thérapeutiques

Les principales pathologies posant des problèmes thérapeutiques étaient les suivantes :

- les pathologies chroniques en général. Les médecins avaient notamment des difficultés à traiter les ulcères et les urticaires.

« La prise en charge thérapeutique, c’est pas toujours facile sur des trucs récidivants, des traitements chroniques, ça, c’est les difficultés qui peuvent me faire consulter un dermato. » (MG18, I, d, 55 ans)

« Les ulcères chroniques me posent plus de problèmes que les mélanomes [tout le monde acquiesce]. Là, des fois je ne sais pas faire. » (MG13, I, D, 45 ans)

« C’est l’urticaire chronique, des formes d’urticaire où on a essayé tous les anti-histaminiques et on n’y arrive pas. » (MG36, I, D, 51 ans)

- la gale. L’observance du traitement était jugée difficile à cause du coût du traitement.

- le molluscum contagiosum. La difficulté thérapeutique était liée à l’extension possible du molluscum.

« J’ai eu le cas d’une petite fille qui avait des molluscums partout, je ne pouvais pas faire grand-chose. » (MG25, R, 30 ans)

La difficulté thérapeutique générait de l’angoisse pour le médecin. Il craignait de ne pas pouvoir soulager son patient.

« Mon inquiétude, c’est plus ne pas être capable de soulager mieux les patients. » (MG24, I, D, 49 ans)

2.1.6. Les actes techniques

Les verrues étaient habituellement traitées par les généralistes.

« Les verrues, on les soigne nous-mêmes. » (MG18, I, d, 55 ans)

Ils réalisaient peu d'actes techniques. Les biopsies étaient réalisées par les dermatologues.

Les généralistes faisaient de moins en moins de sutures, ce qu'ils regrettaient. Ils expliquaient cela par le manque de temps.

« Je faisais beaucoup de sutures et de choses comme ça, j'adorais faire ça mais je te dis, le problème, c'est bouffeur de temps. » (MG31, I, d, 61 ans)

2.1.7. La formation

2.1.7.1. La formation hospitalo-universitaire

La formation hospitalo-universitaire était jugée inadaptée selon les médecins.

« Je pense que, toujours actuellement, la dermatologie est extrêmement mal enseignée à la faculté de médecine de Rouen. » (MG36, I, D, 51 ans)

La formation hospitalière n'apprenait pas aux étudiants les pathologies rencontrées en ville.

« Le problème, en dermatologie de ville, c'est qu'il y a 50 % de choses que l'on a jamais vues quand on sort de l'hôpital. » (MG11, I, d, 67 ans)

La formation pratique en dermatologie était inégale. Tous les étudiants ne pouvaient pas passer en stage hospitalier de dermatologie.

« Je n'ai pas eu la chance de passer en dermatologie. » (MG33, R, 29 ans)

L'apprentissage de la dermatologie " de ville " se faisait principalement pendant le stage d'interne avec le MSU.

« La vraie dermatologie que j'ai vue, c'était en stage de médecine générale avec les pratiques de mes praticiens, du coup j'ai gardé à peu près les mêmes. » (MG33, R, 29 ans)

2.1.7.2. La formation continue post-universitaire

Contrairement aux autres disciplines, la formation continue en dermatologie était jugée insuffisante.

« Les EPU [enseignements post-universitaires] de dermatologie, j'ai dû en avoir 2 en 20 ans. Par contre, en rhumatologie j'en ai plein, en diabétologie, c'est continu, en psy, c'est tout le temps, en cardiologie, c'est assez fréquent, mais en dermatologie, c'est rarissime. » (MG31, I, d, 61 ans)

Les avis concernant les formations étaient variables. Certaines formations étaient appréciées alors que d'autres semblaient inadaptées pour la pratique de ville (pathologies hospitalières).

« Il y a une déléguée de chez nous qui nous avait fait des ateliers de dermato. J'avais participé à quelques-uns et c'était intéressant parce qu'on a vu des pathologies qui m'ont servi au cabinet. » (MG34, I, d, 42 ans)

« On lui avait demandé de nous faire une formation sur des urgences relatives en dermatologie et il nous a sorti des pathologies que je ne savais même pas que ça existait. » (MG14, R, 30 ans)

La formation se faisait aussi de façon individuelle (internet, livres).

« Tu as quand même des sites dermatologiques. Moi, ça m'a aidé dans certains diagnostics et c'est fait par les dermatologues. » (MG35, I, d, 42 ans)

« Au cabinet, on a un bouquin de dermato qui est très bien fait, avec de superbes photos, ça, c'est pas mal aussi. Au fil du temps, on acquiert du savoir. » (MG19, I, d, 56 ans)

L'exercice en groupe était l'occasion de bénéficier de formations " sur le terrain ".

« C'est l'intérêt des cabinets de groupe où on peut faire des staffs de dermatologie, souvent de manière informelle. » (MG23, R, 33 ans)

La formation par des échanges à plusieurs était préférée à la formation individuelle.

« Je pense qu'une formation seule, ça ne sert à rien. On n'apprend rien tout seul, on apprend dans l'échange. » (MG25, R, 30 ans)

2.1.8. L'expérience

2.1.8.1. L'élaboration de l'expérience

L'expérience au fil du temps représentait le meilleur apprentissage en dermatologie.

L'expérience se constituait principalement grâce à la fréquence des pathologies.

« Un médecin généraliste, à force de voir ça, il va s'améliorer et se former. » (MG24, I, D, 49 ans)

Au contraire, les pathologies rares restaient plus difficiles à prendre en charge.

Le suivi des patients permettait aux médecins d'enrichir leurs connaissances.

« On est toujours en formation. On est en formation continue parce que l'on revoit les patients et du coup on intègre des connaissances. » (MG16, I, d, 28 ans)

L'expérience se faisait enfin grâce au retour des courriers des dermatologues.

« Au fil des mois, on enrichit nos connaissances par le retour des dermatologues. » (MG11, I, d, 67 ans)

Pour les remplaçants, l'absence de suivi du patient était un frein dans leur apprentissage. Et ils bénéficiaient rarement du retour des dermatologues.

« En remplacement, on est là une semaine et puis on a vu tellement de choses qu'au prochain remplacement, on ne pense pas forcément à demander au médecin : « bah au fait Mr A c'était quoi ? » Le remplaçant qui voudrait se former reste un petit peu sur sa faim parce qu'il a vu quelque chose, mais ça s'arrête là. » (MG16, I, d, 28 ans)

2.1.8.2. Les effets de l'expérience

L'expérience permettait d'augmenter l'assurance du médecin dans sa pratique.

« Je pense qu'au fil du temps, on est plus sûr de nous. » (MG12, I, d, 42 ans)

Le médecin améliorait ainsi sa crédibilité auprès du patient. Il gérait ainsi plus facilement l'angoisse du patient au fil des années, grâce à une attitude de réassurance.

« J'étais jeune et j'étais très mal à l'aise. Mais avec le temps, tu banalises énormément toutes ces éruptions, " On ne va pas faire des analyses, ça ne sert à rien...". C'est quand même

un discours qui est très rassurant. » (MG27, I, D, 57 ans)

L'absence de diagnostic était plus facilement révélée et mieux acceptée du patient.

« Je pense qu'au fil du temps, les patients nous font confiance. C'est beaucoup plus facile de dire " je ne sais pas, mais je pense que vraiment ce n'est pas grave. On se revoit si ça ne va pas mieux. Ça va disparaître tout seul ". » (MG12, I, d, 42 ans)

Mais, contrairement aux autres disciplines, certains médecins ne ressentait pas d'amélioration dans leur pratique en dermatologie.

« C'est un domaine où je ne progresse pas. Il y a des tas de choses que l'on apprend des correspondances avec les cardiologues, les rhumatologues...On améliore sa technique. En dermatologie, je n'ai pas avancé d'un iota! [Rires]. » (MG21, I, D, 56 ans)

2.1.9. La démarche diagnostique

2.1.9.1. Les différentes démarches diagnostiques

Deux démarches diagnostiques différentes ont été mises en avant par les médecins interrogés. La première était la démarche diagnostique hypothético-déductive. Au vu d'une lésion, le médecin émettait plusieurs hypothèses, en tenant compte notamment de la prévalence des maladies. Puis, dans la situation donnée, il infirmait ou confirmait ses hypothèses pour tenter d'arriver à un diagnostic final.

« Dans la consultation de médecine générale, il y a la prévalence des maladies, les soins primaires et puis il y a une démarche hypothético-déductive. C'est à dire que l'on n'a jamais de diagnostic sûr à 100 %, et tout le temps au cours de la journée, on fait des diagnostics mais un petit peu par élimination. » (MG32, I, d, 60 ans)

La démarche analogique était également utilisée. Elle était liée à l'expérience des médecins et utilisait la reconnaissance des lésions.

« Quand tu as déjà identifié 1 ou 2 fois une lésion, que tu retrouves dans ta démarche, s'il y a des pustules, des bulles, tout ça, si tu arrives à reprendre ton chemin diagnostic, tu arrives à t'en sortir. » (MG34, I, d, 42 ans)

Éliminer les signes de gravité face à une lésion faisait partie de leur démarche diagnostique. Cela leur permettait de se donner du temps en cas d'incertitude

diagnostique.

« " Moi, je ne sais pas. Ça peut être ça ou ça, là, je ne vois aucun critère de gravité, vous en faites pas, on a le temps ". » (MG13, I, D, 45 ans)

Leur démarche diagnostique était facilitée par l'exercice en groupe. La concertation entre collègues généralistes permettait d'obtenir ou de conforter un diagnostic.

« On va conforter éventuellement un diagnostic à 2 ou à 3 et voir si éventuellement il y a un degré d'urgence. » (MG10, I, d, 47 ans)

Ils avaient parfois l'impression de négliger la démarche diagnostique. C'est-à-dire qu'ils n'approfondissaient pas leur cheminement diagnostique (revoir les antécédents, les traitements).

« Quand tu as des pathologies comme ça, un peu complexe, des fois je ne pense pas que l'on fasse exactement ce qu'on devrait faire, c'est à dire épilucher le dossier, regarder tous les médicaments qu'il a pris, voir s'il y a une origine autre que dermatologique évidente. » (MG35, I, d, 42 ans)

2.1.9.2. L'évolution des lésions

Les pathologies cutanées étaient considérées comme des pathologies d'évolution lente.

L'évolution lente des lésions permettait au médecin de réévaluer le patient plus tard.

« On peut attendre, se laisser quelques jours. Et ils reviennent si ça ne va pas mieux, si ça s'aggrave. » (MG12, I, d, 42 ans)

La guérison spontanée des lésions était fréquente.

« En dermatologie, il y a beaucoup de dermatoses qui sont d'évolution spontanée vers la guérison. » (MG11, I, d, 67 ans)

2.1.10. La gestion de l'incertitude

2.1.10.1. Une incertitude liée au diagnostic

Les médecins doutaient fréquemment de leurs compétences diagnostiques.

« Je ne me sens peut être pas capable d'affronter la peau du patient dans sa totalité et de

porter un diagnostic. » (MG10, I, d, 47 ans)

Ces doutes concernaient essentiellement le risque de tumeur maligne. L'incertitude entraînait une inquiétude du médecin.

« Je ne suis pas certain de la compétence que je peux avoir sur le diagnostic d'un mélanome seulement avec mes yeux. » (MG10, I, d, 47 ans)

« Il m'est déjà arrivé comme toi d'avoir la trouille, parce que je ne sais pas. » (MG21, I, D, 57 ans)

La crainte d'une pathologie grave influençait le recours au dermatologue.

« Hyper souvent, je téléphone parce que je suis inquiète. » (MG15, I, d, 33 ans)

« Je prends des précautions assez tôt et j'adresse. » (MG21, I, D, 56 ans)

Cette incertitude diagnostique entraînait une frustration professionnelle.

« Ça me pose une difficulté parce qu'il n'y a pas de diagnostic et parce que je ne suis pas sûre de ce que je fais. Et quand on n'est pas sûr de ce que l'on fait, même si on arrive à vendre notre traitement hypothétique, je n'ai pas forcément l'impression de faire du bon travail. » (MG14, R, 30 ans)

2.1.10.2. Une incertitude liée à l'évaluation du degré d'urgence

L'évaluation du degré d'urgence était jugée particulièrement difficile. Cette difficulté était liée à l'incertitude diagnostique.

« Moi la grosse difficulté que j'ai, c'est : j'ai un bouton, est-ce que c'est très urgent ou pas ? Globalement, est-ce que ce bouton, c'est un mélanome ? Est-ce que cette verrue un peu bizarre, c'est mélanique ? » (MG32, I, d, 60 ans)

Les pathologies urgentes ne posaient pas de problème. Elles étaient adressées au spécialiste en urgence. Par contre les pathologies dont le diagnostic était incertain mettaient souvent le médecin en difficulté. Le délai pour adresser le patient devenait alors difficile à définir dans ces cas-là.

« C'est là que moi j'ai le plus de difficulté, comme tu disais, une vraie urgence on a toujours la possibilité d'avoir les urgences ou de vraiment taper sur la table et de trouver un dermatologue. C'est les trucs intermédiaires ... complexes où là on est plus que des médecins généralistes, on a besoin d'avis spécialisés, ça c'est difficile. » (MG36, I, D, 51 ans)

La difficulté pour évaluer un degré d'urgence se posait essentiellement à cause des délais longs de rendez-vous chez le spécialiste.

« Le nævus ne me paraît pas bénin, mais est-ce que je vais surbooker le spécialiste qui l'est déjà ou est-ce que je vais dire " ça ne presse pas ? " » (MG26, I, D, 30 ans)

« Les dermato les prennent, mais entre 3 jours et 3 mois, c'est plus compliqué. » (MG26, I, D, 30 ans)

Les urgences dermatologiques étaient jugées rares.

« Voilà, en dehors du mélanome, je ne vois pas vraiment quelle est l'urgence dermatologique qui existe, qui soit strictement dermatologique. » (MG17, I, d, 52 ans)

Les participants ont insisté sur la discordance entre l'urgence ressentie par le patient et l'urgence réelle. En effet, les réelles urgences étaient rares et adressées en urgence de façon légitime. Mais, souvent, c'était l'inconfort du patient qui poussait le médecin à l'adresser rapidement. Cela pouvait entraîner une gêne des généralistes vis-à-vis des spécialistes.

