



HAL
open science

État des lieux des compétences des Internes de Médecine Générale et concordance diagnostique dans la prise en charge des pathologies cutanées en soins de santé primaires

Aïda Dione

► **To cite this version:**

Aïda Dione. État des lieux des compétences des Internes de Médecine Générale et concordance diagnostique dans la prise en charge des pathologies cutanées en soins de santé primaires. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00955511

HAL Id: dumas-00955511

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955511>

Submitted on 4 Mar 2014

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.

Université Bordeaux 2
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2013

N° 93

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par DIONE AÏDA
Née le 22 Octobre 1985 à SAINT-CLAUDE

Le 25 Octobre 2013

Titre de la thèse

ETAT DES LIEUX DES COMPETENCES DES INTERNES DE
MEDECINE GENERALE ET CONCORDANCE
DIAGNOSTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES
PATHOLOGIES CUTANEEES EN SOINS DE SANTE
PRIMAIRES

Directeur de thèse

Dr SEJOURNE JEAN-MICHEL

Jury

Mme	DOUTRE MARIE-SYLVIE (PU-PH)	Président
Mr	DUCOS GERARD (PU)	Juge
Mr	CAZANAVE CHARLES (MCU-PH)	Juge
Mr	OSSARD JEAN (Docteur)	Juge

Remerciements

A Madame, le Professeur DOUTRE Marie-Sylvie, présidente de jury,

Pour votre gentillesse, votre patience et votre investissement dans chaque étape de ce projet. Vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude ;

A Monsieur le Docteur SEJOURNE Jean-Michel, mon directeur de thèse,

Tu m'as soutenu durant les différentes crises rencontrées et nous avons mené à bien notre projet. Plus qu'un maître de stage, qu'un directeur de thèse ou qu'un confrère tu es mon ami et je te remercie pour cela ;

A Monsieur le Professeur DUCOS Gérard, membre du jury

Pour avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse.

Merci pour votre investissement dans la formation des internes en médecine générale. Veuillez trouver ici le témoignage de mes vifs remerciements.

A Monsieur le Maître de Conférence Universitaire CAZANAVE Charles, membre du jury

Merci pour ton enthousiasme et ton dynamisme. Ce travail n'aurait pas été possible sans toi.

A Monsieur le Docteur OSSARD Jean, membre du jury

Il est loin le temps où j'étais ton interne, mais j'ai l'impression que c'était hier.

Merci de me faire l'honneur et le grand plaisir d'être membre de mon Jury.

A ma famille :

Mes parents, qui m'ont toujours soutenu et encouragé. Vous m'avez appris que rien n'est impossible à qui se donne les moyens. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui et je vous serais éternellement reconnaissante, je vous aime.

Mes frères, je vous remercie de croire en moi, vous me donnez la force d'avancer et de me dépasser sans arrêt. **A ma belle sœur**, encore bienvenue dans la famille ...

A toi, mon cœur, merci pour ton aide durant les évaluations et pour tout le reste, je t'aime tout simplement.

Mes grands parents, vous avez toujours et êtes toujours bienveillants à mon égard, je suis fière d'être votre petite fille.

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

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

Aux autres :

A tous **les IMG** qui ont participé aux évaluations et qui ont rendu ce travail possible. Je sais que ce n'était pas évident de rester une demi-heure de plus, encore merci infiniment.

A **Monsieur le Professeur GAY Bernard** et au **DMG**, merci pour votre soutien et votre collaboration à ce travail.

Aux différents maitres de stages qui m'ont laissé présenter mes questionnaires en fin de cours : **Dr JOSEPH, Dr ROGER, Dr RUPP, Dr DUISIT, Dr GODART, et Dr PROUFF.**

Aux **équipes de la PMI de Pau et d'Orthez**, ce projet n'aurait pu aboutir sans votre compréhension, merci de m'avoir libéré le temps nécessaire à sa mise en place.

A **Christelle et Aurora**, mes bibliothécaires paloises pour l'aide dans ce travail.

Au **Dr DREAU** grâce à qui Excel est devenu un jeu d'enfant.

Aux **différents professeurs et maitres de stages** que j'ai rencontrés durant mon cursus, merci de m'avoir transmis votre savoir et votre expérience.

INTRODUCTION	P 8
1. Contexte et Généralités	P 9
1.1. La place de la dermatologie	
1.1.1. Dans la société	
1.1.2. Dans le cabinet de médecine générale, comme motif de consultation	P 10
1.1.2.1. Au niveau National	
1.1.2.2. Au niveau International	P 11
1.1.3. Le Parcours de soins	P 12
1.1.4. Les changements pour le Généraliste	P 13
1.2. Les Pathologies rencontrées au cabinet	P 15
1.2.1. Revue de la littérature	
1.2.1.1. Nationale	
1.2.1.2. Internationale	
1.2.2. Le choix des pathologies	P 17
1.2.3. Les pathologies retenues	P 18
1.3. La formation en dermatologie	P 21
1.3.1. La PACES	
1.3.2. Le cycle sémiologique: PCEM2 et DCEM1 (L2, L3 Santé)	P 22
1.3.3. L'Externat ou le Cycle Pathologie: DCEM2-DCEM3-DCEM4 (M1, M2, M3 Santé)	P 24
1.3.4. Le troisième cycle des études médicales	P 26
2. Matériel et Méthode	P 30
2.1. Problématique	
2.2. Objectif	
2.3. Description de la méthode	P 31
2.3.1. Sélection des internes	
2.3.1.1. Critère d'Inclusions	
2.3.1.2. Critère d'Exclusions	
2.3.2. Evaluation des IMG	P 32
2.3.2.1. Les Conditions d'évaluation	
2.3.2.2. Calendrier des évaluations	
2.4. Questionnaire pour interne	P 34
2.4.1. Partie Epidémiologique	
2.4.1.1. Caractéristiques des IMG interrogés	
2.4.1.2. Caractéristiques des maîtres de Stage	
2.4.2. Partie Clinique	P 35
2.4.2.1. Choix des pathologies	
2.4.2.2. Le Diaporama	P 38
2.4.2.2.1. Iconographie	
2.4.2.2.1.1. Photos du Pr DOUTRE	
2.4.2.2.1.2. Photos du Dr SEJOURNE	P 41
2.4.2.2.1.3. Photos IMG Mlle DIONE	P 43
2.4.2.2.2. Cas cliniques	
2.4.2.2.3. Les Questions posées	P 44
2.4.2.3. Réponses attendues et validées	
2.5. Exploitation des données	P 45

3. Résultats et analyse	P 46
3.1. Le Recrutement	
3.2. Caractéristiques de la population	P 47
3.2.1. Les étudiants	
3.2.2. Les praticiens	P 49
3.3. Résultats au Diaporama	
3.3.1. Les pathologies Infectieuses	P 50
3.3.1.1. Etiologie bactérienne	
3.3.1.2. Etiologie virale	
3.3.1.3. Etiologie mycosique	
3.3.1.4. Etiologie parasitaire	
3.3.2. Les pathologies inflammatoires	P 54
3.3.3. Les pathologies tumorales	P 56
3.3.4. La pathologie de la muqueuse	P 59
3.3.5. Résultat totaux	P 60
3.4. Analyse en sous groupe	P 61
3.4.1. L'IMG	
3.4.2. Les Praticiens.	
4. Discussion	P 63
4.1. Les limites de l'Etude	
4.1.1. La Méthode	
4.1.1.1. Type d'étude	
4.1.1.2. Choix de la population	
4.1.1.3. Présentation du questionnaire	P 64
4.1.1.4. La durée de l'étude	P 65
4.1.2. Matériel	P 66
4.1.2.1. Le questionnaire	
4.1.2.2. Le choix des pathologies	P 67
4.1.2.3. L'investigateur	P 69
4.1.2.4. Le corrigé	
4.2. Résultats	P 71
4.2.1. La population	
4.2.2. Objectif	
4.2.2.1. l'Objectif principal	P 72
4.2.2.2. l'objectif secondaire	P 76
4.3. Pourquoi améliorer la formation ?	P 79
4.4. Propositions	P 81
4.4.1. Propositions existantes	
4.4.2. Propositions issue de la thèse	
CONCLUSION	P 84
BIBLIOGRAPHIE	P 85

ANNEXES

P 89

I.	Comparatif d'études de fréquences de pathologies dermatologiques Nationales Ambulatoires	
II.	Comparatif d'études de fréquences de pathologies dermatologiques Nationales Hospitalières	P 90
III.	Comparatif d'études de fréquences de pathologies dermatologiques Internationales	P 91
IV.	Questionnaire à remplir par les IMG	P 92
V.	Diaporama présenté aux IMG	P 94
VI.	Correction du Diaporama remis aux IMG	P 97
VII.	Grille de correction des Cas cliniques	P 102
VIII.	Récapitulatif des Résultats	P 103
IX.	Fascicule	P 104
X.	Serment d'Hippocrate	P 139
XI.	Résumé	P 140

Abréviations :

ALD	Affection Longue Durée
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPL	Commission Pédagogique Locale
DCEM 1	Deuxième Cycle d'Etude Médicale 1 ^{ère} année
DCEM 2	Deuxième Cycle d'Etude Médicale 2 ^{ème} année
DCEM 3	Deuxième Cycle d'Etude Médicale 3 ^{ème} année
DCEM 4	Deuxième Cycle d'Etude Médicale 4 ^{ème} année
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DES MG	Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale
DRC	Dictionnaire des Résultats de Consultation
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
ECN	Examen National Classant
IMG	Interne de Médecine Générale
MG	Médecin Généraliste
OMG	Observatoire de Médecine Générale
PEC	Prise En Charge
PCEM 1	Premier Cycle d'Etude Médicale 1 ^{ère} année
PCEM 2	Premier Cycle d'Etude Médicale 2 ^{ème} année
SFD	Société Française de Dermatologie
SFMG	Société Française de Médecine Générale
TCEM 1	Troisième Cycle d'Etude Médicale 1 ^{ère} année
TCEM 2	Troisième Cycle d'Etude Médicale 2 ^{ème} année
TCEM 3	Troisième Cycle d'Etude Médicale 3 ^{ème} année
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners, (World Organization of Family Doctors)

INTRODUCTION

La dermatologie est la partie de la médecine qui étudie et traite les maladies de peau. La peau est un organe aux fonctions multiples, dont celles de protection, de perception, d'échange et de présentation. «La peau est le miroir de l'âme», elle est le reflet de la santé physique et mentale.