« Je trouve des fois difficile de gérer la pression des patients, c'est-à-dire, leur urgence ressentie, quand moi je tends vers un diagnostic non grave. C'est la souffrance des patients, je pense essentiellement au prurit, à l'urticaire, des choses comme ça. Finalement la demande de voir un spécialiste vient plutôt d'eux que de moi. Moi je me sens un peu mal à l'aise de téléphoner moi-même ou de décrocher un rendez-vous rapide parce que je pense que, médicalement, ça ne se justifie pas toujours. » (MG10, I, d, 47 ans)

2.2. Le généraliste, le patient et sa pathologie cutanée

2.2.1. L'attitude du médecin traitant vis à vis du patient

2.2.1.1. Le médecin de premier recours

Le médecin se sentait, de par son rôle de médecin traitant, en première ligne face à la plainte du patient.

« Les patients savent qu'on est des médecins de premier recours, à qui on peut dire les choses. » (MG19, I, d, 56 ans)

Il jugeait son accessibilité facile. Le patient pouvait revoir rapidement son médecin selon

l'évolution de la pathologie.

« Ils vont pouvoir revenir et donc ça, ça joue aussi. C'est à dire qu'on est là, on reste là, on ne va pas disparaître. Si leur problème reste, nous aussi on sera encore là. » (MG19, I, d, 56 ans)

2.2.1.2. La relation médecin patient

Leur rôle de médecin traitant leur permettait d'établir une relation de confiance avec le patient, grâce au suivi.

« Les patients ont besoin d'avoir un interlocuteur stable justement pour créer un dialogue et avoir la notion qu'ils ont un suivi, qu'ils ont un interlocuteur, qui va être leur conseiller en santé, pas forcément thérapeute, mais aussi conseiller pour un certain nombre de problèmes se rapportant à la santé, la prévention, etc... Ça ne peut pas se faire en ponctuel, c'est certain, il faut une accroche. » (MG11, I, d, 67 ans)

L'attitude rassurante du médecin permettait de dédramatiser le délai, parfois important, du rendez-vous chez le dermatologue.

« C'est juste du domaine de l'urgence ressentie, alors à ce moment-là, on peut se permettre de rassurer le patient en lui disant qu'il aura son rendez-vous dermato mais qu'il n'y a pas d'urgence. » (MG22, I, D, 33 ans)

2.2.2. Le comportement du patient

2.2.2.1. La dermatologie non prioritaire

Les médecins avaient l'impression que le motif de consultation dermatologique était secondaire pour le patient. Il représentait rarement la raison principale ou unique de la consultation. Ce motif était souvent évoqué en fin de consultation.

« J'ai vraiment l'impression que les gens, quand on voit un problème dermato, ce n'est pas le but dans lequel ils sont venus. Ils ne viennent jamais parce qu'il y a le problème dermato. C'est au décours d'une surveillance d'une hypertension, d'un autre problème ou, chez les gamins, d'une vaccination, etc, qu'ils nous posent le problème dermato. Ce n'est jamais la raison principale de leur consultation, c'est l'impression que j'ai, moi. » (MG19, I, d, 56 ans)

« Ils vont nous demander ça la main sur la clenche [tout le monde acquiesce]. » (MG19, I, d, 56 ans)

2.2.2.2. Le manque de confiance du patient

Les patients semblaient manquer de confiance dans les capacités en dermatologie de leur médecin. La dermatologie semblait être trop spécialisée, selon le patient, pour être prise en charge par le généraliste.

« Ils pensent que la dermatologie, c'est tellement spécialisé que, en fin de compte, voilà, nous on n'est pas assez qualifié pour ça. » (MG13, I, D, 45 ans)

Cette situation était plus fréquente dans le cas des médecins remplaçants et des jeunes médecins.

Ce manque de confiance poussait le patient à vérifier les diagnostics posés par le généraliste, sur internet.

« Le soir, il va regarder sur internet, il va vérifier qu'effectivement on a bien raison. » (MG15, I, d, 33 ans)

Ce manque de confiance amenait les patients à demander un courrier pour voir le dermatologue, mais sans demander initialement l'avis du généraliste.

« Pour beaucoup de patients, la dermatologie, c'est tellement une affaire spécialisée qu'ils vont nous demander ça la main sur la clenche [tout le monde acquiesce], " Au fait un petit mot pour le dermato ". » (MG19, I, d, 56 ans)

2.2.2.3. Le non respect du parcours de soins

Les patients accédaient parfois directement au dermatologue sans demander l'avis du généraliste. C'était souvent le cas lorsqu'ils envisageaient un geste technique, pour un dépistage des cancers cutanés ou pour la prise en charge de l'acné.

« Les patients qui vont demander un courrier sans forcément demander notre avis, c'est soit parce qu'ils imaginent qu'il y a un geste technique derrière comme le traitement des verrues ou, parce qu'effectivement, c'est spécifique comme la réassurance des naevi. Ils savent très bien que c'est une consultation de dermatologie directement. » (MG14, R, 30 ans)

« Les dermatologues sont complètement embolisés dans leur rendez-vous parce qu'ils viennent pour leur acné, pour avoir le produit miracle alors que personne nous le demande en première intention, enfin rarement, ou alors ils nous demandent la lettre pour aller chez le dermato. » (MG36, I, D, 51 ans)

2.2.2.4. L'angoisse du patient

L'incertitude diagnostique était anxiogène pour le patient. Celui-ci était rassuré lorsque le médecin posait un diagnostic.

« En fait, il leur faut un diagnostic, dès que tu as un diagnostic, ça va, tu leur dis " c'est un truc bidule, c'est ça, ce n'est pas grave ", "ah ok d'accord " et c'est bon, il repart. Mais si tu dis que tu as rien, que tu ne sais pas, tu mets une crème, ça va pas, il revient pour ça, ça fonctionne pas, là, il va se dire " ah, il ne sait pas, il est en train de tourner en rond sur ma pathologie ", là, c'est compliqué. » (MG36, I, D, 51 ans)

En cas d'incertitude diagnostique, l'attitude du médecin était très importante pour convaincre et rassurer le patient. Elle consistait à insister sur l'absence d'élément de gravité de la lésion cutanée.

« Je leur dis bien : " là, je ne vois aucun critère de gravité, vous en faites pas, on a le temps ". » (MG13, I, D, 45 ans)

L'avis de confrères généralistes rassurait le patient, même en cas d'absence de diagnostic.

« Quand il voit que 4 médecins sont là, que ça les stresse pas plus que ça qu'ils n'aient pas de diagnostic, il peut attendre 2 mois tranquillement. » (MG35, I, d, 42 ans)

Adresser le patient vers le dermatologue était aussi une solution pour le rassurer.

« Un avis dermato, juste pour les rassurer eux. Des fois, nous, on n'est vraiment pas inquiets mais eux sont inquiets. » (MG23, R, 33 ans)

L'angoisse du patient semblait majorée pour certaines pathologies telles que la méningite et les tumeurs cutanées. Ceci était expliqué par la médiatisation de ces maladies.

« Il y a aussi toutes les inquiétudes de purpura. Pour les éruptions chez les enfants, c'est ça, c'est la méningite. Chez les adultes, c'est le mélanome. » (MG22, I, D, 33 ans)

Le patient vérifiait le diagnostic établi par son médecin sur internet pour se rassurer, notamment lorsqu'aucun traitement n'était prescrit.

« Il va regarder sur internet, il va vérifier qu'il n'y avait effectivement pas de traitement et du coup, je pense que ça va le rassurer. » (MG15, I, d, 33 ans)

L'inquiétude du patient pouvait mettre le médecin en difficulté.

« C'est finalement leur inquiétude qui est difficile à gérer. » (MG23, R, 33 ans)

2.2.3. Le rapport au corps particulier

Le patient exprimait une angoisse par rapport aux pathologies cutanées. La peau semblait avoir une importance particulière pour le patient du fait de son aspect visible.

« Pourquoi c'est plus anxiogène, parce que c'est sur la peau? » [Animateur] « C'est énorme la symbolique de la peau, la peau, c'est la représentation. » (MG36, I, D, 51 ans)

« Eux sont inquiets parce que c'est leur peau. Et c'est peut-être la chose qu'ils ressentent le plus facilement ou qu'ils voient le plus. » (MG23, R, 33 ans)

Le déshabillage représentait un frein à l'examen clinique. D'une part, le patient semblait souvent réticent à se dévêtir. D'autre part, le médecin n'osait pas toujours dire au patient d'ôter ses vêtements.

« - Est-ce que vous pouvez vous déshabiller ? " - Ah bah attendez, vous ne pouvez pas voir à travers le tee shirt ? " [Rires] » (MG16, I, d, 28 ans)

« Il me semble que la difficulté, c'est peut-être de dire au patient : " il faut que je voie ". » (MG19, I, d, 56 ans)

2.3. Le généraliste et le dermatologue

2.3.1. Les indications de la demande d'avis

L'avis était souhaité dans différentes situations :

- en cas d'incertitude diagnostique. Il permettait aussi de conforter le diagnostic et/ou la prise en charge du généraliste.

« Il m'arrive assez facilement d'adresser au dermatologue, pour éviter d'avoir à revoir plusieurs fois cette personne pour laquelle, de toute façon, je ne saurais pas. Je prends des précautions assez tôt et j'adresse. » (MG21, I, D, 56 ans)

« Je prend un avis dermatologue pour étayer mon comportement. » (MG11, I, d, 67 ans)

- en cas d'inconfort du patient
- en cas d'inquiétude du patient. L'avis était demandé pour rassurer le patient,

principalement pour des naevi.

« Un avis dermato, juste pour les rassurer eux. » (MG23, R, 33ans)

- en cas d'échec thérapeutique

« Quand j'arrive pas à traiter, que j'ai essayé, je suis obligé de passer la main. » (MG25, R, 30 ans)

- en cas de nécessité de traitements médicamenteux spécialisés

« Quand on rentre dans des thérapeutiques genre méthotrexate, roaccutane ou des choses comme ça. Là, je vais volontiers adresser au dermato, je me dis que c'est quand même des affaires un petit peu lourdes. » (MG19, I, d, 56 ans)

- en cas de nécessité de gestes techniques tels que biopsie ou cryothérapie

« Quand il y a besoin d'un acte technique finalement, une biopsie ou la cryothérapie, sinon on se débrouille » (MG18, I, d, 55 ans)

Les pathologies évoquées, requérant l'avis du dermatologue, étaient :

- Les naevi suspects ;
- Les dermatoses fébriles chez l'enfant ;
- Les dermatoses bulleuses ;
- Les ulcères chroniques ;
- Les lymphoedèmes ;
- Les eczémas chroniques ;
- Les psoriasis graves ;
- Le syndrome de Lyell.

« Les ulcères chroniques me posent plus de problèmes, donc je les envoie. » (MG13, I, D, 45 ans)

« On a besoin d'un appui dermatologique parce que l'on sait de toute manière que ça va « merdouiller » : les lymphoedemes, les formes d'eczéma chronique, des formes de psoriasis grave, où, de toute manière, tu es obligé d'avoir une prise en charge dermatologique. » (MG27, I, D, 57 ans)

Certaines pathologies étaient envoyées rapidement au dermatologue de ville telles que les naevi suspects, les dermatoses bulleuses, les dermatoses fébriles de l'enfant.

« Pour des naevi suspects, on négocie des rendez-vous rapides. » (MG25, R, 30 ans)

« Je n'ai jamais décroché mon téléphone chez un dermato en urgence sauf pour une dermatose bulleuse extensive. » (MG11, I, d, 67 ans)

« Chez un petit gamin qui a une lésion dermato fébrile, je suis fébrile. Là, je vais insister pour avoir un avis dermato. » (MG10, I, d, 47 ans)

Les médecins avaient recours aux urgences hospitalières pour des pathologies rares et urgentes, comme le syndrome de Lyell, mais également en cas d'incertitude diagnostique.

« Quand on ne sait pas, on peut encore envoyer aux urgences pour avoir un avis. » (MG34, I, d, 42 ans)

2.3.2. Les relations entre dermatologues et médecins généralistes

2.3.2.1. L'accessibilité aux dermatologues

2.3.2.1.1. Les difficultés

L'accessibilité était souvent décrite comme difficile.

Les délais de rendez-vous étaient jugés longs. Ils étaient d'au moins 3 mois.

« Le rendez-vous, on va l'avoir que dans 4 mois, donc là, c'est un problème. » (MG36, I, D, 51 ans)

Les délais d'attente pouvaient entraîner une perte de chance pour certains patients.

« C'est plus que deux mois, c'est trois mois, il y a quand même une histoire de perte de chance [tout le monde acquiesce]. » (MG19, I, d, 56 ans)

Les distances géographiques freinaient l'accès au dermatologue, surtout dans les zones rurales. L'absence de moyen de locomotion était également un obstacle dans les zones éloignées des dermatologues.

« C'est plus un problème d'accès aux soins par les patients, du fait de la distance. » (MG22, I, D, 33 ans)

« Pour des gens qui ne se déplacent pas, je n'ai pas le droit de faire des bons de transports parce que ça ne se justifie pas. Donc ils n'iront jamais voir le dermato parce qu'ils n'ont pas le permis, pas de voiture ou personne pour les conduire. » (MG25, R, 30 ans)

Les dépassements d'honoraires limitaient également l'accès des patients au dermatologue.

Les consultations de dermatologie étaient encombrées par des pathologies que les généralistes pensaient pouvoir gérer, en particulier l'acné.

« Les dermatologues sont complètement embolisés dans leur rendez-vous parce qu'ils viennent pour leur acné, pour avoir le produit miracle alors que personne nous le demande en première intention. » (MG36, I, D, 51 ans)

Les créneaux d'urgence leur semblaient relativement peu importants.

« Il y a peu de créneaux d'urgence. » (MG31, I, d, 61 ans)

2.3.2.1.2. Les facteurs facilitant l'accès

Avoir des connaissances personnelles et des correspondants habituels favorisait des avis plus rapides.

« Il y a une dermatologue qui est ma belle-sœur donc ça simplifie parfois les choses... » (MG19, I, d, 56 ans)

La proximité du dermatologue en zone urbaine permettait également d'avoir un rendez-vous plus rapide.

« C'est vrai qu'en ville, on est vraiment aidé quand même. » (MG10, I, d, 47 ans)

L'appel téléphonique au dermatologue accélérait généralement le délai de rendez-vous.

« Pour des naevi suspects, on arrive à négocier des rendez-vous plus rapides si on appelle. » (MG25, R, 30 ans)

En cas d'urgence réelle, le rendez-vous chez le dermatologue était obtenu rapidement.