Depuis quelques années, l'activité de dermatologie en médecine générale s'est intensifiée d'une part à cause de la réforme du système de soins, et d'autre part à cause de la diminution du nombre de dermatologues. Mais la gestion des problèmes cutanés semble toujours accessoire pour le corps médical et la population générale, c'est d'ailleurs souvent un motif abordé en fin de consultation. De plus l'examen dermatologique demande du temps et occasionne de la gêne chez certains patients, ce qui est une complication supplémentaire.

Durant mon stage chez le praticien, je me suis rendue compte que les pathologies cutanées étaient fréquentes, et que je n'étais pas compétente dans leurs diagnostics et leurs prises en charge. Face à ces difficultés, j'ai discuté avec mon maître de stage de l'époque, le Dr SÉJOURNÉ et durant les mois qui ont suivi nous avons travaillé à combler ces lacunes.

Je me suis alors demandée si mes collègues Internes de Médecine Générale (IMG) avaient rencontré les mêmes difficultés. Après un rapide sondage auprès de quelques uns, les mêmes difficultés ressortaient. Ils ne se sentaient pas compétents face aux pathologies cutanées et s'estimaient mal préparés à leurs gestions en soins primaires. Ils souhaitaient tous une formation plus adaptée. Le Dr SÉJOURNÉ, ne fut pas surpris de ce résultat car de nombreux internes avant moi, avaient présenté les mêmes problèmes. Et puis, quel médecin, même confirmé ne s'est jamais retrouvé en difficulté face à des lésions cutanées ?

Nous nous sommes demandés si ces constatations étaient extrapolables à tous les IMG d'Aquitaine. L'hypothèse de départ était que les IMG en fin de DES ne savaient pas reconnaître et traiter les pathologies dermatologiques bénignes fréquentes et les pathologies graves. Pour déterminer la justesse de cette hypothèse, nous avons décidé d'évaluer les connaissances des IMG dans ces domaines.

Dans ce travail, nous insisterons pour commencer sur la place que représentent les pathologies cutanées en soins primaires ainsi que les modifications progressives des comportements liées au parcours coordonné de soins. Puis nous détaillerons la formation reçue durant les études médicales. Dans un deuxième temps nous exposerons la problématique, les objectifs et la méthode utilisée pour répondre à notre question. Ensuite nous dévoilerons les résultats des questionnaires et enfin dans un dernier temps nous discuterons de ceux ci, des limites de l'étude et nous proposerons des solutions.

1. Contexte et Généralités

1.1. La place de la dermatologie

1.1.1. Dans la société

Dans nos sociétés industrialisées, l'image de soi est devenue très importante. La peau bien plus qu'une barrière contre les agressions extérieures, reste la première image que l'on renvoie aux autres. Il y a une forme de dictature de l'image. Si l'on en croit les publicités, pour être heureux, il faut absolument « une peau parfaite ». Le vieillissement cutané n'est plus tolérable. Les rides sont d'ailleurs devenues un des principaux motifs de consultation en dermatologie esthétique (1). De même pour certains le fait d'être bronzé va donner l'impression d'être plus séduisant et en meilleure santé (2).

La peau devient un moyen d'intégration sociale (1). Les sciences psychosociales se sont employées à étudier les conséquences sur la vie de relation (sexuelles, professionnelles, loisirs) des maladies de peau. Ils ont constaté que des dermatoses telles que le vitiligo (3) ou le psoriasis (4) sont corrélées à un impact psychosocial sur les patients. Une étude italienne montre que 7,2 % des patients ayant un psoriasis, auraient déjà présenté des idées suicidaires et que les individus souffrant de dermatoses auraient un risque suicidaire accru (5).

En 2002 en France, un sondage a été réalisé auprès de 10 000 familles par le comité scientifique de la Société française de dermatologie (SFD) avec l'institut Sofres (6). L'objectif était d'évaluer sur les deux dernières années, la fréquence des principales dermatoses, leurs prises en charge, leurs impacts sociaux et les répercussions sur la qualité de vie en France. Le taux de réponse était très bon puisque 74,7 % des participants ont répondu.

Ainsi 86,8 % des français ont déclaré « avoir souffert d'un problème de peau » au moins une fois depuis leur naissance et 23 millions (après extrapolation à la population entière) d'en souffrir ou d'en avoir souffert durant les deux dernières années ». Ce sondage a confirmé l'impact des dermatoses sur la vie des patients car 28,7 % des français ayant une maladie de peau ont déclaré « qu'il s'agissait d'un véritable fardeau ».

Cette même étude a apporté des renseignements sur la prise en charge des malades. Un peu plus de la moitié des français (55,5 %) ayant une maladie de peau a déclaré avoir consulté pour ce problème dans les deux dernières années. Le dermatologue était sollicité dans 36,5 %, devant le médecin généraliste et 61 % d'entre eux étaient plutôt satisfaits des soins fournis par le dermatologue, même s'ils regrettaient souvent l'efficacité transitoire des traitements.

Les patients reconnaissent avoir recours aux pharmaciens et à des professionnels non médicaux (esthéticiennes, coiffeurs...). Une étude américaine estime à 60 % les problèmes dermatologiques pris en charge par des non-dermatologues (7).

1.1.2. Dans le cabinet de médecine générale, comme motif de consultation

La santé de notre peau prend une place importante dans notre vie et a des répercussions sociales et psychologiques non négligeables. Les pathologies cutanées concernent une grande majorité de la population, mais quelle place occupent-elles en médecine générale ?

1.1.2.1. Au niveau national

En France, il est difficile de savoir précisément, quelle est la fréquence des pathologies dermatologiques dans les consultations de médecine générale car très peu de données épidémiologiques sont disponibles. On peut néanmoins s'en faire une idée au travers de quatre études :

- L'étude menée en 2002 par la DREES (Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) dont les résultats ont été publiés en 2004 rapporte que les dermatoses représentent 2,5 % des consultations à proprement parlé (8).

- L'Observatoire de Médecine Générale (OMG), créé en 1992 par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), était chargé de récolter les informations épidémiologiques, mais a fermé en 2011. Les dernières données datent de fin 2011 et classaient les pathologies dermatologiques au 23^{ème} rang des motifs de consultation. Elles représentaient alors 6 % des motifs rencontrés (9).

- Selon une étude présentée lors du cinquième Congrès International d'Épidémiologie « Du Nord au Sud » et publié dans la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, la dermatologie représente 7 % des motifs de consultation chez le médecin généraliste (10).

- Dans la thèse d'exercice d'Aubert C. réalisée en 2012 en Haute Normandie intitulée : « Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute Normandie », la dermatologie représentait 5,8 % des motifs de consultations. Elle y notait une variation en fonction de l'âge des patients. Pour les moins de 16 ans la dermatologie représentait 7,9 % des motifs de consultation, 8,3 % entre 16-39 ans et 4,2 % pour les patients de 40 ans et plus (11).

Des résultats plus récents devraient voir le jour, suite à l'étude ECOGEN menée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). L'objectif principal était de « décrire la distribution des motifs de consultations associés aux principaux problèmes de santé (résultats de consultation) pris en charge en médecine générale en France ». Les résultats devraient être publiés dans la revue « Exercer » courant 2013 (12).

Les pathologies cutanées représenteraient entre 6 et 7 % des motifs de consultations chez le médecin généraliste en France. Ce résultat est probablement sous estimé car bien souvent le problème dermatologique lors d'une consultation n'est pas au premier plan. En effet il y a durant une consultation, en moyenne 2 motifs abordés (13), et dans 21 % des cas le patient aborde un tout nouveau problème une fois la consultation terminée (14).

Une thèse de 2006 réalisée à Lyon, intitulée « Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale » a étudié 31 praticiens et 125 patients. Elle a établi que 8,5 %, des patients présentaient une demande en fin de consultation. La pathologie cutanée arrivait seulement à la 5^{ème} place comme motif principal de la consultation et représentait 8,8 % des consultations. Par contre en motif de fin de consultation, elle prenait la 2^{ème} place avec 12,8 %, juste derrière les demandes générales aspécifiques (administrative, prévention, demandes diverses) qui en représentaient 27,2 %. Selon les médecins généralistes 81,25 % des patients n'abordaient ces sujets tardivement que par omission (15).

1.1.2.2. Au niveau international

Il existe davantage de données épidémiologiques accessibles, et toutes confirment la place importante qu'a la dermatologie en médecine générale.

✓ En Angleterre et en Ecosse :

En 1984 l'étude de Steele K. (16) retrouve une fréquence de 8,2 % , puis en 1999 l'étude de Julian CG (17) trouve une prévalence de 8,4 %. En 2009, l'étude prospective de Kerr et al (18), réalisée en Ecosse sur 2 semaines dans 13 cabinets, conclue qu'il y avait en moyenne 8,4 % de consultations pour un problème cutané avec une variation comprise entre 3 et 18,8 %.

✓ Au Pays bas :

Une étude de 2008 (19) retrouve une prévalence de 12,4 % .

✓ En Australie :

Les pathologies cutanées représentent environ 15 à 17 % de la pratique des médecins généralistes (20, 21)

✓ Aux Etats-Unis :

On recense approximativement 5 à 7 % de consultations réalisées pour un problème cutané (22–25).

Une étude de 2001 réalisé à Miami (23) sur une période de deux ans retrouve que 36,5 % de la population générale a présenté des problèmes cutanés. Parmi ceux là 58,7 % avaient consulté pour ce motif. Les 41,3 % restant n'avaient soit pas consulté pour cette raison, soit c'était le médecin qui constatait la lésion par lui-même.

Selon l'étude de Farah Awadallah et al, la dermatologie représenterait 8 % des actes en médecine générale (26). D'autres études rapportent que 21 à 26,5 % des patients qui consultent leur médecin généraliste abordent un problème cutané. Dans 72 à 80 % des cas, il s'agissait du motif de consultation principal (23, 27). Il semblerait que 60 % des problèmes cutanés soient pris en charge par des non-dermatologues (7) et que 21,6 % seraient vus et traité par les médecins généralistes (22).

La dermatologie semble occuper une place plus importante à l'étranger. Mais il faut savoir que les Etats-Unis, l'Angleterre et l'Australie ont des systèmes de santé très différents du nôtre. En effet l'accès aux dermatologues est très restreint. Et puis rappelons le, la fréquence en France est probablement sous évaluée.

1.1.3. Le Parcours de soins

Depuis le 1er janvier 2006, chaque assuré doit choisir un « médecin traitant », le déclarer en tant que tel à sa caisse de Sécurité sociale et le consulter en premier recours pour bénéficier d'un remboursement optimal de ses soins.