« Une vrai urgence, on a toujours la possibilité d'avoir les urgences ou de vraiment taper sur la table et de trouver un dermatologue. » (MG36, I, D, 51 ans)

Ils avaient également recours à la consultation d'urgences dermatologiques du CHU. Mais ils l'utilisaient rarement.

« Sinon pour les urgences, j'avais connaissance de la consultation urgente du CHU mais

j'avoue que j'y ai eu recours qu'une seule fois, ce n'est pas très habituel. » (MG13, I, D, 45 ans)

2.3.2.2. Les moyens de communication

Les médecins utilisaient le mail et le téléphone pour joindre le dermatologue. Mais ils se plaignaient d'une grande difficulté à avoir le dermatologue au téléphone.

« Et ils ne répondent pas, c'est une catastrophe. » (MG37, I, D, 55 ans)

Les courriers représentaient le principal moyen de communication avec les dermatologues. Les généralistes utilisaient un courrier stéréotypé pour " dépistage du revêtement cutané " .

« Les dermatologues de la commune de M. m'ont incité à le faire, c'est d'envoyer pour examen du revêtement cutané, point. » (MG18, I, d, 55 ans)

Ils regrettaient l'absence de photographies pour accompagner le retour de courrier du dermatologue.

« Ce que je trouve un petit peu dommage, un gastro-entérologue qui fait une fibroscopie digestive, il nous envoie les photos, j'ai jamais vu un dermato m'envoyer une photo, jamais. » (MG31, I, d, 61 ans)

2.3.2.3. Les généralistes parfois insatisfaits de la prise en charge des dermatologues

La prise en charge du dermatologue leur semblait parfois inefficace. Ils avaient l'impression d'une prise en charge similaire à la leur.

« Ce n'est pas beaucoup plus efficace : ils changent les anti-histaminiques, les corticoïdes, changent un peu les molécules et souvent je retrouve les mêmes patients avec les mêmes plaintes. » (MG24, I, D, 49 ans)

Les généralistes constataient que le dermatologue était souvent incertain sur le diagnostic de mélanome.

« Concernant les mélanomes, vu le nombre d'incertitudes aussi des spécialistes... » (MG13, I, D, 45 ans)

Les médecins étaient insatisfaits de la prise en charge de la consultation d'urgence du

CHU. Les patients étaient consultés trop rapidement.

« Les patients se plaignaient d'être mal reçus, très brièvement. En effet, quand ils ne constatent pas de signes de gravité, les patients sont très vite ressortis avec un traitement assez standard et des fois déjà essayé par nous-mêmes. » (MG24, I, D, 49 ans)

2.3.2.4. Des relations compliquées entre dermatologue et généraliste

La confiance du dermatologue dans leur prise en charge était vécue différemment selon les médecins.

« Les dermatologues : " vous êtes bien capable de gérer au début, puis de voir si un traitement que vous avez donné sur vos connaissances après 10-15 jours a donné quelque chose ou pas ". » (MG11, I, d, 67 ans)

« Ils pensent qu'on n'est pas capable. » (MG32, I, d, 60 ans)

Plus généralement, les généralistes avaient l'impression d'être considérés comme des médecins " inférieurs " vis à vis des spécialistes.

« Il y en a marre de se faire passer pour les mauvais élèves de la classe, l'idiot de la famille parce que le spécialiste à côté est plus malin que toi. » (MG27, I, D, 56 ans)

Ils évoquaient parfois des relations conflictuelles, non confraternelles.

« J'ai envoyé le patient tranquillement et je me suis fait rappeler par la dermatologue et engueulée au téléphone par la dermato. » (MG15, I, d, 33 ans)

Leur ressenti de l'urgence était assez discordant de celui des dermatologues. Les dermatologues ne partageaient pas l'impression d'urgence du généraliste. Ainsi, les délais de rendez-vous ne semblaient pas gêner les dermatologues.

« Les dermatologues pensent que le généraliste panique un peu. » (MG11, I, d, 67 ans)

« J'ai l'impression que les dermatologues ont tout à fait bonne conscience quand on leur parle des délais qu'on a pour obtenir des consultations, ça les culpabilise pas du tout, si on les pousse un peu dans leur retranchement, ils disent que de toute façon, il n'y a pas besoin de se dépêcher comme ça. » (MG11, I, d, 67 ans)

2.3.3. Le parcours de soins coordonnés

Depuis l'introduction du parcours de soins, les médecins généralistes notaient une

augmentation de leur activité de dermatologie.

« C'est vrai que depuis quelques années, on en refait beaucoup plus. » (MG32, I, d, 60 ans)

Le parcours de soins permettait de valoriser la prise en charge initiale effectuée par le médecin généraliste.

« Ils essaient quand même ce que tu leur dis et ils verront après s'ils vont chez le dermato. Donc le parcours obligatoire, je trouve que c'est pas mal. » (MG25, R, 30 ans)

Les généralistes appréciaient le retour de courrier du dermatologue, plus fréquent depuis la réforme.

« On a une lettre alors qu'avant, quand c'était l'accès direct, nos patients allaient voir le dermato sans qu'on le sache et puis le dermato ne faisait pas forcément une lettre au médecin. Maintenant, c'est beaucoup plus régulier. » (MG11, I, d, 67 ans)

Le parcours de soins amenait cependant des demandes abusives de courrier, sans voir la lésion ou même sans voir le patient.

« Il y a des choses qui m'énervent, c'est que le mec qui vient nous demander un courrier pour le dermato. On lui demande " - Pourquoi ? " " - C'est pour l'acné de mon gosse ". » (MG13, I, D, 45 ans)

2.4. Les propositions des médecins généralistes

2.4.1. L'amélioration de la formation

L'amélioration de la qualité de la formation initiale a été évoquée.

« L'amélioration de la formation, c'est en fin de 3^{ème} cycle qu'il faudrait la compléter parce que c'est vraiment quand on a une vision synthétique du patient que ça ressort. Alors que la dermato enseignée en tant que matière fondamentale, chez un étudiant en 4^{ème} ou 5^{ème} année, ça part. » (MG36, I, D, 51 ans)

Ils désiraient également une formation continue plus fréquente avec des dermatologues.

« Déjà des EPU plus fréquents avec les dermatologues. » (MG36, I, D, 51 ans)

Ils évoquaient la formation entre médecins généralistes. Mais les avis étaient mitigés.

« Faire des staffs entre nous, on voit bien ce que ça donne, ça peut faire progresser notre pratique collective et individuelle de faire ce genre de choses. » (MG27, I, D, 56 ans)

« Moi en dermato, je n'y crois pas au groupe de pair dermato parce qu'on sait tous pas. » (MG13, I, D, 45 ans)

Certains souhaitaient un élargissement de leurs compétences techniques, comme la formation à l'utilisation du dermatoscope.

« C'est très utile pour un MG d'avoir un dermatoscope. » (MG11, I, d, 67 ans)

Ils réclamaient un meilleur apprentissage des gestes techniques, comme le traitement des verrues et du molluscum contagiosum.

« Je pense qu'à la fac de médecine générale, au DUMG [département universitaire de médecine générale], on devrait refaire des cours de petite chirurgie, parce que ça personne en fait, c'est fini. Des verrues, c'est rien à enlever, c'est sympa comme tout, ça nous change. » (MG36, I, D, 51 ans)

« Il faudrait réinvestir, par exemple, le molluscum contagiosum, on peut le faire, on ne va pas envoyer un gamin chez le dermato pour 6 boutons de molluscum, enfin c'est dommage de le faire. » (MG36, I, D, 51 ans)

2.4.2. L'éducation des patients

Le dépistage des cancers cutanés était une thématique propice à l'éducation des patients.

« Effectivement, on pourrait imaginer mettre un peu de messages là-dessus, en disant " votre médecin peut vérifier ou c'est bien de se faire examiner la peau de temps en temps, peut être que ça pourrait nécessiter un avis spécialisé dermatologique dans certains cas ". » (MG19, I, d, 56 ans)

Il leur semblait nécessaire de ne pas faire de courrier sans voir la pathologie.

« " - J'ai un bouton dans le dos faut que j'aille voir le dermato", " - Bon, ok je vous fais un papier. " C'est un risque en tout cas. Je crois qu'il faut lutter contre ça en disant " Non il faut que je voie ". » (MG19, I, d, 56 ans)

2.4.3. Le déshabillage des patients

Les généralistes souhaitaient demander plus souvent aux patients de se dévêtir, pour faciliter l'examen du revêtement cutané.

« Notre rôle aussi, il est de déshabiller les patients. » (MG37, I, D, 55 ans)

2.4.4. Les photos dans les dossiers

La prise de photographies de la lésion cutanée semblait intéressante pour le suivi évolutif de la pathologie.

« Pour l'évolution d'une lésion, là je trouve que c'est très intéressant dans le dossier médical, pour dire, " je ne me souviens plus très bien il y a mois comment c'était, voilà maintenant comment c'est ". » (MG25, R, 30 ans)

Ça leur paraissait utile également avant un geste technique du point de vue médico-légal.

« Maintenant il y a le côté médico-légal d'où la prise de photos, moi je prends des photos avant de faire des petits gestes. » (MG36, I, D, 51 ans)

Ils évoquaient la nécessité d'obtenir l'accord du patient avant la prise de photo.

« Ça m'arrive dans les dossiers de prendre en photo, de dire aux gens même si ce n'est pas des visages : " est ce que je peux vous prendre en photo ? ". » (MG34, I, d, 42 ans)

Une des limites était la nécessité de matériel technique pour les photos et pour l'archivage.

L'autre objectif de la prise de photos était de progresser, de se former.

« En prenant l'habitude de prendre des photos, on va les mettre dans les dossiers et en fait, on va devenir meilleurs. » (MG26, I, D, 30 ans)

2.4.5. L'amélioration de l'accessibilité au dermatologue

Des " staffs " réguliers avec un dermatologue paraissaient intéressants. Cela pouvait permettre de discuter des difficultés rencontrées par les généralistes.

« On pourrait imaginer même une fois par semaine, une sorte de mini-staff avec le dermato où on lui monterait tout ce qui nous a posé problème dans la semaine. » (MG25, R, 30

ans)

Ils proposaient également la permanence d'un dermatologue dans les zones éloignées, peu accessibles aux dermatologues.

« Et est-ce que simplement de faire venir un dermato une fois par mois ?... » (MG29, I, D, 42 ans)

2.4.6. L'organisation des soins

Pour une meilleure prise en charge, les médecins étaient demandeurs d'une prise en charge collégiale.

« Je pense que cette façon de travailler de façon collégiale, il faut absolument que l'on rentre dedans et quand on prend quelqu'un en charge, on l'étudie à plusieurs collègues, c'est très valorisant pour tout le monde et c'est dans l'intérêt des patients. Ce n'est pas une dévalorisation de la médecine générale, au contraire. » (MG27, I, D, 56 ans)

L'amélioration des soins nécessitait une forfaitisation des soins selon les généralistes.

« Il y a des notions qui sont en train d'apparaître, ce que l'on fait ici, c'est une forfaitisation de notre activité, cela nous permet des tas de choses que l'on ne ferait pas autrement. » (MG27, I, D, 56 ans)

2.4.7. La télémédecine

La télémédecine semblait particulièrement adaptée à la dermatologie. En effet la dermatologie était décrite comme une discipline très visuelle.

Les médecins l'ont évoquée spontanément dans les 3 focus groups.

Certains médecins avaient déjà l'habitude de prendre des photos grâce au téléphone. Cela leur permettait de demander un avis plus tard à un dermatologue.

« Ça m'est déjà arrivé en passant à la clinique Mathilde de montrer des photos à un dermato que je connaissais " qu'est-ce que tu en penses ? ". » (MG26, I, D, 30 ans)

2.4.7.1. Les modalités

2.4.7.1.1. Le système différé par envoi de photographies

Ce système consiste à envoyer des photographies de lésion cutanée au dermatologue pour avis. Le généraliste prend des photographies des lésions cutanées puis les envoie à un dermatologue via une boîte mail sécurisée. Il y associe une histoire clinique. Le dermatologue répond à la demande du généraliste en différé.

Ce système leur évoquait des fonctionnements similaires déjà mis en place. Ils pensaient aux télétransmissions des électrocardiogrammes (ECG) et des radiographies.

« La télétransmission serait intéressante avec un dermatologue et si possible sans délai, un peu comme on fait au GCS avec certaines radios ou un ECG au cardio. Ça, je trouve que ça serait d'une grande aide. » (MG24, I, D, 49 ans)

Ils décrivaient ce système comme un envoi de photo par mail. La réponse se faisait en différé mais rapidement (dans la journée idéalement).

« Je pense par mail, généralement, on a tous des boîtes mail, envoyer une photo avec une question "est-ce urgent ou pas ? ". Et puis le médecin peut nous recontacter par mail par exemple, par retour dans la journée. » (MG34, I, d, 42 ans)

L'envoi d'une ou de plusieurs photos devait être associé à une histoire clinique de la pathologie et/ou d'un dialogue avec le dermatologue. L'envoi seul de photos leur paraissait insuffisant.

« Ça peut être intéressant, mais il faudrait associer ça avec un minimum d'explications cliniques du cas. » (MG14, R, 30 ans)

Des normes de qualité de photographie, établies en concertation avec le dermatologue pour une meilleure performance du système, étaient proposées.

« Il pourrait nous le dire : " vous devez faire ce genre de photo, voilà, on veut cette qualité-là ", c'est en collaboration. » (MG13, I, D, 45 ans)

Les médecins envisageaient ce système comme un outil occasionnel.

« Il faut que ce soit vraiment ponctuel, quand on a un souci. » (MG34, I, d, 42 ans)

Ils avaient en général peu de craintes vis-à-vis de la télémédecine en différé.

« Il n'y pas de grosses craintes. » (MG35, I, d, 42ans)

2.4.7.1.2. Le système en direct par visioconférence

Ce système consiste à demander un avis d'une lésion cutanée au dermatologue via une caméra. Le généraliste et le patient interagissent directement avec le dermatologue, visuellement et vocalement. L'avis du dermatologue se fait en instantanée.

Cette technique leur paraissait plus performante techniquement que la télé-expertise par photo.

« Ce n'est plus du tout de la photo là, c'est de la vidéo conférence. Je suis d'accord, c'est peut-être plus intéressant que la photo. » (MG29, I, D, 42 ans)

Ils décrivaient ce système comme une consultation en direct via la caméra. L'interaction directe avec le dermatologue leur semblait attrayante.

« Je rêve d'avoir une ligne privée avec un dermatologue et une ligne avec caméra : “ tiens regarde ça, tu peux me donner un avis en 2 minutes ? “. » (MG13, I, D, 45 ans)

Ils proposaient une télé-consultation hebdomadaire. Elle leur semblait possible grâce à un système de permanence de dermatologues.

« On a un jour par semaine un dermatologue qui est disponible pour nous, à distance, et où ça permet au médecin sur place d'être formé par la communication qu'il a avec le dermatologue, ça, ça me paraît très intéressant. » (MG25, R, 30 ans)

Un système national leur paraissait nécessaire pour faire fonctionner ce système.

« Imaginons un centre qui fasse ça pour toute la France, c'est gérable. L'infirmier du coin perdu du massif central, il peut faire voir la lésion au médecin de Paris qui va prendre le truc. Ça avance largement plus le schmilblick. » (MG13, I, D, 45 ans)

2.4.7.2. Les indications

Les indications étaient assez similaires dans l'ensemble pour les deux systèmes.

Les indications étaient les suivantes :

- en cas d'accessibilité difficile au dermatologue : en zones rurales et/ou pour les patients présentant des difficultés de locomotion.

« Je pense, dans certaines régions démedicalisées, oui, ça peut être très utile, bien sûr. »

(MG18, I, d, 55 ans)

« La patiente en campagne, sans moyen de locomotion, peut-être que la télémédecine, dans certaines situations, peut être intéressante. » (MG14, R, 30 ans)

La télémédecine n'était pas ressentie comme un besoin en zone urbaine. En effet la proximité des dermatologues rendait ces systèmes peu utiles.

« C'est vrai que nous, ça nous concerne pas trop parce qu'on est en urbain ici (...) quand on peut avoir un avis à côté, c'est peut-être moins indispensable. » (MG16, I, d, 28 ans)

- en cas de difficultés diagnostiques et/ou thérapeutiques. Le dermatologue pouvait ainsi donner des orientations de prise en charge.

« Et puis, des fois aussi, donner quelques orientations diagnostiques. Parce que nous, il y a des choses qui ne nous évoquent strictement rien mais le dermatologue peut nous dire: «ça pourrait être ça ou ça...» Et ainsi, nous éclairer sur des hypothèses que nous n'avons absolument pas au départ. » (MG23, R, 33 ans)

« Le dermatologue va dire : “ bon essayez une semaine ça, puis on va voir ”. » (MG13, I, D, 45 ans)

- pour définir le besoin d'une consultation de dermatologie et préciser ainsi un délai de rendez vous.

« Est ce que je te l'envoie et dans quel délai ? » (MG21, I, D, 56 ans)

- pour définir le degré d'urgence d'une pathologie. En cas d'urgence ressentie par le dermatologue, le délai de rendez-vous pouvait être raccourci.

« Le dermatologue, avec l'explication clinique et la photo, peut nous dire s'il a besoin de voir le patient en urgence ou pas. » (MG22, I, D, 33 ans)

Le système en différé leur semblait beaucoup plus adapté pour leur pratique. Mais la visioconférence permettait un gain de temps pour le patient par rapport au système en différé. En effet la demande d'avis se faisait en instantané via la caméra.

« Moi je trouve que la vidéo conférence, avec le patient sur place avec un médecin référent, c'est vraiment avantageux, c'est un gain de temps, c'est en direct. C'est de la consultation quasiment avec le dermato, et toi, tu assistes. » (MG29, I, d, 56 ans)

2.4.7.3. Les bénéfices

Ces systèmes semblaient pouvoir rassurer à la fois le généraliste et le patient.

« C'est vraiment le cas aigu pour lequel on n'est vraiment pas sûr et qu'on se dit, c'est peut être grave et j'ai peur de passer à côté simplement. » (MG34, I, d, 42 ans)

« Pouvoir envoyer la photo directement au dermato, si le grand spécialiste dit que ce n'est pas grave, là, du coup, ça a un côté rassurant pour le patient. » (MG23, R, 33 ans)

La relation entre les généralistes et les dermatologues pouvait s'améliorer grâce à ces systèmes.

« " Ces sortes de système permettraient de diminuer un peu cette sorte de hiérarchie qu'il y a entre spécialistes et généralistes ? " [Animateur] " Oui, diminuer la hiérarchie ou augmenter le plaisir de chacun. On s'aperçoit que quand on ouvre un peu les moyens de communication, ça devient un plaisir ". » (MG21, I, D, 56 ans)

Grâce à l'interaction avec les dermatologues, les généralistes pouvaient se perfectionner en dermatologie.

« L'échange avec le dermatologue, en direct du coup, permet au généraliste qui est sur place de se former aussi. » (MG25, R, 30 ans)

2.4.7.4. Les limites

Les limites étaient assez similaires pour les deux systèmes.

2.4.7.4.1. Les limites techniques

Le fonctionnement optimal de la télémédecine dépendait des moyens techniques :

- la qualité de la photographie et de la prise de vue ;
- le matériel nécessaire (appareil photographique, internet, boîte mail sécurisée).

« Ça dépend aussi de la qualité de la photo : sur la photo, ça peut être marron alors qu'en vrai c'est noir. » (MG25, R, 30 ans)

« Ça dépend comment on est équipé au cabinet, est ce qu'on a internet ? Un appareil photo ? » (MG16, I, d, 28 ans)

2.4.7.4.2. Les limites liées aux pathologies

Ce système ne leur semblait pas adapté pour l'examen des nævi et des tumeurs cutanées en général.

« Après, le problème, c'est toutes ces situations, où quelque chose qu'on pensait être un nævus pas plus que ça, mais c'est pas dans ces situations là où tu vas faire ça en télémedecine de toute façon. » (MG14, R, 30 ans)

2.4.7.4.3. Les limites liées au dermatologue

Ils doutaient de l'adhésion des dermatologues pour la télémedecine.

« Est-ce que les dermato adhèreraient à ça ? » (MG32, I, d, 60 ans)

Les médecins prévoaient une réticence du dermatologue à poser un diagnostic sur une photo. Les problèmes de responsabilité médicale semblaient être un frein au fonctionnement de ce système.

« Les dermatologues ne sont pas très à l'aise avec le fait de donner un diagnostic à partir d'une photo sans voir le patient, avec les responsabilités médicales qui sont engagées par le diagnostic, sans consultation derrière pour confirmer. » (MG25, R, 30 ans)

Les dermatologues n'étaient pas assez disponibles. Ce système était trop chronophage. Une réponse rapide du dermatologue semblait illusoire.

« Je ne sais pas à quel moment il pourrait lire les photos. » (MG32, I, d, 60 ans)

« Mais je pense qu'au cabinet ce n'est pas raisonnable d'espérer avoir un retour immédiat. » (MG25, R, 30 ans)

Les médecins craignaient de déranger le dermatologue pour demander un avis en direct.

« Je ne me vois pas du tout agresser un collègue dermatologue dans l'instant où j'ai le patient devant moi avec la caméra " écoute, je voudrais que tu me donnes un diagnostic maintenant ". » (MG10, I, d, 47 ans)

2.4.7.4.4. Les limites liées au généraliste

Ce système semblait très chronophage pour le généraliste.

« Le genre de truc qui prend du temps, en général on ne peut pas forcément le faire pendant la consultation. » (MG15, I, d, 33 ans)

Ils craignaient de se « décharger » facilement de la dermatologie.

« Il faut quand même qu'on reste maître de notre profession, si on délègue tout de suite au moindre bouton parce qu'on n'a pas envie de le traiter, parce qu'on ne sait pas quoi faire et qu'on oublie de nous former nous, on est, à mon avis, dans des travers dangereux. » (MG10, I, d, 47 ans)

Ils étaient réticents à demander l'avis d'un dermatologue inconnu, qui n'était pas leur correspondant habituel.

« Ça m'embête de demande l'avis de quelqu'un que je ne connais pas non plus. » (MG10, I, d, 47 ans)

2.4.7.4.5. Les problèmes de rémunération

Le problème de la rémunération semblait être un obstacle à la mise en place de la télémédecine. Un système de cotation devait être établi.

« Un des problèmes aussi, c'est que si on arrivait à envoyer des photos à un dermatologue, lui effectivement, ce sont des actes cliniques en moins qu'il va faire, il va pas être rémunéré. On n'a pas de système de cotation où on peut demander un avis. » (MG34, I, d, 42 ans)

VI. DISCUSSION

1. La méthode

1.1. Le choix de la méthode

Notre but était de recueillir la vision des médecins généralistes sur leur pratique. Le focus group, par sa libre expression, était la méthode la plus appropriée pour collecter les

points de vue des médecins.

La dynamique de groupe donnait lieu à l'émergence de nouveaux points de vue. Cela n'aurait pas été le cas avec des entretiens individuels ou un questionnaire fermé ou encore par une étude quantitative. Notre but était d'obtenir des points de vue variés, nombreux, des idées nouvelles grâce au nombre de participants et à l'interactivité des groupes (25, 26).

1.2. Le déroulement de l'étude

1.2.1. La sélection des participants

Les participants avaient des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le sujet. En effet, tous les médecins généralistes prenaient en charge des patients présentant des problèmes cutanés.

Les caractéristiques des médecins généralistes étaient diverses afin d'obtenir une plus grande variabilité des résultats.

Le nombre de participants était idéal pour chaque focus group. Ils étaient suffisamment nombreux pour favoriser l'interactivité. Mais le nombre de médecins était également limité pour que tous puissent s'exprimer.

Le thème était évoqué de façon succincte au moment du recrutement par téléphone. Cela nous permettait de dégager des idées spontanées et non préparées à l'avance.

Une limite du recrutement était que certains participants se connaissaient au sein des focus groups.

1.2.2. Le guide d'entretien

Les questions étaient ouvertes. Elles allaient du plus général au plus spécifique permettant une plus grande variabilité des réponses.

Au fur et à mesure des focus groups, le guide d'entretien était amélioré. Il était adapté pour obtenir le plus d'idées possibles et ainsi augmenter la validité de l'étude par saturation des données.

1.2.3. Les réunions

Au cours des focus groups, la discussion était fluide, interactive. L'animateur amenait tous les participants à s'exprimer.

Nous notions, pendant les réunions, les points non verbaux (rires, gestes..) pour augmenter la précision de l'étude.

Malheureusement, un lieu de réunion n'était pas neutre. Certains participants exerçaient dans le cabinet médical du Havre. Cela pouvait mettre les médecins de ce cabinet plus à l'aise que les autres.

L'effet leader de certains participants pouvait être une limite de la méthode des focus groups. Pour d'autre, la réticence à exprimer ses idées personnelles pouvait être un frein au fonctionnement de ces réunions.

1.2.4. La retranscription et l'analyse des données

La retranscription était rigoureuse. Les réunions étaient retranscrites mot à mot. Les expressions non verbales étaient incorporées.

Les données semblaient saturées au dernier focus groupe.

La triangulation des analyses permettait d'augmenter la validité de l'étude.

La première analyse était réalisée peu de temps après la première réunion et avant le deuxième focus groupe. Cela nous permettait d'adapter le guide d'entretien au fur et à mesure.

2. Les résultats

2.1. Rappel des principaux résultats

➤ Le généraliste et la dermatologie

L'examen dermatologique était chronophage et s'ajoutait souvent à plusieurs motifs de consultation.

Les compétences ressenties variaient selon les médecins et selon les pathologies. Ils étaient plus en difficulté face aux lésions pigmentées, potentiellement malignes. Ils

avaient ainsi l'impression de négliger le dépistage cutané. Les pathologies rares et/ou atypiques étaient également plus difficiles à diagnostiquer. L'incertitude diagnostique était souvent présente et compliquait à gérer.

Les dermocorticoïdes étaient souvent utilisés, y compris comme test thérapeutique. Les difficultés thérapeutiques portaient sur les pathologies chroniques, notamment les ulcères. Le traitement des verrues était le principal geste technique qu'ils réalisaient en dermatologie.

La formation initiale et continue leur semblait insuffisante. Au contraire, l'expérience jouait un rôle majeur dans l'amélioration de leurs pratiques.

Ils utilisaient deux démarches diagnostiques, hypothético-déductive et analogique. L'incertitude diagnostique entraînait une difficulté à évaluer le degré d'urgence, accentuée par les délais longs de rendez-vous chez le spécialiste.

➤ Le généraliste, le patient et la dermatologie

La disponibilité du généraliste et la relation de confiance médecin patient permettaient de rassurer le patient, souvent angoissé vis-à-vis de sa pathologie cutanée. La dermatologie semblait souvent non prioritaire pour le patient, le problème était évoqué en fin de consultation. Les patients semblaient manquer de confiance dans les capacités en dermatologie de leur généraliste. Cela les amenait à accéder directement au dermatologue sans suivre le parcours de soins coordonnés.

D'une part, les patients semblaient réticents à se dévêtir, d'autre part, le généraliste n'osait pas toujours insister sur le déshabillage. Le ressenti de l'urgence était vécu différemment entre le patient et le généraliste. En effet, l'inconfort du patient amenait à une prise en charge rapide, sans que ce soit toujours justifié.

➤ Le généraliste et le dermatologue

L'avis était demandé en cas d'incertitude diagnostique et pour des prises en charge spécialisées (biopsie, traitement médicamenteux). Les pathologies le plus souvent adressées étaient les naevi. L'accessibilité était jugée difficile à cause des délais de rendez-vous et de l'éloignement géographique. Elle était facilitée en cas d'urgence réelle et lorsque le généraliste appelait directement le dermatologue.

Les généralistes se plaignaient parfois d'une prise en charge du dermatologue pas plus

efficace que la leur. Ils évoquaient le manque de contact avec les dermatologues et le sentiment de hiérarchie entre généralistes et spécialistes.

Le parcours de soins permettait aux généralistes de voir plus de pathologies dermatologiques et permettait des retours de courriers plus fréquents.

➤ Les propositions des médecins généralistes

Ils souhaitaient sensibiliser les patients au dépistage cutané et insister sur le déshabillage.

Les généralistes proposaient une amélioration de leur formation avec un apprentissage des gestes techniques.

La conservation de photos dans les dossiers leur semblait intéressante pour le suivi évolutif de la pathologie.

Ils trouvaient dans la télé-dermatologie en différé une solution aux problèmes d'accessibilité aux dermatologues en zone rurale et/ou aux problèmes de locomotion. Elle pouvait aussi aider en cas de doute diagnostique et/ou thérapeutique. Elle leur semblait surtout adaptée pour définir le besoin d'une consultation de dermatologie, pour évaluer un degré d'urgence et ainsi obtenir un rendez-vous dans des délais adaptés. Le système par visioconférence en direct semblait plus performant techniquement mais moins applicable en médecine générale.