❖ La Loi du 13 Août 2004

La loi Douste-Blazy du 13 Août 2004 a réformé l'Assurance Maladie (28). Elle a instauré le parcours de soin coordonné (29) et a réglementé l'accès aux spécialistes.

Elle impose désormais à chaque patient de plus de 16 ans de choisir son médecin traitant et de le consulter en premier recours. Les enfants de moins de 16 ans en sont affranchis. Lorsque le patient consulte, c'est le Généraliste qui décide de l'adresser ou non à un autre professionnel de santé. Le patient bénéficie dans ce contexte d'un remboursement à taux plein par l'Assurance Maladie.

S'il ne choisit pas de médecin traitant, il garde un accès libre aux soins, mais les consultations réalisées sont moins bien remboursées. Le remboursement passe de 70 % à 30 % (30). Les spécialistes du secteur 1, consultés en accès direct, peuvent appliquer un dépassement dit : Dépassement Autorisé (DA).

Il existe des dérogations à cette loi pour :

- les patients en affection longue durée (ALD), qui peuvent consulter directement celui qui les prend en charge,
- Certaines spécialités: la Pédiatrie, la Gynécologie, l'Ophtalmologie, la Psychiatrie et la Stomatologie.

Ce dispositif permet de limiter les consultations inutiles et d'éviter les examens et ordonnances redondants. Le rôle de prévention du médecin traitant est aussi renforcé.

❖ Les changements pour le Dermatologue

L'Enquête de Santé et Protection Sociale (ESPS) menée par l'IRDES en 2004 (31), rapporte qu'avant la réforme, 36 % des consultations des spécialistes résultaient d'un accès direct par le patient. La dermatologie était la spécialité où l'accès direct était le plus important avec 61 % des consultations.

Depuis la réforme, selon l'étude IRDES (32) concernant « l'Accès direct aux spécialistes en 2006 », les patients ayant désigné leur médecin traitant avaient moins recours aux spécialistes en accès direct. Ainsi toutes spécialités confondues, l'accès direct était deux fois moins fréquent pour les patients ayant désigné un médecin traitant. Les patients ne l'ayant pas fait consultaient en accès direct pour 58 % contre 26 % pour ceux ayant fait la déclaration à la caisse d'Assurance Maladie.

Pour la dermatologie la baisse était moins importante, 41 % des consultations étaient en accès direct fin 2007 contre 61 % avant la réforme. Elle a donc connu une baisse de 33 %. Cette baisse était contre balancée par la hausse des recours conseillés par le médecin traitant. Avant de consulter un dermatologue, 75 % des patients ayant déclaré leur médecin traitant, le consultaient préalablement (32).

❖ L'offre de soin en dermatologie

L'accès en premier recours aux dermatologues n'est pas évident. D'une part ils sont parfois en nombre insuffisant pour satisfaire la demande, en 2012 selon la DRESS, il y avait 6,3 dermatologues pour 100 000 habitants, exerçant préférentiellement dans les zones urbaines (33).

D'autre part le délai d'attente pour avoir un rendez vous peut être long. En octobre 2011, l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) a mené une enquête sur l'accès aux soins auprès des Français et des professionnels de santé (34). Les Français interrogés ont jugé pour 46 % l'accès au dermatologue difficile et ont estimé à 34,8 jours le délai moyen d'obtention d'un rendez vous. Les dermatologues, quant-à eux, ont estimé le délai moyen d'attente, pour les motifs non urgents à 25,2 jours.

Il faut donc environ un mois pour obtenir un rendez vous si le motif n'est pas urgent.

1.1.4. Les changements pour le Généraliste

Comme nous avons pu le constater plus haut, les pathologies cutanées sont fréquentes en consultation de médecine générale. La mise en place du parcours de soins fait que le médecin généraliste est, et sera, de plus en plus sollicité pour gérer ces pathologies en premier recours.

Mais malgré la modification du parcours de soins beaucoup de malades préfèrent les Dermatologues aux Médecins Généralistes pour leur rapport efficacité/coût et le temps gagné. L'étude d'Owen.SA (35), réalisée aux USA en 1997 confirme cette donnée en montrant que seuls 24 % des sujets interrogés étaient très satisfaits par les soins du généraliste contre 89 % par ceux du Dermatologue. Plus encore, uniquement 6 % de la population interrogée pensait qu'un généraliste puisse traiter correctement les pathologies cutanées.

L'étude de Federman.DG (36) réalisée en Angleterre en 2001 comparait la confiance des patients en leur Médecin Généraliste *versus* leur Dermatologue. Ils ont comparé les réponses de 137 patients ayant consulté un médecin généraliste versus 100 patients ayant consulté un dermatologue. Les 5 critères évalués étaient : le traitement des éruptions cutanées, le diagnostic des cancers, la réalisation de biopsies, l'utilisation de l'azote liquide et la chirurgie cutanée.

Les Médecins généralistes ont obtenu un intervalle de confiance entre 50 et 65 %, contre un 83 et 92 % pour les Dermatologues. L'accès direct au dermatologue était préféré. Qu'il s'agisse d'un renouvellement de traitement ou non, les patients étaient plus satisfaits par le Dermatologue que par le Généraliste.

Or la satisfaction et la confiance des patients en leur médecin est essentiel. Il apparaît que le facteur principal déterminant la satisfaction du patient, soit la compétence et le professionnalisme du médecin, plus que son empathie, le temps passé avec lui en consultation ou encore sa capacité à communiquer. Cette compétence a un effet direct sur l'adhésion du patient au traitement (cf. l'étude Renzi.C. de 2001 en Italie (37)). On sait combien en dermatologie, l'adhésion aux traitements est importante car ils sont souvent longs et fastidieux pour le patient.

Si le patient n'a pas confiance en son Médecin Généraliste, car ne le trouve pas suffisamment compétent, il ne pourra pas être satisfait de sa prise en charge. Il ne suivra pas le traitement proposé convenablement, ce qui conduira le Généraliste à l'adresser vers un Dermatologue.

Le Généraliste a un nouvel objectif. Il doit redonner confiance en ses compétences, pour une complète adhésion du patient. Il doit savoir traiter la pathologie dermatologique courante en termes de diagnostic et de prise en charge pour satisfaire la demande du patient et assurer la meilleure qualité de soin possible.

Pourtant Il existe des études comparant les compétences des Dermatologues *versus* celles des Généralistes (38–40). Sans surprise celles des Dermatologues étaient bien souvent meilleures.

Mais plus intéressant on retrouve des recherches qui étudient les concordances diagnostiques entre Dermatologue et Généraliste.

En Angleterre en 1996 le travail de Basarab et al (41) a comparé sur 6 mois, la justesse des diagnostics fait par les Médecins Généralistes. Ils ont relevé dans les courriers adressés aux Dermatologues les diagnostics retenus. Un peu moins de la moitié (47 %) des courriers contenaient le bon diagnostic. Le diagnostic était d'autant plus juste que les pathologies étaient fréquentes. Ainsi les diagnostics de verrues étaient justes dans 82 %, du psoriasis dans 78 % des cas, dans 54 % pour l'eczéma et dans 45 % pour les lésions malignes.

Une thèse réalisée par Dupuy. J (42) en 2007, a retrouvé une concordance diagnostique dans plus de la moitié des cas soit 66 %. Mais la concordance thérapeutique était moins bonne (33 %) et surtout en ce qui concerne les pathologies inflammatoires.

En 2007 aux USA une étude de cohorte menée par Merenstein.D (43) retrouvait une corrélation diagnostique de 72 % entre le Généraliste et le Dermatologue.

En somme les généralistes sont globalement compétents en dermatologie et ce d'autant plus qu'il s'agit de pathologies fréquentes. Mais quelles sont-elles ? C'est ce que nous allons tenter d'établir dans un second temps, pour réaliser une liste non exhaustive des pathologies fréquentes et potentiellement graves que doit connaître un généraliste.

1.2. Les Pathologies rencontrées au cabinet

Il existe plus de 200 pathologies dermatologiques. Déterminer celles rencontrées le plus fréquemment en soin primaire fut fastidieux.

Pour ce travail nous avons dans un premier temps réalisé une revue de la littérature française et internationale. Puis nous avons confronté ces données à celles retrouvées dans le Traité de l'Encyclopédie Médico Chirurgicale d'Elsevier Masson (44) qui est une des rares références francophones. Pour finir nous avons établi une liste non exhaustive des pathologies incontournables en médecine générale.

1.2.1. Revue de la littérature

Contrairement à d'autres pays, on ne dispose pas à ce jour en France de système de recueil continu de données en soins primaires. On retrouve donc difficilement des informations sur les motifs ou les diagnostics, à l'origine des consultations en médecine générale.

1.2.1.1. Nationale

Il existe différents travaux ayant tenté de répertorier les pathologies les plus fréquemment rencontrées en médecine générale. L'ensemble des résultats est présenté dans les **ANNEXES I, II et III**. On peut d'ores et déjà dire que la majorité de ces études s'accorde à reconnaître que les huit principales pathologies rencontrées sont les verrues, l'acné, l'eczéma, le psoriasis, l'herpès, les mycoses, les nævus, et l'urticaire.

En fonction des études, on trouve plus ou moins d'autres pathologies dans le top 20. On distingue les études ambulatoires :

- Boldrini.A, réalise en 1984, une thèse sur la Dermatologie en Seine Saint Denis. Il y compare sept mois d'activité d'une consultation spécialisée hospitalière et d'une consultation privée en médecine générale. Aux motifs les plus fréquents sus cités se rajoutent la varicelle/zona, les réactions allergiques, les infections cutanées, l'érythème fessier, le prurit/prurigo, les kystes sébacés et les aphtes (12^{ème}). L'activité du dermatologue hospitalier complète la liste avec les ulcères de jambes et l'épilation. (45)

- Dans l'étude menée en 2000 par Lukasiewicz.E. (46) sur « la Dermatologie libérale en France », la cosmétologie, les cancers et lésions précancéreuses sont adjoints.

- Dans le sondage mené en 2002 par la SFD et l'institut Sofres (6), déjà évoqué. Il semble que plus des deux tiers des maladies cutanées appartiennent aux groupes suivants : acné ou maladies apparentées, mycoses, tumeurs malignes et bénignes, dermite séborrhéique, le psoriasis, la dermatite atopique, les verrues, le vitiligo et l'herpès. Là encore on retrouve les huit principales pathologies et s'y rajoutent le prurit chronique, la dermite de contact, la chute de cheveux et les « grains de beauté » inquiétants.