Ils craignaient le manque d'adhésion des dermatologues, l'aspect chronophage de ce système, les limites techniques et les problèmes médico-légaux. Il leur semblait que ce système devait rester une aide occasionnelle et qu'il ne serait pas adapté au diagnostic des lésions pigmentées.

2.2. Les médecins généralistes et les pathologies cutanées

2.2.1. Les particularités de l'examen clinique

L'examen clinique dermatologique était jugé chronophage. Il était souvent abordé en fin de consultation. De plus, il s'ajoutait à des motifs de consultations multiples.

Plusieurs travaux ont étudié le nombre de motifs de consultation en médecine générale. Leur nombre variait de 1.7 à 2.66 par consultation (28, 29, 30).

La multiplicité des motifs de consultation et l'évocation du motif dermatologique en fin de

consultation peuvent expliquer que les médecins se sentent parfois négligents par rapport à l'examen cutané, leur temps d'examen clinique étant alors réduit.

2.2.2. Des compétences ressenties variables

Les compétences ressenties dans la prise en charge des pathologies dermatologiques étaient variables selon les médecins.

Dans l'étude quantitative sur les pathologies dermatologiques en Haute Normandie (4), 80% des praticiens se disaient plutôt voire tout à fait à l'aise pour la prise en charge de patients ayant une pathologie dermatologique. Ce chiffre est assez élevé.

Mais, lors des focus groups, beaucoup de médecins ont évoqué des difficultés dans la prise en charge des pathologies cutanées. Cette discordance est peut-être liée à une surestimation du ressenti de leur prise en charge dans l'étude quantitative. En effet, ils devaient faire un choix entre " pas du tout à l'aise ", " plutôt pas à l'aise ", " plutôt à l'aise " et " tout à fait à l'aise " en dermatologie. Aucune précision n'était demandée.

L'étude qualitative par focus group était plus interrogative du fait de l'interactivité de groupe. Ainsi, les difficultés ressortaient peut-être plus, les médecins osaient plus se dévoiler sur leur difficultés.

Une thèse s'est intéressée au diagnostic et dépistage des tumeurs noires en médecine générale en Haute-Vienne (31). Soixante-six pour cent des médecins traitants estimaient que le diagnostic du mélanome était de leur ressort. Paradoxalement, 94 % d'entre eux ne se sentaient pas compétents et estimaient manquer de formation.

Le sentiment d'incompétence ressenti par certains généralistes peut donc s'expliquer par une formation insuffisante en dermatologie.

De nombreuses études ont comparé les compétences dermatologiques du médecin généraliste avec celles du dermatologue (32, 33). Les compétences du dermatologue étaient systématiquement supérieures à celle du médecin généraliste.

La difficulté à décrire les lésions élémentaires semble être liée également à un manque de formation en dermatologie.

2.2.3. La prise en charge diagnostique

2.2.3.1. Les pathologies posant peu de problème diagnostique

Le psoriasis, la dermatite atopique, l'acné, l'urticaire, les pathologies infectieuses posaient, en général, peu de problème diagnostique pour les médecins généralistes.

Ces résultats étaient similaires à ceux de l'étude quantitative (4). En effet, la certitude diagnostique était élevée pour les pathologies infectieuses, les lésions traumatiques, le psoriasis et l'acné. Cela peut être expliqué par le fait que ce sont des pathologies assez fréquentes. Il semble que l'expérience joue un rôle majeur dans l'aisance diagnostique.

La dermatite atopique posait peu de problème diagnostique dans notre étude. Mais dans l'étude quantitative, le degré de certitude diagnostique concernant cette pathologie était en dessous de la moyenne. On peut expliquer cela par le fait que, dans l'étude quantitative, cette catégorie de maladie comprenait également les allergies cutanées en général. Ces pathologies pouvaient peut-être poser plus de problèmes diagnostiques que l'eczéma.

Dans d'autres études, les pathologies correctement diagnostiquées étaient assez similaires à notre étude : l'acné, le psoriasis et les pathologies infectieuses, principalement (34, 35).

2.2.3.2. Les difficultés diagnostiques

Une étude portant sur les courriers de renvois au dermatologue a montré que seulement 47 % des lettres de référence contenaient le diagnostic correct (35).

Dans la plupart des études ainsi que la notre, les généralistes avaient des difficultés à diagnostiquer les tumeurs cutanées bénignes et malignes (4, 35).

Les verrues séborrhéiques et les dermatofibromes étaient correctement diagnostiqués dans seulement 22 et 19 % des cas, dans l'étude sur les courriers adressés au dermatologue (35).

Dans l'étude quantitative, le taux de certitude diagnostique concernant les tumeurs bénignes et malignes était bien en dessous de la moyenne (4).

De même, une étude sur le diagnostic des cancers cutanés montrait que de nombreux

médecins généralistes étaient peu confiants dans leur capacité à reconnaître les cancers de la peau les plus courants (36).

Ces problèmes diagnostiques concernant les tumeurs cutanées peuvent s'expliquer par une formation insuffisante des généralistes.

L'absence de moyen diagnostique en médecine générale peut être aussi un frein au diagnostic. En effet, le dermatoscope utilisé par le dermatologue est d'une grande aide pour préciser le diagnostic d'une tumeur cutanée. (37)

Dans notre étude et l'étude quantitative (4), les pathologies atypiques et rares semblaient difficiles à diagnostiquer.

Une étude sur le niveau de compétences en dermatologie des généralistes a montré que les médecins généralistes faisaient le bon diagnostic plus fréquemment pour des dermatoses communes que pour des pathologies rares (38). Cela peut s'expliquer par le rôle de l'expérience. Les pathologies courantes sont plus facilement reconnues que des pathologies rares ou atypiques.

2.2.4. La prise en charge thérapeutique

2.2.4.1. Les difficultés thérapeutiques

Les médecins évoquaient une difficulté de prise en charge des ulcères, avec une inefficacité fréquente des différents pansements.

Plusieurs études évoquaient ces difficultés. Une étude effectuée en Seine et Marne a montré que 80 % des médecins généralistes suivaient des patients pour un ulcère veineux (39). Mais seulement 47 % des médecins se sentaient à l'aise pour traiter les ulcères veineux et 77 % étaient demandeurs d'informations.

Une autre enquête menée en Indre et Loire ma montré que les médecins étaient gênés par le non respect des prescriptions, le coût et la trop grande diversité des pansements (qui se sont développés de façon importante ces dernières années). La moitié des médecins n'avait pas répondu à cette enquête, ce qui biaisait les résultats, mais pouvait montrer peut-être un inconfort fréquent dans la prise en charge des ulcères. Ceux qui avaient répondu avaient une bonne connaissance des ulcères mais néanmoins étaient demandeurs de fiches d'informations et de recommandations (40).

Ces difficultés thérapeutiques montrent sûrement une formation insuffisante sur la prise en charge des ulcères. La variété de pansements augmente régulièrement, une formation constante peut permettre de réduire les difficultés des généralistes. Les médecins sont demandeurs d'information.

Au niveau diagnostic mais également thérapeutique, les médecins semblaient embêtés par la prise en charge de la gale.

Une étude sur la prise en charge de la gale a montré que la gale était mieux soignée par le dermatologue que par le médecin généraliste. La prise en charge thérapeutique s'améliorait avec le nombre d'années d'expérience du généraliste et avec le nombre de gales diagnostiquées (41).

La difficulté thérapeutique peut être liée au traitement assez compliqué, long à expliquer au patient. L'entourage et l'environnement du patient doivent être traités, ce qui peut entraîner une mauvaise observance du traitement. De plus, les traitements non remboursés peuvent favoriser la mauvaise ou la non réalisation du traitement par le patient.

2.2.4.2. Les traitements médicamenteux

Les traitements dermocorticoïdes étaient souvent utilisés par le généraliste, y compris en cas d'incertitude diagnostique. Ceci s'explique par l'efficacité des corticoïdes dans de nombreuses pathologies dermatologiques. De plus les délais longs de rendez-vous chez le spécialiste expliquent que ce traitement soit utilisé en cas d'incertitude diagnostique. Certains médecins avaient peur d'utiliser les dermocorticoïdes du fait des effets secondaires, alors que le dermatologue les utilisait très souvent. Cette peur était expliquée par des avertissements pendant leurs études avec insistance sur les effets secondaires. Cependant, dans notre étude, les médecins n'avaient pas rapporté d'expériences personnelles négatives concernant les dermocorticoïdes.

2.2.5. Les actes techniques

Les verrues étaient très souvent traitées en médecine générale.

Une étude a montré un taux de guérison des verrues par les généralistes de 87.7 % par azote liquide (42). Mais cette technique est moins utilisée que l'histofreezer du fait du

coût du traitement par azote.

Le traitement des verrues est un acte rapide. Au contraire, les sutures sont de moins en moins réalisées à cause d'un manque de temps et de matériel.

Les biopsies étaient très peu réalisées par les généralistes. Aucune formation n'est délivrée et les conséquences médico-légales effraient les médecins. On retrouve de nombreuses études sur l'excision des tumeurs cutanées en médecine générale en Grande Bretagne et aux États Unis. Très souvent, les marges d'excision des tumeurs étaient plus incomplètes chez les médecins généralistes que chez les dermatologues. Cela entraîne donc des problèmes médico-légaux. Une formation plus poussée doit être délivrée pour réaliser ce geste (43, 44).

2.2.6. Le manque de formation

La pratique courante du médecin généraliste est influencée par sa formation.

Celle-ci inclut l'apprentissage théorique et pratique acquis tout au long des études, complété ensuite par l'expérience clinique et la formation médicale continue.

Les généralistes jugeaient la formation initiale et continue insuffisante.

Plusieurs études évaluaient l'acquisition de connaissances concernant l'examen clinique cutané. Une étude portait sur 223 étudiants en médecine de l'université de Boston. Elle démontrait que 52 % des étudiants n'avaient pas de compétence pour la réalisation d'un examen clinique complet cutané, 35 % n'en avaient jamais réalisé et 28 % n'en avaient jamais vu la pratique au cours de leurs études (45).

Une autre étude portant sur 342 internes de médecine, dans 7 écoles américaines de médecine, retrouvait des résultats similaires. Soixante seize pour cent des étudiants ne s'étaient jamais entraînés à réaliser un examen clinique cutané, 53 % n'en avaient jamais observé la réalisation et plus de 57 % ne l'avaient jamais pratiqué. Seulement 15,9 % des étudiants se considéraient comme compétents vis-à-vis de la pratique de l'examen clinique cutané (46).

Ainsi, le manque de formation peut expliquer les difficultés de prise en charge des pathologies dermatologiques et le sentiment d'incompétence ressenti parfois par les généralistes.

2.2.7. Le rôle majeur de l'expérience

Selon les généralistes l'amélioration des compétences en dermatologie se faisait surtout avec la fréquence des pathologies vues au fil du temps.

Une étude a montré que la reconnaissance du mélanome était proportionnelle à l'exposition du mélanome dans la pratique quotidienne (47). Les généralistes ayant vu beaucoup de mélanomes dans leur pratique les reconnaissaient plus facilement sur les diapositives.

Dans l'étude quantitative (4), l'aisance de prise en charge et les certitudes diagnostiques augmentaient avec l'âge du généraliste, avec sa durée d'installation et le nombre de pathologies vues. Cela rejoint les données de notre étude, la fréquence des pathologies jouait un rôle majeur dans l'amélioration des compétences. A l'inverse, pour les remplaçants, l'absence de suivi des patients était un frein pour leur apprentissage.

2.2.8. Les démarches diagnostiques

Deux types de démarche diagnostique étaient évoqués par les généralistes :

- la démarche hypothético-déductive (48)

C'est la démarche la plus fréquemment utilisée en médecine générale. La reconnaissance immédiate est rare.

Le médecin repère les éléments clés de la situation clinique qui lui paraissent essentiels pour le diagnostic, tels que l'écoute du patient, l'interrogatoire et l'examen clinique. Il formule ensuite plusieurs hypothèses diagnostiques pour tenter d'expliquer la situation. Il évalue ensuite chaque hypothèse de deux manières :

- les éléments observés « collent-ils » avec l'hypothèse ?
- dans le cas où l'hypothèse serait juste, les éléments attendus sont-ils présents ?

La confrontation des deux processus permet de réfuter plusieurs hypothèses et d'aboutir à un ou plusieurs diagnostics plausibles. Il convient ensuite, soit de les confirmer par des explorations complémentaires ou par l'« épreuve du temps », soit de traiter.

Le médecin expérimenté choisit les meilleurs éléments clés pour cadrer de manière opérationnelle la situation, et émet d'emblée les hypothèses diagnostiques les plus pertinentes. Celles-ci sont peu nombreuses.

- La démarche analogique (48)

Elle consiste à reconnaître du premier coup la maladie typique ou déjà connue. Elle fait appel à l'expérience et procède par reconnaissance.

En dermatologie, les médecins utilisaient plus souvent la démarche analogique que dans les autres disciplines. Ceci s'explique par le caractère visuel de la dermatologie qui évoque spontanément des souvenirs par reconnaissance.

2.2.8.1. Une incertitude diagnostique très présente

Les médecins évoquaient une difficulté à gérer l'incertitude diagnostique.

G. Bloy, sociologue, a enquêté auprès de 2 000 médecins généralistes français sur la question de l'incertitude (49). L'incertitude tient à deux choses : le rapport au savoir médical et les rapports sociaux liés à l'exercice libéral.

L'incertitude liée au savoir se déploie sur 3 niveaux :

- Niveau 1 : « la maîtrise imparfaite ou incomplète du savoir médical »
- Niveau 2 : « les limites propres à la connaissance médicale »
- Niveau 3 : « la distinction entre ses propres limites et celles de la science »

Le Dr Braun, médecin généraliste autrichien, a étudié le doute en médecine générale (50).

En médecine générale, la faible prévalence des maladies graves impose une démarche diagnostique probabiliste qui tient compte de cette réalité statistique.

Le patient consulte souvent dès l'émergence des symptômes. A ce stade précoce, il est difficile de faire un diagnostic précis et définitif. Après avoir écarté une évolution grave à court terme, la décision peut être la mise en attente jusqu'au développement éventuel de l'affection. La faible prévalence et le stade précoce des maladies ne permettent pas d'élaborer d'emblée un diagnostic complet. Le "résultat de consultation" proposé par Braun est un diagnostic de situation qui laisse une place au doute.

L'incertitude diagnostique fait partie de la pratique du médecin généraliste, elle n'empêche pas la prise de décision.