- En 2009, l'OMG (9) a établi, après recueil des motifs de consultations auprès des généralistes, une estimation de la fréquence des pathologies. On y retrouve les huit principales, plus les tuméfactions et les pathologies de l'ongle. On note que l'herpès arrive à la 14^{ème} position, devant le pied d'athlète qui est lui en 18^{ème} position, le pityriasis versicolor en 22^{ème}.

- En 2011 en Franche-Comté, la thèse d'exercice d'Ammari-Youla.A (47) a tenté d'établir l'ordre de fréquence des pathologies dermatologiques rencontrées en cabinet de médecine générale. Aux précédentes se rajoutent la varicelle, les piqûres d'insectes, l'onychomycose, le cor/durillon et l'érythème fessier. Le prurigo appartient aux motifs assez souvent rencontrés et est en 58^{ème} position du classement.

- En 2012 en Haute Normandie, Avogadro-Leroy.S (48) a réalisé une enquête quantitative des pathologies cutanées en médecine générale. Au final les 10 pathologies les plus fréquentes représentaient 50 % de l'activité de dermatologie. Les cancers cutanées (3,89 %), les dermatites allergiques (3,17 %) et la gale (3,08 %) complètent les huit pathologies déjà citées.

Parmi les études hospitalières, trois ont retenu notre attention, à savoir :

- L'étude de Lambert.A. (49) de 2003, publiée en 2006, a comparé pendant deux mois, l'activité de consultation dermatologique de trois services de dermatologie des CHU d'Amiens, Lille et Rouen. De nouveaux motifs apparaissent tel que l'angio-dermatologie, les dermatoses par agents physiques et l'immuno-dermatologie.

- Un travail rétrospectif sur cinq ans aborde les motifs de consultation en dermato-gériatrie (patient de plus de 75 ans) entre 2000-2005 au CHU de St-Etienne (50). Il montre que 84 % des motifs de consultations appartenaient aux cinq principaux groupes suivants : les pathologies tumorales (29,1 %), les troubles trophiques (26 %), les pathologies immuno-allergiques (21,4 %), les maladies bulleuses (4,5 %) et les pathologies infectieuses (2,6 %).

Une enquête prospective multicentrique de Maza A. (51) menée en 2009 a comparé l'activité hospitalière de consultation de liaison en dermatologie. Les principales demandes concernaient des lésions élémentaires, des symptômes ou des éruptions non spécifiques (56 %), des dermatoses présumées infectieuses (17 %), inflammatoires (7 %) ou tumorales (5 %) et des plaies chroniques (14 %).

1.2.1.2. Internationale

✓ En Angleterre

Dans trois études anglaises respectivement de 1984, 1999 et 2009, les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient l'eczéma, les verrues, le psoriasis, l'acné, les infections (impétigo, herpès, mycoses...) et les tumeurs (16–18).

✓ Aux Pays Bas

En 2008 Verhoeven et al. (19) étudie la prévalence des diverses pathologies dermatologiques dans les cabinets de médecine générale. Là encore les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les dermatites atopiques (7,79 %-10,89 %), l'acné (3,5 %-6,69 %) et le psoriasis (4,63 %-5,19 %).

✓ En Grèce

En 2006 Symvoulakis.E. a étudié rétrospectivement 1 an de consultations hospitalières en dermatologie. Les motifs les plus fréquemment rencontrés étaient l'eczéma (18,1 %), l'urticaire (14,1 %), les piqûres d'insectes (10,2 %), les infections bactériennes (9,1 %), les exanthèmes viraux (7,3 %), les mycoses (5,5 %), les tumeurs (2,7 %), l'acné (2,3 %) et les toxidermies médicamenteuses (2,3 %)

✓ Aux Etats-Unis

Trois études ont analysé la fréquence des pathologies dermatologiques en médecine générale.

- En 1997, l'étude de Fleischer et al (22) étudie rétrospectivement 4 années de consultations en soins primaires. Il établit alors les cinq motifs plus fréquents de consultation suivant: l'eczéma (15,4 %), les infections bactériennes (13,7 %), les verrues (8 %), les dermatophytoses (5,40 %) et les kystes sébacés (5,10 %).
- En 2007, Merenstein D. (43) retrouve les mêmes pathologies que précédemment auxquelles se rajoutent les nævus bénins (10 %), la kératose séborrhéique (4 %), les piqûres (4 %), l'herpès (4%), les tumeurs malignes (3,4 %) et l'acné (3 %).
- Enfin, en 2008, Awadalla.F (26) étudie sur 3 ans (2002-2005) les consultations des dermatologues et les prescriptions des généralistes. Seules les teignes, les tumeurs bénignes et les candidoses semblent être de nouveaux éléments.

A l'issue de cette revue de la littérature nationale et internationale, les pathologies rencontrées semblent être approximativement les mêmes.

1.2.2. Le choix des pathologies

Déterminer quelles étaient les plus graves était simple. En effet tout médecin se doit de savoir reconnaître les pathologies graves qu'elles soient fréquentes ou non. Pour ces pathologies la fréquence statistique n'était spécifiée qu'à titre indicatif.

Par contre pour établir quelles étaient les plus fréquentes, nous nous sommes d'une part servis des précédentes études et nous avons, d'autre part, consulté le Traité de l'Encyclopédie Médico Chirurgicale (EMC) (44) d'Elsevier Masson qui est actuellement une référence francophone et qui fournit de nombreuses données épidémiologiques. Lorsque l'EMC ne nous fournissait pas de statistiques, nous nous reportions aux études afin de conforter nos décisions.

Prenons l'exemple des candidoses et des intertrigos. Dans l'EMC il est spécifié qu'elles sont très fréquentes mais il n'y a pas de valeur chiffrée. En reprenant uniquement les études françaises :

- Dans la thèse d'Avogadro (48) : les candidoses représentent 7,8 % des pathologies cutanées
- Dans la thèse Ammari-Youala (47) : les candidoses cutanées sont les secondes pathologies, « très souvent rencontrées ».
- L'Observatoire de Médecine Générale (9), recense le pied d'athlète à 2,17 % et la candidose dans le cadre des vulvites/vaginites à 4,78 %

- Dans l'étude sur la fréquence des pathologies en France en 2004 (6) la mycose est rencontrée dans 7,99 % des cas.
- En 2003 une étude compare l'activité hospitalière de trois hôpitaux différents (49) : la mycose en représente 2 % des motifs de consultation.
- Enfin en 1984 (45), dans une thèse comparant l'activité d'un généraliste et de l'hôpital, la mycose représente 19 % des pathologies prises en charge par le généraliste contre 5,4 % en hospitalier.

La candidose et les intertrigos des grands et petits plis avaient donc leur place parmi les pathologies les plus fréquentes.

Ce « problème » s'est présenté pour d'autres pathologies à savoir :

- En Pédiatrie :
 - Les manifestations toxiques type scarlatine
 - Les exanthèmes viraux HHV6 (roséole)
 - La rougeole, les oreillons et la rubéole, dont les fréquences sont modifiées par la vaccination
 - L'érythème fessier
- Dans les pathologies infectieuses :
 - Les infections folliculaires staphylococciques (folliculite, furoncle, anthrax)
 - Les infections bactériennes NON folliculaires type panaris
 - Les dermatophyties type teigne
 - Les infections à Pox Virus : molluscum contagiosum

Devant chaque cas nous avons eu la même démarche d'analyse des différentes études et de l'EMC.

Parmi les pathologies graves, bien que les statistiques aient peu d'importance, nous avons rencontré des difficultés pour quantifier les pathologies suivantes :

- Les toxidermies immuno-allergiques parmi lesquelles on retrouve les syndromes de Stevens Johnson et de Lyell.
- La pemphigoïde bulleuse
- La leucoplasie des lèvres.

1.2.3. Les pathologies retenues

A partir de toutes ces informations nous avons établi une liste non exhaustive des pathologies dermatologiques à connaître en soins primaires, qu'elles soient fréquentes et ou potentiellement graves. Les pathologies y ont été classées en fonction de leurs étiologies. Celles présentant un astérisque sont les pathologies graves.

➤ **Les dermatoses inflammatoires**

- L'eczéma :
 - La dermatite atopique, 15/20 %
 - L'eczéma de contact 2 à 10 %
- Le psoriasis 2 à 3 %
- L'érythème fessier (très fréquent)
- Les toxidermies immuno allergiques *
 - Médicamenteuses 0,1 %-1 % par médicament et par personne*
 - Le syndrome de Stevens Johnson et le syndrome de Lyell*
 - L'œdème de Quincke 1/50 000 cas *
- L'urticaire 15 % (10-50 %)
- Les lichens plans 0,9-1,2 %
- La dermatite séborrhéique 1-3 %
- L'acné 80 % (entre 12-20 ans)
- La rosacée 2 à 3 %

➤ **Les Dermatoses Infectieuses :**

- Virales :
 - Les Pox Virus (molluscum contagiosum)
 - Le zona 20 %
 - La varicelle 90 %
 - L'HPV (Verrue) 7 à 10 % / les condylomes 1 %
 - l'herpès labial 40 à 60 %
 - Le pityriasis rosé de Gibert [0,16-1,67] %
 - Les exanthèmes viraux
 - HHV6 (Roséole)
 - VIH 17/100 000 (Kaposi)
 - rougeole oreillons rubéole faussées par la vaccination
- Bactériennes :
 - Les infections folliculaires staphylococciques
 - Les folliculites,
 - Les furoncles,
 - L'anthrax
 - Les infections bactériennes NON folliculaires
 - Les panaris,
 - L'impétigo [0,3-1,56] %
 - L'érysipèle 1,6 % *
 - Les manifestations d'infections bactériennes systémiques : scarlatine
 - La borréliose 69/100 000
- Mycologiques
 - Les dermatomycoses métropolitaines
 - Le pityriasis versicolor (1 à 4 %)
 - Les candidoses [intertrigo, muguet (8 %)]
 - Les onychomycoses 2 à 18 %
 - Les dermatophyties type teigne

- Parasitaires
 - Les scabioses 337/100 000
 - La pédiculose (entre 4-11 ans) [6-8] %
- Infections sexuellement transmissibles
 - La syphilis 3,2 cas pour 100 000
- **Les pathologies vasculaires**
 - Le lymphœdème secondaire post curage 12,5 à 28 %
 - L'ulcère de jambe 1 à 1,5 % (veineux, artériel, et angio-capillaire)
 - Les acrosyndromes type maladie de Raynaud 5 à 6 %
 - Le purpura rhumatoïde (entre 2 et 15 ans) 14 à 22 cas/100 000 enfants < 15 ans
 - L'hémangiome infantile 10 % <1 an, 30 % chez les prématurés
- **Les lésions des muqueuses**
 - Les aphtes et aphtoses 10 % à 65 %
 - La leucoplasie des lèvres *
- **Les maladies bulleuses**
 - La pemphigoïde bulleuse (entre 75 et 80 ans 70 % des dermatoses bulleuses auto immunes)*
- **Les pathologies mélanocytaires et les troubles de la pigmentation**
 - La leucodermie type vitiligo 1 à 2 %
 - Les nævus pigmentaires (toute la population générale)
 - Les mélanomes : 9,5 /100 000 femme, 7,6/100 000 homme*
- **Les pathologies tumorales (non mélanocytaires)**
 - La kératose séborrhéique [2-14] %
 - Les tumeurs des tissus fibreux : molluscum pendulum 1 % (USA)
 - Les carcinomes baso-cellulaires 104/100 000 *
 - La kératose actinique 15-20 % *
 - Les carcinomes épidermoïdes 20/100 000 *
 - Les maladies des tissus adipeux type lipome 1 %

Une fois cette liste établie, s'est posée la question de l'enseignement... Quand ces différentes pathologies et leurs prises en charges sont-elles enseignées aux étudiants en médecine et comment?

1.3. La formation en dermatologie

La dermatologie est une partie de la médecine qui étudie et soigne les maladies de la peau, des phanères et des muqueuses (52). C'est une matière visuelle, enseignée de manière progressive aux étudiants au cours du cursus médical. Nous abordons plus bas les différentes étapes d'enseignement.

1.3.1. La PACES (ex PCEM1) Première Année Commune des Etudes de Santé

Elle correspond à la première année du Premier Cycle des Etudes Médicales. Elle est sanctionnée par un concours régional classant soumis à un numérus clausus. Durant cette année, la dermatologie est abordée principalement lors des cours d'histologie et d'embryologie (53). C'est essentiellement l'aspect développemental et cellulaire qui est décrit et enseigné. On y apprend le nom des différentes couches des tissus ainsi que les composants et leurs fonctions. Nous avons repris brièvement les différentes notions enseignées à ce stade :

➤ La peau

- **L'épiderme**, est le tissu épithélial, composé principalement par les kératinocytes, qui recouvre le derme et l'hypoderme. L'origine embryologique de l'épiderme est dans l'ectoderme, feuillet externe de l'embryon.
- **Le derme** est un tissu conjonctif très vascularisé ayant une fonction nutritive, un rôle dans la thermorégulation, la cicatrisation et l'élimination de produits toxiques. On en distingue 3 types, le derme papillaire, réticulaire et profond. Il est composé de fibroblastes, de cellules du système immunitaire (lymphocytes, mastocytes, macrophages tissulaires) et de matériel extracellulaire (fibres de collagène, d'élastine et de fibronectine)
- **L'hypoderme** est le tissu conjonctif lâche et très vascularisé qui constitue la couche profonde de la peau. Il sert d'interface entre le derme et les structures mobiles situées en dessous. Il protège également l'organisme des chocs physiques, des variations de température et sert de réserve adipeuse.

➤ Les phanères

- **Les poils** se forment au sein du follicule pileux. Ce dernier est une invagination de l'épiderme en contact avec une papille dermique vascularisée. La zone en contact avec la papille, est appelée matrice pileuse et est constituée de kératinocytes et de mélanocytes.
- **Les ongles** sont l'homologue de la griffe chez l'animal. Ils sont composés d'une matrice produisant la kératine qui le compose, d'un éponychium ou cuticule, du paronychium (élément cutané qui couvre les côtés), de l'hyponychium (sous l'extrémité de l'ongle) et enfin la lunule (à la base de l'ongle).

Une fois le PACES validé, l'étudiant accède au PCEM2 (L2 Santé).

1.3.2. Le cycle sémiologique: PCEM2 et DCEM1 (L2, L3 Santé)

Ces deux années à cheval sur le premier et le second cycle correspondent à l'enseignement de la sémiologie. La sémiologie se définit comme étant une « Partie de la médecine qui traite des signes des maladies, pour en tirer des conclusions relatives au diagnostic et au pronostic » (54). L'enseignement reste principalement théorique, mais pas uniquement. En effet en fonction des facultés et des services, les externes passent un temps défini en stage à l'hôpital. Dans certains services ils passent une après midi par semaine, dans d'autres une journée entière, durant lesquelles on leur enseigne la clinique.

❖ La sémiologie

En dermatologie, la sémiologie recouvre l'examen cutané, l'étude des lésions élémentaires et les signes fonctionnels associés. Les principales notions enseignées sont résumées ci-après (55).

➤ **L'examen clinique**

La dermatologie est une matière visuelle, il faut donc regarder attentivement la peau des patients pour pouvoir reconnaître les pathologies. Le médecin doit s'imposer des conditions d'examen rigoureuses. Il faut examiner l'ensemble de la peau du patient (muqueuses, ombilic, paumes, plantes, cheveux, ongles...). Il faut un éclairage correct et s'équiper d'une loupe et d'une lampe.

Le but de l'examen est de définir la lésion élémentaire caractéristique de la dermatose. Idéalement cette lésion doit être visualisée avant tout traitements local grattage et/ou surinfection locale.

Il faut ensuite consigner toutes les informations que nous fournit l'examen attentif de la lésion : couleur, consistance, caractère squameux, bordure, distribution et agencement (en plaque, linéaire, annulaire, arciforme, polycyclique, en cocarde).

➤ **Les lésions élémentaires**

○ **lésions primitives**

- **Les macules** sont des lésions uniquement visibles. Elles sont dyschromiques sans relief, ni infiltration. On distingue les macules rouges (l'érythème, les macules vasculaires type télangiectasie et l'angiome-plan, le purpura), les macules pigmentaires et les macules achromiques (primitives ou secondaires)

- **Les squames** sont des lésions visibles spontanément ou après grattage et palpables. Elles sont constituées de pellicules cornées qui se détachent plus ou moins facilement de la peau. On distingue les squames pityriasiformes, et les lésions érythémato-squameuses (ex : psoriasis).

- **Les kératoses** sont un épaississement corné plus large qu'épais. La palpation donne l'impression de dureté et de rugosité très particulières. On distingue une variante, la lichénification qui est un épaississement consécutif à des lésions de grattages répétés.

- **Les lésions liquidiennes**, à savoir les vésicules (visibles, translucides et palpables de 1-2mm), les bulles (quelques mm à plusieurs cm) et les pustules.

- **Les lésions Infiltrées**, à savoir les papules (visibles, palpables, indurées, et solides), les nodules (solides, fermes et infiltrés) et les végétations.

○ **Les lésions élémentaires secondaires**

- **Les lésions surélevées** parmi lesquelles on retrouve les croûtes, les cicatrices hypertrophiques et les cicatrices chéloïdiennes.

- **Les lésions déprimées**, on y retrouve les lésions sans perte de substance à savoir les scléroses et l'atrophie, mais aussi celles avec perte de substance comme les érosions, les ulcérations et les fissures.

➤ **Les signes fonctionnels**

Ils sont multiples. Le principal symptôme à connaître est le prurit. Il est défini comme « une sensation déplaisante qui provoque le besoin de se gratter ». Il en existe d'autres tels que l'hyperhydrose, la dyshidrose, les tiraillements, les brûlures....

❖ **Les stages hospitaliers**

Les stages hospitaliers sont une première prise de contact avec les malades et l'hôpital. Comme expliqué ci-dessus, ces stages durent toute l'année universitaire et leur mode de fonctionnement est variable d'un service à un autre.

En Aquitaine, les stages de dermatologie accessibles aux DCEM1 sont :

- le service du Pr TAÏEB à l'hôpital Saint-André à raison de 8 postes
- le service du Pr TAÏEB à l'hôpital des enfants de Pellegrin pour 4 postes
- le service du Pr DOUTRE à l'hôpital Haut- Lévêque (exceptionnellement pas de poste ouvert cette année 2012-2013)

Les DCEM1 sont au nombre de 353 cette année universitaire 2012/2013 et ils ont réalisé des stages sur trois périodes :

- du 20/11/12 au 29/01/13 soit 10 semaines
- du 05/02/2013 au 26/03/2013 soit 7 semaines
- et du 02/04/13 au 18/06/13 soit 11 semaines

Il n'y a pas de stage durant l'été.

Sachant qu'il y a trois périodes et 12 postes par période, cela signifie que 36 DCEM1 y sont admis, soit 10,2 % des étudiants de DCEM1. L'enseignement qu'ils y reçoivent est fonction de plusieurs facteurs, dont les intervenants.

1.3.3. L'Externat ou le Cycle Pathologie: DCEM2-DCEM3-DCEM4 (M1, M2, M3 Santé)

Il dure trois ans. L'enseignement s'organise autour de treize modules qui reprennent l'ensemble des connaissances médicales à acquérir pour présenter l'Examen Classant National (ECN) en fin de sixième année. Le temps d'enseignement est réparti à égalité entre l'enseignement théorique en cours et l'enseignement pratique durant les stages hospitaliers.

Durant l'année universitaire 2012/2013 il y avait à Bordeaux, 508 étudiants en DCEM2 (M1 Santé), 577 étudiants en DCEM3 (M2 Santé) et 540 étudiants en DCEM4 (M3 Santé).

❖ L'enseignement théorique

Concernant la dermatologie, après avoir appris les différents éléments composant la peau, et la sémiologie, on aborde l'aspect clinique des pathologies cutanées. Nous y apprenons que de nombreuses maladies d'organes ont des expressions et des manifestations cutanées spécifiques. Par exemple la méningite à méningocoque s'accompagne souvent d'un purpura caractéristique, signant la gravité de la situation.

Les pathologies enseignées sont divisées en différentes catégories selon leurs étiologies. On distingue schématiquement les pathologies inflammatoires, infectieuses, vasculaires, mélanocytaires cancéreuses et autres. Elles sont abordées selon un agenda différent d'une faculté à une autre.

Cependant bien qu'il n'y ait pas d'ordre défini pour l'enseignement, toutes les facultés enseignent la dermatologie selon les items évalués durant l'ECN. Les items concernés sont aux nombres de 27 sur 345. Ils abordent les pathologies strictement dermatologiques et les maladies systémiques ayant des répercussions dermatologiques.

Il s'agit des Items 50, 79, 84, 85, 87, 94, 95, 114, 116, 117, 123, 124, 127, 137, 149, 164, 174, 181, 204, 223, 232, 288, 314, 327, 329, 330 et 343.