Comme les médecins l'évoquaient dans notre étude, l'élimination des signes de gravité et le suivi de l'évolution des lésions permettent d'avancer dans la démarche clinique, malgré

l'absence de diagnostic précis.

La difficulté à gérer l'incertitude portait essentiellement sur les tumeurs cutanées. On peut expliquer cela par la gravité potentielle de ces lésions.

2.3. Le généraliste, le patient et sa pathologie cutanée

2.3.1. Le rôle du médecin

Selon les généralistes, leur rôle comprenait l'écoute, la disponibilité, le suivi, l'établissement d'une relation de confiance. Cette définition correspond à l'approche bio-psycho-sociale de Engel (51). Ce modèle global intègre les fonctions spécifiques de la médecine générale : le premier recours, la prise en charge globale, la continuité et le suivi, la coordination des soins et le rôle de santé publique.

Une définition consensuelle de la médecine générale a été validée par la World Organisation of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians (WONCA), en 2002, avec la coopération de l'OMS. Elle comprend 11 critères qui ont été évoqués en grande partie et spontanément par les médecins de notre étude, notamment :

- le premier contact avec le patient ;
- la relation de confiance médecin patient ;
- le suivi du patient ;
- le recours aux autres spécialistes, la coordination des soins ;
- l'intervention au stade précoce des maladies ;
- la prise en charge de motifs multiples de consultation ... (annexe 3)

2.3.2. L'attitude du patient

2.3.2.1. La dermatologie semblant non prioritaire

Dans notre étude, le patient évoquait souvent son problème cutané en fin de consultation.

Une thèse de 2006 a étudié les demandes de fin de consultation (52). Les problèmes

dermatologiques étaient classés en deuxième position après les problèmes généraux, soit 12,8 % des motifs de fin de consultation. La cause principale était que les patients n'y avaient pas pensé dans 81 % des cas.

On peut donc en déduire que les problèmes cutanés n'ont pas souvent une importance primordiale pour le patient.

2.3.2.2. Le manque de confiance du patient

Les généralistes ressentent parfois un manque de confiance de leurs patients.

Une étude a comparé la confiance des patients dans la prise en charge par les médecins généralistes et par les dermatologues (53). Sur un total de 137 patients, la confiance des patients envers le médecin généraliste, pour traiter les éruptions cutanées, était de 62 % et, pour diagnostiquer le cancer de la peau, 65 %, contre respectivement 92 % et 91 % pour le dermatologue. Le taux de satisfaction des soins rendus était supérieur pour les dermatologues mais était tout de même élevé pour le généraliste (81 % versus 92 %).

On peut rapprocher cela au fait que les généralistes avaient l'impression que la dermatologie était trop spécialisée selon le patient.

Selon une étude réalisée fin 2007 sur les effets de la réforme du parcours de soins qui couvre 10 000 patients (54), 76 % disaient avoir l'habitude de demander son avis au médecin traitant avant de consulter un dermatologue mais seulement 52 % jugeaient utile de demander l'avis du médecin traitant avant (contre 72% pour les cardiologues, par exemple). Et même un quart des patients ne jugeait pas du tout utile de demander l'avis du médecin traitant avant.

On constate donc que beaucoup de patients estiment que leur médecin traitant n'est pas assez spécialisé et/ou compétent pour prendre en charge leur problème cutané. Les patients semblent méconnaître les compétences des généralistes en dermatologie et se dirigent spontanément vers le dermatologue.

2.3.2.3. Le non respect du parcours de soins

Selon l'IRDES (14), la proportion de consultations en accès direct en dermatologie a diminué entre 2004 et 2006, passant de 61 % à 28 %. C'est une des spécialités où

l'accès direct a le plus diminué. L'accès direct chez le dermatologue était un des plus importants en 2004.

Cette tendance passée peut expliquer les habitudes d'accès directs du patient. Puis, pour des raisons de remboursement, le patient se voit contraint de demander à posteriori le courrier au généraliste.

Comme on l'a vu précédemment (54), le patient jugeait l'avis du généraliste pas du tout utile dans un quart des cas, probablement par non connaissance des compétences du généraliste. Ceci peut être expliqué par le fait qu'ils étaient habitués à un accès direct chez le dermatologue, auparavant.

2.3.2.4. L'angoisse du patient

Les généralistes ressentent une angoisse du patient concernant les pathologies cutanées.

Différentes études ont montré que les problèmes cutanés généraient une angoisse chez le patient. Une étude a montré que, dans la lucite estivale, 22% des patients présentaient une anxiété et 8%, une dépression (55). Une autre étude du même auteur a retrouvé, dans le psoriasis, une anxiété dans 37 % des cas et une dépression dans 12 % des cas (56).

Une étude allemande a montré que, sur 247 patients hospitalisés en service de dermatologie, la prévalence des modifications psychologiques variait entre 25,9 % et 31 %. La prévalence des troubles psychologiques était un peu plus élevée que celle observée en oncologie, cardiologie et neurologie (57).

Les pathologies cutanées génèrent de l'angoisse pour les patients car elles sont visibles. Cela peut être expliqué aussi par la mauvaise perception de l'entourage. Cette angoisse peut être liée notamment à la peur d'être étiqueté comme contagieux, négligé.

2.3.3. La complexité du déshabillage

Les patients semblaient réticents à se déshabiller, et le médecin n'osait pas toujours demander à son patient de se dévêtir.

Selon le Dr GROB, dermatologue, les freins au déshabillage étaient (58) :

- la durée moyenne de la consultation en médecine générale ;
- le temps passé à se dévêtir et se revêtir, notamment pour les personnes âgées ;
- la réticence des patients à montrer des zones intimes ;
- la réticence à montrer des zones d'hygiène douteuse.

Une étude s'intéressait aux freins et facteurs facilitant l'examen clinique complet, grâce à 1 669 questionnaires (59). Parmi tous les médecins, les trois principaux obstacles à la réalisation d'examens complets de la peau étaient les suivants :

- les contraintes de temps ;
- les comorbidités ;
- la gêne des patients.

Les facteurs facilitant l'examen cutané étaient :

- les patients à haut risque cutané ;
- la demande directe des patients pour un examen cutané ;
- la formation médicale.

2.4. Le généraliste et le dermatologue

2.4.1. Les indications de la demande d'avis

Les indications de la demande d'avis rejoignaient celles d'autres études.

Dans la majorité des études, l'avis était principalement demandé pour les pathologies tumorales.

Selon une étude américaine, les généralistes adressaient les patients à un dermatologue pour une biopsie d'une lésion suspecte, pour confirmer un diagnostic ou pour établir un diagnostic des lésions d'origine inconnue (60).

Dans la thèse quantitative (4), l'avis du dermatologue était le plus souvent souhaité pour les tumeurs bénignes et malignes. Il était souhaité dans 76,4 % des cas de tumeur. A l'inverse, ils souhaitaient peu d'avis pour les pathologies bactériennes (12,5 %), mycosiques (8,8 %) ou les lésions traumatiques (8,8 %). Pour la dermatite atopique et les allergies, pathologies les plus fréquentes, un avis était souhaité dans 17 % des cas. Pour les infections virales et le psoriasis, un avis était souhaité pour, respectivement, 23,5 % et

30,2 % des patients.

La demande d'avis pour certaines pathologies peut être liée à une prise en charge spécifique du dermatologue. En effet, le psoriasis étendu requière des traitements exclusivement prescrits par le dermatologue. Les tumeurs nécessitent un diagnostic plus précis grâce à la dermatoscopie, utilisée quasi exclusivement par les dermatologues.

2.4.2. Les relations entre généraliste et dermatologue

2.4.2.1. Les moyens de communication

Très peu de données sont retrouvées dans la littérature concernant le manque de communication en général entre généralistes et dermatologues.

Avant le parcours de soins, l'accès direct était très élevé (61%) pour le dermatologue. Ainsi la communication était beaucoup moins importante avec le dermatologue qu'avec les autres spécialistes. Mais l'accès direct s'est nettement réduit depuis la réforme de 2006. Cela peut expliquer le besoin de contact avec le dermatologue. Ces deux spécialités avaient pour habitude de travailler de façon individuelle, mais depuis la réforme du parcours de soins coordonnés, les patients vont voir initialement le généraliste qui décide ou non du besoin de l'avis du dermatologue. Donc une relation plus fréquente s'est établie entre généraliste et dermatologue mais la communication ne s'est pas assez développée selon les généralistes.

Concernant les courriers, certains généralistes évoquaient l'utilisation de courrier stéréotypé, « standard » pour examen du revêtement cutané.

Une étude anglaise portant sur des courriers d'adressage au stomatologue a montré que la qualité et la quantité de l'information différait significativement entre des courriers standards et des courriers non standards en texte libre (61). Les courriers standards contenaient plus d'information et des informations souvent absentes dans les courriers non standards. D'autres études ont confirmé l'apport bénéfique de lettre standard (62).

2.4.2.2. Des relations compliquées entre généraliste et dermatologue

Les médecins de l'étude évoquaient un sentiment d'infériorité que leur renvoyaient les

spécialistes.

Dans une thèse sur la représentation de la spécialité de médecine générale, 11 généralistes étaient interrogés (63). Ils évoquaient également ce sentiment de hiérarchie. Il provenait d'une réaction de rejet pendant la formation, dans un milieu hospitalier jugé trop inhumain, trop technique, et hiérarchique. Les généralistes avaient le sentiment d'être en position d'infériorité, avec l'idée d'un statut supérieur des spécialistes, d'un élitisme. Ce sentiment persistait après la sortie du cursus d'étude, ils étaient 8 sur 11 médecins à l'évoquer. Sept des 11 médecins avaient choisi de ne pas faire de carrière hospitalière, du fait d'une expérience négative en milieu hospitalier ou d'un rejet de la hiérarchie. La voie de la médecine générale pendant les études était perçue comme celle de l'échec.

Donc, une mauvaise image de la médecine générale développée dès le début des études médicales peut expliquer ce sentiment de hiérarchie.

2.4.3. Le parcours de soins coordonnés

L'activité de dermatologie a nettement augmenté depuis la réforme de 2004, c'est une des spécialités où l'accès direct a le plus diminué avec une baisse de 33 % (14). L'avis médical est demandé initialement au généraliste qui décide si le patient doit être vu ou pas par un dermatologue. Ce passage obligé plaît au généraliste, il voit plus de patients présentant une pathologie dermatologique qu'auparavant.

Mais un problème agaçait les généralistes : certains patients voyaient le dermatologue en accès direct ou prenaient le rendez-vous sans leur demander leur avis avant. Puis ils demandaient a posteriori le courrier au généraliste pour le remboursement de la consultation spécialisée. Ceci peut être expliqué par l'habitude que les patients avaient d'accéder directement au dermatologue avant la réforme. En effet l'accès direct était très élevé en dermatologie (62 %). On peut évoquer également le manque de confiance des patients dans les compétences en dermatologie de leur généraliste.

Une autre explication peut être la durée des délais de rendez-vous qui explique que le patient anticipe la prise de rendez-vous chez le dermatologue avant d'avoir vu le généraliste.

Le retour de courrier était très apprécié par les généralistes.

Une étude portant sur les courriers entre pédiatres et généralistes a montré que le taux

de satisfaction des généralistes était augmenté significativement par les commentaires des spécialistes par courrier et plus encore par l'association courrier et téléphone (64). Une meilleure communication entre les généralistes et les spécialistes augmentait la satisfaction des généralistes et la qualité des retours de courriers.

2.5. Les propositions des médecins généralistes

2.5.1. L'amélioration de la formation

Les généralistes souhaitaient une amélioration de leur formation.

De nombreuses études ont montré l'apport bénéfique d'une formation sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique, principalement sur le dépistage du mélanome.

Une étude s'est intéressée à la pratique du dépistage de cancer cutané chez 659 étudiants en médecine (65). Quarante trois pour cent n'avaient jamais vu un cancer cutané. Les étudiants formés au moins une fois sur le dépistage de cancer cutané étaient 7 fois plus susceptibles de se considérer comme assez ou très qualifiés pour ce dépistage. Cette étude montrait la nécessité d'une formation suffisante en dermatologie notamment dans le dépistage cutané où la détection précoce est importante.

Une étude a été réalisée dans le Haut Rhin pour connaître les effets d'une formation en dermatologie (66). Six cent trente médecins généralistes et 120 médecins du travail du département ont reçu des courriers répétés, du matériel (affiches, plaquettes) pour leur salle d'attente, et ont été invités à des séances de formation médicale continue (photographies). L'amélioration la plus sensible durant la formation concernait la capacité à reconnaître les mélanomes. Elle n'était que de 59 % en début de séance (photographies d'évaluation initiale) mais augmentait à 84 % en fin de séance (photographies d'évaluation finale). L'attitude proposée face à une photographie de mélanome était jugée « adaptée » dans 86% des cas en début de séance contre 94% en fin de séance. L'amélioration dans le dépistage cutané après une formation continue était importante. Mais l'étude n'avait pas évalué les compétences de dépistage à distance de cette formation.

De nombreuses études montraient l'apport bénéfique de la formation en dermatologie, même courte, pour les médecins généralistes (67,68).

2.5.2. L'incitation au déshabillage des patients

Les généralistes souhaitaient s'habituer à dévêtir le patient plus souvent pour permettre un examen cutané plus efficace.

Selon le Dr GROB (58), le généraliste devait faire un examen du revêtement cutané au moins une fois par an, mais pas systématiquement à chaque consultation au risque de rendre le patient méfiant vis-à-vis de cette intrusion dans son intimité. Il fallait insister sur le déshabillage chez les personnes à risque, c'est-à-dire les patients diabétiques, les sujets âgés, les patients au phototype clair. Il proposait d'envoyer au dermatologue tous les patients à haut risque cutané, c'est-à-dire ceux aux multiples nævi, aux antécédents de mélanome et les transplantés d'organe.

2.5.3. Les photos dans les dossiers

Les généralistes souhaitaient prendre des photos des lésions pour suivre leur évolution. Selon le Collège des enseignants en Dermatologie de France (CEDEF), la photographie des lésions est utile dans de nombreuses situations. Elle sert d'élément de surveillance (nævus, angiome) et peut être télétransmise (images numériques). Elle est utilisée dans un but de diagnostic, de suivi thérapeutique, mais aussi pour la formation médicale. Dans tous les cas, la photographie doit être prise avec l'accord du malade (37).

La prise de photographies est une pratique courante pour les dermatologues.