L'enseignement se veut exhaustif et toutes les pathologies cutanées sont abordées durant les cours théoriques. Mais l'accent est mis sur la préparation de l'ECN et donc sur les pathologies « importantes » par leur gravité ou dangerosité.

On n'a jamais vu de sujet d'ECN porter sur le traitement des verrues par exemple. Par contre la reconnaissance d'un mélanome et sa prise en charge peut faire l'objet d'une question.

Au vu de l'ensemble des connaissances à acquérir pour présenter l'ECN, on ne peut pas blâmer les externes lorsqu'ils décident de prioriser les informations à retenir. Malheureusement cela se fait bien souvent aux dépens des pathologies bénignes qui « ne tomberont pas » à l'examen.

Cette remarque est valable pour toutes les autres matières.

❖ Les stages hospitaliers

La formation en dermatologie, toutes facultés confondues, se fait par des enseignements théoriques plus ou moins un stage hospitalier. Il n'est pas obligatoire. Dans la grande majorité des CHU, un stage dans un ou des services de dermatologie est proposé, mais les places sont limitées et tous les étudiants ne peuvent pas y accéder. Ces stages permettent la mise en pratique des connaissances théoriques acquises.

Cette année en Aquitaine, durant la période universitaire allant du 03/09/12 au 30/06/13, les stages étaient accessibles uniquement aux externes en DCEM3. Il existe 3 terrains de stage:

- * Pr DOUTRE à l'Hôpital du Haut-Lévêque avec 17 postes
- * Pr TAÏEB à l'Hôpital Saint-André avec 16 postes
- * Médecin Chef Dr GUIGEN à l'hôpital militaire Robert Picqué avec 5 postes

Les DCEM3 sont au nombre de 577 en cette année universitaire 2012/2013 et ils réalisent des stages sur 4 périodes :

- du 03/09/12 au 18/11/12 soit 9 semaines
- du 19/11/2012 au 31/01/13 soit 10 semaines
- du 01/02/13 au 14/04/13 soit 10 semaines
- du 15/04/13 au 30/06/13 soit 10 semaines

Sachant qu'il y a quatre périodes et 38 postes par période cela signifie que 152 DCEM3 réalisent un stage de dermatologie.

Durant les vacances universitaires (du 01/07/13 au 31/08/13) les postes disponibles sont moins nombreux par promotion et un terrain de stage se rajoute :

*Pr BORALEVI à l'Hôpital Pellegrin accueille en Juillet 3 DCEM2, et 2 DCEM3. En août le même nombre d'externes. Il y a au total 10 étudiants qui sont formés dans ce service l'été.

*Pr DOUTRE à l'Hôpital Haut-Lévêque accueille en juillet 3 DCEM2, 2 DCEM3 et 1 DCEM4. En août le même nombre d'externes. Il y a au total 12 étudiants dans ce service l'été.

*Médecin Chef GUIGEN à l'Hôpital Militaire Robert Picqué accueille en juillet 1 DCEM2, 2 DCEM3 et 1 DCEM4. En août le même nombre d'externes. Il y a au total 8 étudiants dans ce service l'été.

*Pr TAÏEB à l'Hôpital Saint-André accueille en juillet 1 DCEM2, 2 DCEM3 et 2 DCEM4. En août le même nombre d'externes. On peut y compter un total de 10 étudiants l'été.

Ainsi en comptabilisant la période universitaire et les vacances il y a eu 16 DCEM2 sur 508 soit 3,1 % de la promotion, et il y a eu 8 DCEM4 sur 540 soit 1,5 %. Mais il y a eu 160 étudiants en DCEM3 sur 577 qui ont réalisé un stage de dermatologie soit 27,7 % des externes en DCEM3. Ainsi plus d'un quart des étudiants bordelais se forment au moins une fois dans un service de dermatologie durant leur externat.

Cependant il faut rappeler que les services ne reçoivent les externes que durant les matinées et de façon variable selon les services. Par exemple dans le service du Pr DOUTRE les externes sont séparés en 2 groupes :

- la moitié est dans le service d'hospitalisation traditionnel pendant environ 5 semaines
- l'autre moitié est en service de consultation et viennent en stage 1 semaine sur 2. Soit 2 semaines et demie.

Puis à la fin des 5 semaines les externes échangent leur affectation.

Dans le service du Médecin Chef GUIGEN les externes restent toute la durée du stage dans le service. Dans le service du Pr TAÏEB c'est encore un autre mode de fonctionnement. Les externes sont divisés en quatre groupes. Ils se répartissent entre la consultation, la dermatologie cancérologique, l'hospitalisation traditionnelle et l'Hospitalisation De Jour (HDJ). A la moitié du stage, ceux étant en consultation échangent avec ceux en cancérologie et réciproquement ceux en hospitalisation traditionnelle échangent avec ceux en HDJ.

Ainsi en fonction du stage où sont passés les externes on peut supposer que la formation n'est pas la même car ils n'ont pas rencontré les mêmes patients ni les mêmes pathologies et le temps effectif passé dans chaque stage est fonction du service concerné.

1.3.4. Le Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM)

Quand le concours de l'Internat est passé, les externes changent de statut et deviennent des internes. Une fois leur spécialité choisie, ils doivent réaliser un certain nombre de stages suivant une maquette imposée par leur Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES).

A ce stade, il n'y a quasiment plus d'enseignement théorique. L'essentiel du temps de l'interne est consacré aux stages hospitaliers ou ambulatoires. Ils ont pour but la mise en pratique des connaissances théoriques accumulées au fil du cursus.

Cette année universitaire 2012/2013 en Aquitaine, Il y avait 587 Internes de Médecine Générale (IMG), dont 192 en TCEM1, 211 en TCEM2 et 184 en TCEM3.

❖ L'Enseignement théorique

L'enseignement théorique se fait à l'aide du portfolio désormais. C'est un outil qui a pour but de « développer, à partir des situations professionnelles authentiques rencontrées pendant les stages, un processus réflexif permettant les interactions avec les formateurs et favorisant les apprentissages contextualisés » (15).

Encore une fois, chaque faculté est libre d'organiser son enseignement théorique comme elle le souhaite. Nous nous intéresserons, uniquement à celui donné en Aquitaine.

Le portfolio est composé de douze scripts, et dix événements ponctuels. Les scripts sont destinés à retranscrire des « situations cliniques authentiques et complexes, avec analyse réflexive

personnelle permettant de détailler les problèmes posés, les connaissances nécessaires, les compétences mises en jeu et les modifications constatées sur les pratiques professionnelles» (56).

L'enseignement s'organise autour de 6 modules qui sont : la pratique médicale, les situations fréquentes, la préparation de la thèse, la santé publique, l'exercice professionnel et enfin l'analyse et évaluation des pratiques et FMC (56). L'enseignement par semestre est composé de 15 séances réparties sur 5 journées. En Aquitaine, ces cours sont à présence obligatoire. A l'issue de chaque module, l'étudiant est informé individuellement de la validation ou non de celui-ci avec une tolérance de 20 % d'absences justifiées.

Durant le module « la pratique médicale » on étudie à nouveau les principales urgences cardiovasculaires, respiratoires, métaboliques et neurologiques. Dans le module « situations fréquentes » est abordé un large panel de pathologies rencontrées en soins primaires. On y retrouve les pathologies cardiaques, digestives, rhumatologiques, psychiatriques, endocriniennes, pulmonaires, infectieuses et vénériennes, gynécologiques et pédiatriques. Dans le module « santé publique » on s'intéresse aux addictions, à la cancérologie et aux soins palliatifs. Durant la dernière année nous abordons la gestion des situations difficiles.

Aucune séance n'est dédiée aux pathologies cutanées.

L'enseignement ne se résume pas qu'à cela. Nous abordons aussi l'aspect administratif tel que la gestion d'un cabinet médical, les remplacements et l'installation. On nous initie à la formation continue et aux GEAP : Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratique.

❖ Les stages

➤ **La maquette**

La maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale comprend six semestres. Il n'y a pas d'ordre imposé dans la réalisation de la maquette. Pour la valider, l'interne doit réaliser six stages différents. Cinq stages sont obligatoires :

- Urgence,
- Médecine adulte, ou de gériatrie
- Pédiatrie et/ou gynécologie
- Au CHU

- Ambulatoire chez le praticien. Ce dernier se déroule en 3 étapes. Une première étape d'observation qui dure deux mois. Puis une supervision directe pendant 2 mois, où l'interne consulte et le maître de stage observe et rectifie la consultation si nécessaire. Et enfin la supervision indirecte pendant les 2 derniers mois durant laquelle l'interne consulte seul mais le maître de stage reste joignable et dirige un débriefing en fin de journée.

Le sixième stage est libre. Il peut alors réaliser un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Durant ce stage, l'interne travaille seul dans un cabinet de médecine générale agréé où il bénéficie d'une supervision indirecte par le maître de stage, toujours joignable, qui assure ainsi un suivi pédagogique. Durant les deux premiers mois, il est en supervision

directe puis les quatre mois suivant en supervision indirecte. L'interne s'approche alors des conditions réelles d'exercice de son futur métier.

A l'issue de ces trois ans, il dispose encore de trois années avant de passer sa thèse d'exercice. A partir du troisième semestre et une fois le stage chez le praticien validé, l'IMG peut d'ores et déjà réaliser des remplacements.

➤ **La Validation du DES**

Pour valider le DES de médecine générale, il faut avoir :

- validé les stages avec respect de la maquette,
- validé ses « mini stages » hors cabinet du généraliste (au nombre de 4),
- participé à 8h de Développement Personnel Continu (DPC).
- validé l'enseignement,
- présenté son portfolio (seuls ceux ayant validé six stages peuvent le présenter)

Ce n'est qu'une fois toutes ces conditions remplies que l'IMG peut obtenir son Diplôme de fin d'études.

➤ **La dermatologie**

Il existe de nombreux terrains de stage permettant de valider la maquette. La réalisation d'un stage dans un service de dermatologie n'est pas obligatoire. Cependant si un IMG souhaite en réaliser un, cela risque d'être difficile.

En effet, sur l'ensemble des stages accessibles aux IMG le seul service de dermatologie agréé pour le DES de médecine générale est le service du Dr GUIGUEN à l'hôpital Robert Piqué pour l'Aquitaine. Il y a 4 internes de médecine générale affectés chez les Drs MORAND et GUIGUEN par semestre. C'est un stage « tournant », donc le temps effectif passé dans le service de dermatologie est fonction des semestres.

Au final 8 IMG sur 620 ont pu y travailler cette année, soit en fonction de l'organisation du stage, au maximum 1,3 % des IMG.

Si il n'y a pas de stages de dermatologie accessibles aux IMG, à quel moment ces derniers mettent-ils en pratique leurs connaissances théoriques dans ce domaine ? C'est rarement durant les stages hospitaliers, car durant ces derniers on traite en priorité le problème pour lequel le patient est hospitalisé. Si un problème dermatologique se pose, il y a généralement un dermatologue disponible pour nous aider au diagnostic et à la prise en charge.

Il ne reste alors plus que le stage chez le praticien pour mettre en pratique ses connaissances dermatologiques et refaire le point sur la prise en charge des pathologies cutanées courantes. On savait déjà que le stage chez le praticien était le principal lieu de formation aux pathologies de soins primaires. Mais dans le domaine des pathologies cutanées cela semble encore plus important.

Lorsque l'on reprend la formation en dermatologie, on se rend compte de trois points importants.

- Premièrement durant le second cycle l'accent est mis sur les questions de l'ECN et les pathologies cutanées fréquentes sont mises de côté par les externes.
- Deuxièmement durant le troisième cycle, il n'y a pas d'enseignement théorique dédié aux pathologies cutanées.
- Et troisièmement le stage chez le praticien semble être le dernier lieu accessible à cette mise en pratique mais cela est « *maitre de stage dépendant* » et n'est pas sa seule vocation.

Si durant l'externat les pathologies cutanées courantes sont mises de côté, si durant l'internat l'enseignement de ces dernières n'est pas repris et si le généraliste maitre de stage n'est pas intéressé particulièrement par ce domaine de la médecine, on peut légitimement se poser la question suivante : quelles sont les compétences en pathologies cutanées en soins primaires acquises en fin de cursus des études de médecine générale ?

2. Matériel et Méthode

2.1. Problématique

Les recherches bibliographiques nous apprennent la fréquence des pathologies dermatologiques dans une région donnée (47, 48). D'autres études évaluent les compétences des praticiens installés (42, 57) et d'autres enfin proposent des outils afin de les améliorer (58–65). Mais aucun des ces travaux ne s'intéresse aux praticiens en devenir et à leur formation. C'est l'objet de notre thèse.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les maladies cutanées semblent peu attractives pour beaucoup d'étudiants en médecine, bien qu'elles soient fréquentes en soins primaires. De plus, la modification du parcours de soins de 2004 (28) place le médecin généraliste au centre de la démarche de soin. Il est désormais le premier recours avant une orientation vers un spécialiste.

Au vue de cette fréquence, et du rôle clef du Médecin Généraliste, il nous a paru important de savoir si la formation acquise durant le cursus universitaire et plus précisément lors des stages de médecine ambulatoire (cf. §1.3.3) était adaptée à leur pratique future.

2.2. Objectif

L'objectif de notre étude est de déterminer si à la fin du DES de Médecine Générale, les Internes ont acquis les compétences nécessaires pour reconnaître et traiter les pathologies les plus fréquemment rencontrées, mais aussi dépister les potentiellement graves et/ou urgentes.

La question principale posée est :

Les IMG en fin de cursus savent-ils reconnaître, traiter et dépister les pathologies cutanées les plus fréquentes et/ou graves en soins primaires ?

Autrement dit :

La formation acquise lors du DES de Médecine Générale est-elle suffisante pour la prise en charge des pathologies cutanées en soins primaires ?

La question secondaire est :

Que font-ils lorsqu'ils ne savent pas? Quels sont les facteurs influençant les résultats ?

Par ce travail nous souhaitons évaluer les compétences des IMG en TCEM3 sur un nombre restreint de pathologies. Nous avons ainsi eu un aperçu des difficultés qu'ils pourraient avoir lors de la mise en situation au cabinet. Ce qui nous a ensuite conduit à discuter d'outils visant à améliorer l'accès à ces connaissances et faciliter ainsi le travail au quotidien dans ce domaine.

Il est important de préciser que l'objectif n'était pas de stigmatiser les IMG ou leurs Enseignants. Il s'agissait uniquement de confirmer ou d'infirmier un constat afin de proposer des solutions si nécessaire.

2.3. Description de la méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle (66), multicentrique sur la région Aquitaine. L'enquête descriptive a été menée via un questionnaire standardisé et anonyme. L'évaluation a duré cinq jours répartis sur trois semaines.

Ce questionnaire a été présenté, par moi-même aux IMG en troisième année, durant la dernière séance des cours de DES de médecine Générale. En fonction des Commissions Pédagogiques Locales (CPL) d'Aquitaine, l'évaluation a eu lieu en fin de cours soit à midi (5 groupes), soit à dix-huit heures (2 groupes).

L'évaluation durait 30 minutes. Les IMG complétaient une première partie épidémiologique, puis répondaient à un questionnaire de 21 cas cliniques présentés à l'aide d'un diaporama.

Pour chaque cas clinique, le diaporama comportait :

- Une ou deux photographies d'une même pathologie cutanée, sous sa forme caractéristique.
- Un texte court regroupant les éléments cliniques typiques du diagnostic.

Dans un but didactique il y avait toujours les 3 mêmes questions (2 ouvertes, 1 fermée) posées aux étudiants, à savoir :

- Quel est le diagnostic ?
- Êtes-vous sûr de votre réponse ? OUI/NON
- Quelle est votre prise en charge et votre conduite à tenir face à cette situation ? (traitement aussi complet que possible et mesures associées).

Le questionnaire rempli était récupéré en fin de présentation. Les données ont ensuite été corrigées selon une grille de correction type.

2.3.1. Sélection des internes

Afin de recruter le plus large panel d'étudiants, nous avons choisi d'interroger les IMG en fin de cursus c'est-à-dire ceux effectuant leur troisième année de DES et plus précisément ceux assistant aux cours de DES.

Cette année en Aquitaine il y a en TCEM 3, 184 étudiants dont :

- 18 en 5^{ème} semestre. Il s'agit des IMG ayant, soit choisi de prendre une « disponibilité » durant leur cursus (6 mois non rémunérés) ou bien ceux ayant réalisé un stage non validant pour la maquette (mais rémunéré). En effet pour qu'un stage soit validé, il faut en avoir effectué au moins quatre mois sur six. Ce choix concerne le plus souvent les femmes souhaitant conserver leur congé maternité ou ayant un projet professionnel.

- 148 en 6^{ème} semestre,

- 18 étudiants ayant validé leurs maquettes mais ayant une « dette » ne leur permettant pas de valider leur DES. Comme nous l'avons expliqué plus haut, pour présenter le DES de médecine générale il faut avoir validé un certain nombre d'éléments. Ces étudiants n'en ont pas validé un.

Parmi les 184 TCEM3, 162 assistent aux cours de DES, soit un peu plus de 88 % des IMG en TCEM3.

Dans l'hypothèse que c'est durant le stage chez le praticien que se fait l'essentiel de l'apprentissage de la gestion des pathologies cutanées en soins primaires, sa réalisation fut le critère principal pris en compte pour la sélection des IMG.

En décidant d'interroger les IMG en fin de Troisième Cycle, nous nous assurons que la majorité ait au moins un stage en médecine générale ambulatoire validé ou en cours de validation. Les évaluations ayant lieu du 27/08/13 au 12/09/13, les IMG avaient réalisé les 2/3 de leur stage en cours. C'est pour cette raison que nous avons décidé d'inclure les IMG en cours de validation de leur SASPAS ou de leur premier stage chez le praticien. En effet, à cette période ceux chez le praticien sont soit en fin de semi autonomisation, soit en début d'autonomisation complète, et ceux en SASPAS sont depuis 2 mois en autonomie complète.

2.3.1.1. Critères d'Inclusions

- Les IMG en TCEM3,
- Les IMG présents lors de l'évaluation,
- Les IMG ayant validé ou étant en cours de validation d'un ou de plusieurs stages en médecine ambulatoire chez le praticien.

2.3.1.2. Critères d'Exclusion.

- Les IMG en TCEM1 et TCEM 2
- Les IMG en TCEM 3 absents lors de la présentation du questionnaire
- Les IMG n'ayant pas validé ou n'étant pas en cours de validation d'un premier stage chez le praticien.

2.3.2. L'évaluation des IMG

2.3.2.1. Les Conditions d'évaluation

Le questionnaire a été présenté aux IMG en TCEM3, lors de la dernière séance des cours de DES de médecine Générale. Ces cours à présence obligatoire regroupent l'ensemble des IMG n'ayant pas encore validé l'enseignement théorique sur une période donnée. Ils réunissent 162 étudiants (148 en 6^{ème} semestre et 14 en 5^{ème} semestre) répartis en 7 Commission Pédagogique Locale (CPL).

Le choix de ce dernier cours n'était pas anodin et présentait trois avantages principaux :

- Premièrement ces cours étant à présence obligatoire, nous nous assurions donc un plus grand recrutement d'internes.
- Deuxièmement les cours sont en « petit comité » il y a donc moins de sources de distraction et de tricheries possibles.
- Et enfin, troisièmement nous étions sûrs qu'ils avaient au moins un stage chez le praticien révolu, ou en cours de validation.

Initialement nous avons pensé à d'autre mode d'évaluation, tel que l'envoi du questionnaire par courriel (email, courrier postal), mais le taux de participation spontanée est faible (67). De plus par ce biais nous perdions le « contrôle » des conditions d'évaluation, tel que le temps imparti pour répondre, la recherche de réponses sur Internet ou d'autres sources etc ...

De même nous avons envisagé de les interroger lors des choix de stages car ils sont supposés rassembler un très grand nombre d'étudiants. Mais nous avons renoncé pour deux raisons. La première vient du fait que lors de ces rassemblements, les Internes sont distraits et peu enclins à répondre sérieusement à un questionnaire. La deuxième est que les choix de stages ont lieu un mois, à un mois et demi avant le début du stage suivant. Nous aurions alors « perdu » ceux qui avaient l'intention de réaliser un SASPAS ou bien de réaliser leur premier stage chez le praticien.

Pour toutes ces raisons, notre choix d'évaluation nous semblait le plus approprié.