2.5.4. La télé-médecine

2.5.4.1. Les modalités

La télé-dermatologie en différé, souvent nommé en anglais "*store-and-forward consult*" utilise des photographies numériques générées par un appareil photo numérique (69). Ces photos sont généralement associées à des informations sur l'histoire clinique du patient, ses antécédents, ses traitements, etc... Le surnom de "*store-and-forward*" est expliqué par le fait que ces consultations sont générées, envoyées, et examinées à des moments différents. Un dermatologue examine normalement ces photos et informations plusieurs heures à plusieurs jours après. Par conséquent, lorsque cette technique est utilisée, les dermatologues et les patients n'ont aucune interaction ensemble puisqu'ils

sont séparés à la fois dans l'espace et le temps. L'équipement de base nécessaire est modeste et inclut un ordinateur personnel, une ligne de communication (qui peut être une ligne téléphonique existante), un logiciel pour visualiser les images et un appareil photo numérique.

La télé-dermatologie en direct, communément nommée en anglais "*real time consult*" consiste en une consultation en vidéo-conférence. (69) Le patient, le dermatologue, et, dans certains cas, le généraliste, interagissent les uns avec les autres en temps réel via une liaison par vidéo-conférence. Le moniteur vidéo-conférence fournit des images visuelles dynamiques. Lorsque cette technique est utilisée, le patient et le dermatologue sont séparés dans l'espace, mais pas dans le temps. Le dermatologue interroge directement le patient comme dans une consultation traditionnelle. L'ensemble des lignes de communication doit permettre de fournir des liaisons vidéo de bonne qualité.

Les médecins de notre étude ont évoqué ces deux techniques, elles leur paraissaient adaptées à la dermatologie du fait du caractère visuel de cette discipline. La télé-dermatologie en différé leur paraissait plus adaptée à leur pratique libérale.

2.5.4.2. Les indications

Les indications de la télé-dermatologie, évoquées par les généralistes de notre étude, concordaient avec les données de la littérature.

- une solution aux problèmes d'accessibilité sur le territoire

Aux États-Unis encore plus qu'en France, les zones rurales sont importantes et pauvres en dermatologues. Ceux-ci sont concentrés au niveau des zones urbaines et leur nombre décroît. L'accès au dermatologue est donc limité en zone rurale. Des études ont été développées dans les zones rurales (70). Elles ont montré que les deux systèmes, en différé et en direct, permettaient d'accroître l'accès aux dermatologues pour les populations vivant dans les zones rurales, mal desservies médicalement.

- une aide diagnostique et/ou thérapeutique

C'est actuellement la consultation de télé-dermatologie la plus courante aux États Unis.

Elle est décrite comme « *consultative* ». L'objectif principal est de fournir des recommandations détaillées et utiles au généraliste, pour l'aider dans sa prise en charge. Pour cela, les deux systèmes, en différé et en direct doivent être efficaces. De nombreuses études ont comparé les deux systèmes avec la consultation classique. Ces comparaisons ont porté sur la précision diagnostique (taux de diagnostic correct) et sur l'accord diagnostique (taux d'accord entre deux personnes ou la même personne) (71). Les résultats de ces études étaient les suivants :

Concernant l'accord diagnostique :

- ⤴ Télé-dermatologie en différé
 - ⤴ Accord diagnostique complet : de 41 à 89%
 - ⤴ Accord diagnostique partiel : de 51 à 95%
- ⤴ Télé-dermatologie en direct
 - ⤴ Accord diagnostique complet : de 54 à 80%
 - ⤴ Accord diagnostique incomplet : de 80 à 99%

Concernant la précision diagnostique :

- ⤴ Télé-dermatologie en différé
 - ⤴ Quatre études ont trouvé des taux entre la télémédecine (précision complète de 53 à 71%; précision partielle de 68 à 85%) et la consultation classique (précision complète de 59 à 72%; précision partielle de 80 à 97%) similaire.
 - ⤴ Une étude a trouvé des taux pour la télémédecine (précision complète de 79%) plus hauts que ceux pour la consultation classique (précision complète de 30 à 42%).
- ⤴ Télé-dermatologie en direct : pas de données sur la précision diagnostique.

Ainsi, les résultats étaient assez disparates. Mais, en général, ils étaient acceptables voire très bons pour utiliser la télémédecine en dermatologie.

- Pour définir le besoin d'une consultation de dermatologie

La télé-dermatologie permet ainsi d'éviter des rendez-vous chez le dermatologue. En effet, des études ont montré que la télé dermatologie en différé empêchait 13 à 58 % des consultations de dermatologie. Pour le système en direct, les consultations étaient

évitées dans 44,4 à 82 % des cas (72).

Ainsi, la télé-dermatologie peut permettre d'éviter des déplacements de patients. Cela semble intéressant dans les zones pauvres médicalement et pour les patients présentant des difficultés de locomotion.

- pour évaluer un degré d'urgence des pathologies cutanées

Les généralistes ont insisté sur la difficulté à évaluer le degré d'urgence d'une lésion cutanée. Ils voyaient un intérêt de la télé-dermatologie dans ces cas-là.

Beaucoup d'études ont évalué ce type de consultation nommé « *triage* ». Le dermatologue, au vu de la lésion, évalue si le patient a besoin d'être vu rapidement en consultation. Il priorise les patients en fonction de leur gravité et de l'urgence de leur état (72). Les études ont surtout évalué le triage dans le cadre des tumeurs cutanées. En effet, c'est l'une des seules urgences en dermatologie. Une étude prospective réalisée au Royaume Uni a évalué le triage des patients pour le mélanome et le cancer spino-cellulaire grâce à la télé-dermatologie en différé (73). Le temps d'attente pour les patients atteints de mélanome photographiés était de 14 jours et 13,5 jours pour les CSC, contre 24 jours dans le cadre de la consultation traditionnelle. Ce système était donc bénéfique comme système de triage pour les lésions cutanées potentiellement malignes, en définissant mieux les priorités et donc en améliorant les résultats cliniques.

Le but était d'évaluer une urgence potentielle et non pas forcément de poser un diagnostic. Les généralistes de notre étude étaient souvent gênés par le diagnostic de tumeurs cutanées et cela engendrait une inquiétude quant à la définition du délai de rendez vous chez le dermatologue.

Cet outil est donc intéressant pour trier les tumeurs potentiellement malignes et ainsi diminuer les pertes de chance.

2.5.4.3. Les bénéfices

Des études ont montré que les généralistes amélioraient leur capacité thérapeutique et diagnostique en raison d'une rétroaction régulière et des interactions avec le dermatologue (70). C'est en accord avec ce que pensaient les généralistes de notre étude. En effet, ils pensaient que ce système pouvait améliorer leurs compétences mais également leur relation avec le dermatologue.

2.5.4.4. Les limites

– les limites techniques

Dans notre étude, la nécessité de matériel technique semblait être un frein au développement de la télé-médecine en médecine générale.

Une étude de faisabilité de télé-expertise en dermatologie montrait que sur 39 dossiers photos, 3 dossiers n'avaient pas pu être analysés correctement car les photographies étaient floues ou trop sombres (74). Le matériel photographique était pourtant de qualité. Cependant, celui-ci n'a pas été utilisé de façon optimale par manque de formation des utilisateurs et par manque de disponibilité du matériel. En plus du matériel de qualité indispensable à un acte de télé-médecine, la formation des utilisateurs est fondamentale.

L'importance d'un matériel photographique de qualité a été démontrée (75). Bien qu'il y ait un débat quant à l'importance de la taille de l'image, il a été démontré que des images de 720 x 500 pixels étaient adaptées pour le diagnostic. De plus, n'importe quel appareil avec une capacité de 1,3 millions de pixels devait être suffisant. Les paramètres significatifs pour la qualité d'image étaient beaucoup plus liés à la compétence de l'opérateur au niveau de l'éclairage et de la mise au point qu'à la résolution de la photographie.

Donc la formation à l'utilisation des appareils photographiques semble indispensable, mais l'appareillage nécessaire est modeste et tout généraliste peut se le procurer. Au contraire, la visio-conférence nécessite un matériel beaucoup plus coûteux et complexe et est donc moins applicable en médecine générale.

– les limites liées aux dermatologues

Les généralistes doutaient de l'adhésion des dermatologues à des systèmes de télé-dermatologie, du fait notamment, du temps nécessaire.

Peu d'études ont évalué la satisfaction des dermatologues qui pratiquaient la télé-dermatologie. La plupart des dermatologues rapportaient une satisfaction accrue. Mais de nombreux dermatologues avaient une confiance dans leurs diagnostics qui était diminuée (70).

Les dermatologues critiquaient la qualité de l'image, l'absence de relation directe avec les patients, l'absence de toucher des lésions et l'aspect chronophage du système (76).

– les limites liées aux généralistes

Les études ont montré des avis assez mitigés. Elles notaient une certaine insatisfaction liée au temps supplémentaire requis et aux efforts nécessaires pour relayer les diagnostics aux patients, prescrire des médicaments ou exécuter des procédures.

Une étude retrouvait une augmentation de la durée de la consultation avec le système en différé de 3 minutes 30 (77). Le temps supplémentaire requis était justement ce que craignaient les généralistes de notre étude.

– les limites liées aux pathologies

Selon les généralistes de notre étude, la télé-dermatologie ne pouvait pas s'appliquer au diagnostic de lésions pigmentées. En effet, une étude a montré que la consultation classique avec le patient permettait un meilleur diagnostic qu'avec la télémédecine en ce qui concerne les lésions pigmentées (78). Cependant, dans la majorité des cas, la conduite à tenir était concordante.

La télé-dermatologie peut être risquée pour le diagnostic des lésions pigmentées. En effet, la lésion choisie pour être expertisée peut ne pas être la plus ou la seule suspecte. Une étude a mis en évidence 7 mélanomes manqués sur l'analyse de 36 lésions lors de consultations en télé-dermatologie (79). L'examen attentif du corps entier reste ainsi indispensable dans le domaine des lésions tumorales.

Donc le diagnostic de tumeurs pigmentées paraît difficile avec la télé-dermatologie. Par contre, le triage des lésions pour définir un délai de consultation pour voir le dermatologue peut être intéressant, comme nous l'avons vu précédemment.

– le coût

La littérature montrait que la télé-dermatologie en différé était économiquement viable (70). Que ce soit à but consultatif ou de triage, elle offrait un moyen rentable de fournir des consultations de dermatologie. Le rapport coût efficacité était encore meilleur pour les patients vivant dans les communautés géographiquement isolées ou médicalement mal desservies.

Les analyses économiques pour la télé-dermatologie en direct aboutissaient à des conclusions mixtes (70). Bien que certaines études ont montré un bon rapport coût-efficacité, d'autres ont suggéré que le coût serait plus important que les soins

conventionnels. Mais ce système était moins coûteux et donc plus intéressant lorsque les patients présentaient des distances de déplacement plus longues.

2.5.4.5. Comparaison des deux systèmes

Les généralistes estimaient que la télé-dermatologie en différé était beaucoup plus adaptée à leur pratique de médecine libérale. En effet le système en différé est plus simple au niveau du matériel et au niveau organisationnel. C'est un système moins coûteux que celui en direct. Le système en direct paraît difficilement applicable dans la pratique du médecin généraliste.

Le tableau ci-dessous résume les principaux avantages et inconvénients des deux méthodes (70).

	SYSTÈME EN DIFFÉRÉ	SYSTÈME EN DIRECT
AVANTAGES	Moins de matériels Moindre coût Flexibilité de programmation de la consultation du fait du caractère asynchrone Coordination avec le dermatologue non requise	Interaction directe entre le dermatologue, le patient et le généraliste
INCONVÉNIENTS	Capacité diagnostique du dermatologue dépend de la qualité des photos et de l'histoire clinique Frustration du dermatologue devant informations insuffisantes Absence d'interaction directe avec le dermatologue	Matériel Coût Planification de la consultation indispensable du fait du caractère synchrone Coordination avec le dermatologue requise

Comparaison des deux systèmes de télé-dermatologie, en différé et en direct.

VII. CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis d'identifier précisément les difficultés des généralistes dans la prise en charge des pathologies cutanées.

Le diagnostic des tumeurs cutanées leur posait le plus de problèmes, avec une incertitude diagnostique souvent difficile à gérer. Les généralistes se plaignaient d'un manque de formation qu'ils souhaitaient voir s'améliorer. La relation de confiance médecin patient semblait importante pour rassurer le patient, souvent inquiet vis-à-vis de sa peau. Les généralistes jugeaient l'accessibilité aux dermatologues difficile et des contacts insuffisants avec ces spécialistes.

La télé-dermatologie en différé semblait être une solution adaptée pour améliorer l'accessibilité et pour définir un délai de rendez vous chez le dermatologue.

La mise en place d'un système de télé-dermatologie nécessite d'autres études préliminaires. En effet, une étude qualitative recueillera les avis des dermatologues concernant la prise en charge des pathologies dermatologiques en médecine générale et la mise en place d'un système de télé-dermatologie. Il restera à étudier l'adhésion des patients pour un système de télémédecine.

Enfin, la télé-dermatologie devra comporter une étude de faisabilité grâce à l'expérimentation d'une étude pilote en médecine générale, en Haute Normandie.

BIBLIOGRAPHIE

1. <http://omg.sfmjg.org/content/donnees/top25.php>
2. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Juin 2004. N°315.
3. etudeecogen.fr
4. AVOGADRO S. Les problèmes cutanés en médecine générale : une étude quantitative...
5. AUBERT C. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecin généralistes en Haute Normandie. Thèse pour le doctorat en médecine. Rouen : UFR de médecine de Rouen. 2012. 100 p.
6. MERENSTEIN D, MEYERS D, KRIST A. et al. How well do family physicians manage skin lesions? *Journal of Family Practice*. 2007. 56(1). 40–5.
7. KERR OA, TIDMAN MJ, WALKER JJ et al. The profile of dermatological problems in primary care. *Clinical & Experimental Dermatology*. 2010. 35(4). 380–3.
8. AWADALLA F, ROSENBAUM DA, CAMACHO F et al. Dermatologic disease in family medicine. *Family Medicine*. 2008. 40(7). 507–11.
9. DANET S. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. DREES. rapport 2011.
10. <http://www.univ-rouen.fr/>
11. COLDEFY M. Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Questions d'Économie de la Santé*. Avril 2011. N°164.
12. L'observatoire de l'accès aux soins: enquête auprès des français et des professionnels de santé. IFOP .Octobre 2011. N°19743.
13. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonné_a_l_hopital-2.pdf
14. LE FUR P., YILMAZ E. Modalités d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. *Question d'économie de la santé*. Août 2008. N°134. page 5.
15. BREUIL-GENIER P. Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent. INSEE première. 2000.
16. SICART D. Les médecins au 1er janvier 2012. DREES. Février 2012. N°167.
17. ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées,

- solidarité et santé. 2009. N°12.
18. MICHEAU J., MOLIERE E. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES. 2010. N° 15.
 19. <http://ameli-direct.ameli.fr/>
 20. Note de cadrage « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation ». HAS / Service évaluation économique et santé publique / Juin 2011.
 21. SIMON P., MARTIN P., RIVOIRON C. La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 2 monographies. ANAP. 176-180.
 22. <http://www.ticsante.com/show.php?page=story&id=459&story=459>
 23. DOMPMARTIN A., BLANCHERE JP., FAGUAIS E. Téléassistance des plaies à domicile. Caen. 2010. Consultable partir de : www.telap.org.
 24. SIMON P., MARTIN P., RIVOIRON C., La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 2 monographies. ANAP. 150-153.
 25. MOREAU A. et al. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien médecine générale. 2004. 18 (645). 382-384.
 26. TOUBOUL P. Recherche qualitative : la méthode des focus groupes, guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Département de Santé Publique, CHU de Nice.
 27. http://www.qsrinternational.com/other-languages_french.aspx
 28. FLESCHE-GEORGEL G. Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville : une spécificité de la médecine générale. A partir d'une enquête prospective sur 1172 consultations dans le Bas-Rhin. Thèse : Médecine, Strasbourg. 1998. N°50. 70p.
 29. DONVAL V. Polyvalence de la consultation de médecine générale. Thèse : Médecine, Paris ouest. 1998. n° 30. 69p.
 30. JAINE P. Pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en médecine générale. Thèse : Médecine, Marseille, 2005.
 31. HOUSIAUX S. Diagnostic et dépistage des tumeurs noires en médecine générale : analyse des besoins. Thèse 3ème cycle Médecine, Limoges. 2005. 137.
 32. FEDERMAN DG, KIRSNER RS. The abilities of primary care physicians in dermatology: implications for quality of care. Department of Medicine, Yale

- University School of Medicine, New Haven, CT, USA. *The American Journal of managed care*. 1997. 3(10). 1487-92.
33. HUE TRAN, KENG CHEN, LIM et al. Assessing diagnostic skill in dermatology: A comparison between general practitioners and dermatologists. *Australasian journal of dermatology*. 2005. 46. 230 – 234.
 34. MORENO, TRAN, CHIA et al. Prospective study to assess general practitioners' dermatological diagnostic skills in a referral setting. *Australasian journal of dermatology*. 2007. 48. 77 – 82.
 35. BASARAB, MUNN, JONES. Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology out-patient clinic. *British journal of dermatology (1951)*. 1996. 135. 70 – 73.
 36. OFFIDANI, SIMONETTI, BERNARDINI et al. General practitioners' accuracy in diagnosing skin cancers. *Dermatology (Basel)*. 2002. 205. 127 -130.
 37. Principe de l'examen dermatologique et les lésions élémentaires dermatologiques. Cours sémiologie. CEDEF. Mai 2011. 5.
 38. AL-HOQAIL, GAD, CRAWFORD. Dermatology practice in primary health care services : where do we stand in the Middle East ? *International Journal of Dermatology*. 2002. 41 (1). 4-7.
 39. CERVANTES, MANDON, DESJOUIS et al. Prise en charge des ulcères veineux en ville : enquête auprès des médecins généralistes. *La revue de gériatrie*. 2008. 33. 681-688.
 40. TAUVERON, PERRINAUD, FONTES et al. Connaissances et difficultés des médecins dans le traitement local des ulcères de jambe : Enquête auprès de médecins généralistes en Indre-et-Loire. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2004. 131. 781 – 786.
 41. LAPEERE, BROCHEZ, DE WEERT et al. Knowledge and management of scabies in general practitioners and dermatologists. *European Journal of Dermatology*. *Revue européenne de dermatologie de l'année 2005*. 15. 171-175.
 42. MENENDEZ VILLALVA C., GAMARRA MONDELO T., FERNANDEZ ALVAREZ R. Cryotherapy with nitrous oxide in primary care. *Aten primaria*. 2003. 15. 31(2). 87-92.
 43. MCWILLIAM, KNOX, WILKINSON et al. Performance of skin biopsies by general practitioners. *BMJ. British medical journal (International edition)*. 1991. 03. 1177-1179.

44. BAKHAI, HOPSTER, WAKEEL. A retrospective study comparing the accuracy of prehistology diagnosis and surgical excision of malignant melanomas by general practitioners and hospital specialists. *Clinical and experimental dermatology* (Print). 2010. 35. 63-67.
45. GELLER AC., PROUT M., SUN T. et al. Medical students' knowledge, attitudes, skills and practices of cancer prevention and detection. *Journal of Cancer Education*. 1999. 14. 72-7.
46. WISE E., SINGH D., MOORE M. et al. Rates of skin cancer screening and prevention counselling by US medical residents. *Archives of Dermatology*. 2009. 145(10). 1131-6.
47. BROCHEZ, VERHAEGHE, BLEYEN et al. Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions. *Journal of American Academy of Dermatology*. 2001. 44. 979-986.
48. HONNORAT C. L'approche Clinique en Médecine Générale. Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Rennes. 2009. P14.
49. BLOY G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*. 2008. 26. 67-91.
50. BRAUN RN. *Pratique, critique et enseignement de la médecine générale*. Paris : Payot. 1979.
51. ENGEL GL. The biopsychosocial model and medical education. *The New England Journal of Medicine*. 1982. 306. 802-5.
52. JOUANIN S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Thèse de médecine générale. Lyon. 2006. 79p.
53. FEDERMAN DG., REID M., FELDMAN SR. et al. The primary care provider and the care of skin disease: the patient's perspective. *Archives of dermatology*. 2001. 131(1). 25-9.
54. Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés: comportements et opinions. *Dossiers solidarité et santé* n°11. 2009.
55. RICHARDS; LING; EVANGELOU et al. Evidence of high levels of anxiety and depression in polymorphic light eruption and their association with clinical and demographic variables. *British journal of dermatology*. 2008. 159. 439-444.
56. RICHARDS, FORTUNE, WEIDMANN et al. Detection of psychological distress in patients with psoriasis: low consensus between dermatologist and patient. *British Journal of Dermatology*. 2004. 151. 1227-1233.

57. WINDEMUTH, STUCKER, HOFFMANN et al. The prevalence of psychological changes in dermatologic patients in an acute care setting. *Der Hautarzt*. 1999. 50. 338-343.
58. GROB. Quel patient déshabiller en médecine générale ? : le point de vue du dermatologue. *La revue du praticien. Médecine générale*. 2009. 404-406.
59. OLIVERIA SA., HENEGHAN MK., CUSHMAN LF. Et al. Skin cancer screening by dermatologists, family practitioners, and internists: barriers and facilitating factors. *Archives of Dermatology*. 2011. 147(1). 39-44.
60. LOWELL BA., FROELICH CW., FEDERMAN DG. et al. Dermatology in primary care : Prevalence and patient disposition. *Journal of the American Academy of Dermatology*. Août 2001. 45(2). 250-5.
61. NAVARRO; MIRANDA; ONOFRE et al. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2002. 31. 537-543.
62. THONG, MOK, LOKEA. Quality assurance survey to improve communication between specialists and general practitioners. *Singapore medical journal*. 2010. 51. 796-799.
63. ANIEL T. Comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité ? Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de médecine, Lyon Nord. 2008.
64. FORREST; GLADE; BAKER et al. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2000. 154. 499-506.
65. MOORE; GELLER; ZI ZHANG et al. Skin cancer examination teaching in US medical education. *Archives of dermatology (1960)*. 2006. 142. 439-444.
66. GRANGE ; HEDELIN ; HALNA et al. Évaluation d'une campagne de formation des médecins généralistes et des médecins du travail au dépistage du mélanome dans le Haut-Rhin. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2005. 132. 956-961.
67. FEDERMAN DG., CONCATO J., KIRSNER RS. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. A review of the literature. *Archives of Family Medicine*. 1999 Mar-Apr. 8(2). 170-2.
68. GERBERT B; BRONSTONE A; WOLFF et al. Improving Primary Care Residents' Proficiency in the Diagnosis of Skin Cancer. *Journal of General Internal Medicine*. 1998 February. 13(2). 91-97.
69. WHITED J. Teledermatology research review. *International Journal of dermatology*.

2006. 45. 220-229.
70. AKHILESH S., PATHIPATI, ARMSTRONG W. Teledermatology: Outcomes and Economic Considerations. Department of Dermatology, University of California, Davis United States of America. 2011.
 71. WHITED JD. Teledermatology Special Interest Group. Summary of the Status of Teledermatology Research. American Telemedicine Association. 2008.
 72. WHITED JD. Summary of the Status of Teledermatology Research. Teledermatology Special Interest group. American telemedicine Association. 2010.
 73. MAY C. GILES L., GUPTA G. Prospective observational comparative study assessing the role of store and forward teledermatology triage in skin cancer. Department of dermatology. Clinical and Experimental Dermatology. 2008. 33. 736-739.
 74. CELLARIER L. Etude de faisabilité de Téléexpertise en Dermatologie : A propos de 39 patients vus sur la clinique de Rhumatologie. Faculté de médecine de Grenoble. 2012.
 75. BITTORF A, FARTASCH M, SCHULER G et al. Resolution requirements for digital images in dermatology. Journal of the American Academy of Dermatology. 1997. 37. 195-8.
 76. EEDY DJ., WOOTTON R. Teledermatology: a review. Department of dermatology. University of Queensland, Australia. British Journal of dermatology. 2001.144.696-707.
 77. BERGHOUT R., EMINOVIC N, DE KEIZER N. et al. Evaluation of general practitioner's time investment during a store and forward teledermatology consultation. International journal of medical informatics. 2007. 765. S384-S391.
 78. MORENO-RAMIREZ D., FERRANDIZ L., NIETO-GARCIA A. et al. Store-and-forward teledermatology in skin cancer triage : experience and evaluation of 2009 teleconsultations. Archives of Dermatology. 2007. 143(4). 479-484.
 79. WARSHAW EM., LEDERLE FA., GRILL JP. et Al. Accuracy of teledermatology for pigmented neoplasms. Journal of the American Academy of Dermatology. 2009 Nov. 61(5). 753-65.

ANNEXE 1

Etude sur les délais de rendez vous en dermatologie en Haute Normandie

- Méthodologie

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 (rural, semi-rural, 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 l'avis du dermatologue	n=9	n=7	n=2	

Lieu d'exercice

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

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS

1) Quelles sont les difficultés liées à la prise en charge des pathologies dermatologiques ?

- Est-ce plutôt un problème de diagnostic ou de prise en charge ?
- Quelles sont les pathologies dermatologiques qui vous posent problème ? Pourquoi ?
- Selon vous, à quoi sont liées ces difficultés ? Pensez-vous manquer de formations, d'expérience ?
- Comment ces difficultés évoluent-elles avec le temps ? Qu'est-ce qui les fait évoluer ?
- Dans quels cas avez-vous besoin d'un avis ? S'il est urgent, comment faites-vous pour l'obtenir ?
- Avez-vous des difficultés pour obtenir des avis ? Pourquoi ?
- Est-ce que pour certaines consultations vous aimeriez avoir un avis mais vous ne le demandez pas ? Si oui pourquoi ?

2) Selon vous qu'est-ce qui pourrait améliorer la prise en charge des pathologies dermatologiques ?

- (*Si évocation de formations*) A quels types de formation en dermatologie souhaiteriez-vous participer ?
- De quelles façons pensez-vous pouvoir obtenir un avis dermatologique plus rapidement ?

3) Que pensez vous de l'instauration d'un système de téléexpertise pour améliorer la prise en charge des pathologies dermatologiques ?

- Quelles seront selon vous, les indications de cet outil ?
- Comment imaginez-vous l'installation d'un tel système ?
- Quelles sont vos craintes vis-à-vis d'un tel système ?
- Quels sont les points positifs qu'un tel système pourrait apporter dans votre pratique ?
- Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait faire que cet outil fonctionne et vous soit utile ?

ANNEXE 3

DÉFINITION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE SELON LA WONCA (2002)

La discipline médecine générale est définie par onze critères :

« 1-Premier contact habituel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.

2-Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.

3-Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.

4-Mode de consultation personnalisée à travers une relation Médecin/Patient privilégiée.

5-Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.

6-Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.

7-Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.

8-Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.

9-Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.

10-Responsabilité spécifique en terme de santé publique.

11-Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

RESUME

La dermatologie est fréquente en médecine générale. Les généralistes se sentent plutôt à l'aise en dermatologie mais souhaitent un avis du dermatologue dans un quart des cas. L'accessibilité difficile au dermatologue et la démographie médicale défavorable compliquent le référencement et renforcent le rôle essentiel du généraliste dans cette discipline.

Une étude qualitative a été réalisée grâce à 3 focus groups, en Haute Normandie, de février à mars 2012. Vingt six médecins généralistes étaient questionnés sur leurs difficultés et leurs propositions pour améliorer leur pratique en dermatologie.

Les généralistes étaient gênés par le diagnostic de lésions pigmentées et par le dépistage cutané. Ces difficultés étaient expliquées par un manque de formation. Au contraire, l'expérience jouait un rôle majeur dans leurs compétences. L'incertitude diagnostique était difficile à gérer, surtout pour les lésions potentiellement malignes. Elle entraînait une difficulté à évaluer un degré d'urgence.

La relation de confiance était essentielle pour rassurer le patient, souvent inquiet vis-à-vis de sa peau. Les généralistes ressentaient un manque de confiance du patient dans leurs compétences en dermatologie. L'accessibilité aux dermatologues était difficile, du fait des délais longs de rendez-vous et de leur disparité géographique. Les médecins regrettaient le manque de contact et le sentiment de hiérarchie avec les dermatologues.

Les médecins proposaient, en plus de l'amélioration de la formation, un système de télé-dermatologie en différé comme solution pour améliorer l'accessibilité au dermatologue et pour définir un délai de rendez vous adapté à la pathologie.

L'étude a permis d'identifier les différents aspects de la prise en charge de la dermatologie en médecine générale. La télé-dermatologie en différé peut améliorer la prise en charge des dermatoses. Les avis des dermatologues et des patients doivent être recueillis avant d'expérimenter ce système.

Mots clés : médecin généraliste, soins primaires, dermatologie, analyse qualitative, télémédecine, télé-dermatologie.