2.3.2.2. Calendrier des évaluations.

Les évaluations ont eu lieu du 27 août 2013 au 12 septembre 2013. Les différents cours avaient lieu les :

- 27 août 2013 à Bordeaux groupe A
- 28 août 2013 à Bordeaux groupe B
- 29 août 2013 à Bordeaux groupe C
- 03 septembre 2013 à Bordeaux groupe D, à Pau et à Périgueux
- 12 septembre 2013 à Bayonne

Malgré les problèmes de logistique évidents nous avons pu interroger tous les groupes. Le 03 septembre, j'ai pu évaluer le groupe de Pau et de Bordeaux D. J'ai mandaté un autre interne de confiance pour réaliser l'évaluation du groupe de Périgueux. Au final les sept groupes ont pu être interrogés. Ce qui représente un total de 119 étudiants sur 162 IMG assistant aux cours.

Avec l'accord du DMG et des différents intervenants nous avons interrogé les différents groupes à la fin des cours de DES, à des horaires différents :

- En fin de séance à 12h, pour les groupes : Bordeaux A et C, Bayonne, Pau, Périgueux
- En fin de séance à 18h, pour les groupes : Bordeaux B et D.

2.4. Questionnaire pour interne

Nous avons opté pour un questionnaire posé directement aux internes en petit comité. Il est composé de deux parties. Une première partie épidémiologique et une seconde composée de 21 cas cliniques avec photographie(s) correspondante(s).

Il est strictement anonyme car le but, rappelons le, n'est pas de stigmatiser les IMG, mais de déterminer s'ils ont acquis les connaissances et compétences nécessaires à la prise en charge des pathologies cutanées en soins primaires.

Ce questionnaire est supposé durer 30 minutes. Nous avons estimé qu'il faut environ entre 2 et 5 minutes pour la partie épidémiologique, environ 25 minutes pour le diaporama. Le temps mis à distribuer et récupérer les questionnaires n'a pas été pris en compte. Le questionnaire est court afin de maintenir l'attention des internes au maximum.

2.4.1. Partie épidémiologique

Cette partie nous a permis de réaliser des statistiques sur un certain nombre d'éléments. Elle se décompose elle-même en deux parties. Une précisant les caractéristiques des Internes et une autre spécifiant les caractéristiques de leurs Maîtres de Stage qu'il s'agisse d'un stage ambulatoire et/ou d'un SASPAS.

2.4.1.1. Caractéristiques des IMG interrogés

Dans cette première partie on retrouve des notions démographiques telles que le sexe, l'âge et le parcours professionnel des IMG. On recense notamment leur faculté d'externat, la réalisation d'un stage en dermatologie durant leur externat et/ou Internat, la réalisation de SASPAS, et de remplacements.

Cette partie précise aussi le terrain de stage au moment de l'évaluation car ce dernier pourrait interférer dans les réponses. On peut supposer par exemple qu'un interne actuellement en stage de pédiatrie serait davantage compétent vis-à-vis des pathologies cutanées de l'enfant.

Après nous nous sommes intéressés à l'attrait qu'ils pouvaient avoir pour la matière. Puis nous leur avons demandé s'ils avaient déjà rencontré des difficultés en dermatologie et comment les avaient-ils gérées.

Enfin nous leur avons fait préciser leur ressenti quant-à la formation reçue dans le domaine des pathologies cutanées en soins primaires.

2.4.1.2. Caractéristiques des maitres de stage

Ensuite nous avons questionné les internes sur leurs maitres de stage. Les questions recensaient les caractéristiques des praticiens, puis interrogeaient sur leurs pratiques en matière de pathologies cutanées au cabinet, leurs outils de références (informatique, papier) et l'actualisation de leurs données.

Une dernière partie concernait uniquement ceux qui avaient réalisé un SASPAS. Ils devaient alors répondre aux mêmes questions que précédemment sur leur second groupe d'enseignants. Nous avons ainsi pu comparer les IMG ayant fait un SASPAS aux autres.

2.4.2. Partie Clinique

Actuellement en 2013, il existe très peu de données épidémiologiques françaises sur les pathologies cutanées prises en charge par les médecins généralistes en cabinet.

Après avoir croisé des données nationales et internationales, nous avons constaté que les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient souvent les mêmes (Annexes I, II et III). C'est pour cette raison que nous n'avons pas fait d'enquête auprès des généralistes d'Aquitaine et que nous sommes partis du postulat que les pathologies retrouvées en Aquitaine, sont, à peu de chose près, les mêmes que celles retrouvées dans les autres études.

De plus les IMG formés en Aquitaine n'exerceront pas forcément dans cette région, et pourront être amenés à exercer dans d'autres parties de la France. Ceci a été un argument de plus en faveur d'une vision générale des pathologies cutanées que nous souhaitons garder.

2.4.2.1. Choix des pathologies

Le questionnaire initialement devait aborder 20 pathologies : 16 très fréquemment rencontrées en médecine générale ambulatoire et 4 graves ou potentiellement graves. Le choix n'était pas aisé, car comme nous l'avons vu précédemment (cf. § 1.2.), il existe environ une soixantaine de pathologies fréquemment rencontrées en médecine ambulatoire. Le nombre de vingt semblait le plus approprié car selon une étude américaine les 20 pathologies les plus fréquentes représentent à elles seules 82 % des motifs de consultation (22).

La sélection des pathologies tenait compte de deux critères. D'une part de leur fréquence d'apparition retrouvée dans les manuels de référence (44) et l'OMG (9). D'autre part des résultats de différentes études Internationales (16, 18, 19, 22, 26, 43), Nationales (6, 16, 18, 19, 22, 26, 43, 49, 68) et des thèses d'exercice (45, 47, 48) ; notamment celles réalisées dans les départements de Franche-Comté (47) et de Haute Normandie (48).

A l'issue de cette étape, les pathologies retenues étaient au nombre de vingt-six. Toutes présentaient un intérêt pédagogique et étaient potentiellement utilisables pour le questionnaire. Il a donc fallu faire des choix. Une discussion collégiale entre Mme le Pr DOUTRE, le Dr SEJOURNE et moi-même nous a permis d'écartier provisoirement les six pathologies suivantes pour les raisons ci-après :

- L'Exanthème viral car trop polymorphe en fonction du virus en cause.
- Le Pityriasis rosé de Gibert dont la fréquence est pourtant comprise entre [0,16-1,67] %. Mais qui, bien que fréquent, ne présente pas de gravité ni d'urgence diagnostique.
- L'Onychomycose qui représente entre 2 et 18 %. Cependant si l'on suit les recommandations de la Société Française de Dermatologie de 2007 (69) un prélèvement doit être réalisé avant de pouvoir affirmer le diagnostic. Or de nombreux médecins ne réalisent pas ces prélèvements avant de traiter. D'autre part il existe des formes sénescents de l'ongle qui peuvent paraître pathologiques. L'onychomycose est, pour ces raisons, sujet à controverse.
- Les Nævus pigmentaires : toute la population en présente entre 20 et 30. Très fréquents certes, mais au final de peu d'intérêt pédagogique si ce n'est la nécessaire surveillance qu'ils impliquent. Mais cela est abordé dans la prise en charge du mélanome.
- L'Œdème de Quincke qui bien qu'ayant une symptomatologie dermatologique bruyante, fait véritablement partie du domaine de la médecine d'urgence.
- Le Carcinome Epidermoïde (20/100 000 personnes) très rare avec une clinique atypique donc difficilement présentable dans un questionnaire aussi court qui se doit de présenter des cas typiques.

Puis après discussion avec le Pr GAY, nous avons reconsidéré le cas du Pityriasis rosé de Gibert, dont la fréquence n'est pas négligeable. Du fait que cette pathologie n'est visible qu'en ambulatoire, nombre d'internes n'en ont jamais vu. Pour ces deux raisons nous avons décidé de l'inclure dans le test, mais aussi pour son intérêt pédagogique vis-à-vis de cette promotion d'internes.

Au final les vingt et une pathologies retenues étaient :

- Pour les fréquentes : l'Eczéma, le Psoriasis, l'Acné, la Dermatite séborrhéique, l'Urticaire, les Aphtes et Aphtes, l'Herpès Labial, la Varicelle, la Verrue, l'Impétigo, le Pityriasis versicolor, la Candidose cutanéomuqueuse des grands plis, les Intertrigos mycosiques interdigitaux, la Gale, le Pityriasis rosé de Gibert et la Kératose Séborrhéique.
- Les pathologies graves ou potentiellement graves sont : la Toxidermie immuno-allergique, le Mélanome, la Kératose Actinique, l'Erysipèle et le Carcinome Baso Cellulaire.

En les présentant par leurs étiologies et en précisant leur fréquence statistique cela donne :

- **Les dermatoses inflammatoires :**
 - o L'Eczéma et plus précisément la Dermatite Atopique qui concerne entre 15 et 20 % de la population.
 - o Le Psoriasis qui touche entre 2 et 3 % de la population
 - o L'Acné de l'adolescent qui touche 80 % de la population entre 12 et 20 ans

- La Dermatite séborrhéique quant-à elle concerne 1 à 3 %
- L'Urticaire qui représenterait 15 % des pathologies cutanées
- La Toxidermie immuno-allergique : Exanthème Maculo Papuleux*

- **Lésions des Muqueuses**
 - Les Aphtes et Aphoses concerneraient entre 10 et 65 % de la population générale soit environs 20 %

- **Les maladies Infectieuses**
 - Virale
 - Herpès Labial (HSV) entre 40-60 % de la population en est porteur.
 - Varicelle (VZV) 90 % des adultes ont été en contact avec le virus
 - Verrue (HPV) 7-10 %, sous cette forme principalement les enfants
 - Pityriasis rosé de Gibert [0,16-1,67] %.
 - Bactérienne
 - Erysipèle 1,6 % *
 - Impétigo [0,3-1,56] %
 - Mycosique
 - Pityriasis versicolor [1-4] %
 - Candidose cutanéomuqueuse des grands plis
 - Les intertrigos mycosiques interdigitaux

Ces deux dernières pathologies sont particulièrement fréquentes, entre 2 et 8 % (6, 9, 45, 47-49) comme en témoigne de nombreuses études (déjà détaillées plus haut).

- Parasitaire
 - Scabiose 337/100 000, peu fréquente statistiquement mais avec de très importantes répercussions en santé publique.

- **Les pathologies Tumorales**
 - Kératose Séborrhéique [2 -14] %
 - Mélanome [7,6-9,5]/100 000 *
 - Kératose Actinique 11-25 %*
 - Carcinome Baso Cellulaire (30 % des K) 104/100 000*

Les items présentant un Astérisque (*) sont les pathologies grave et/ou potentiellement grave.

2.4.2.2. Le Diaporama (Annexe V)

Le diaporama était composé de deux parties : une photographie correspondant à la pathologie et un cas clinique explicatif.

Les photographies utilisées sont inédites et ne proviennent pas de diapotheque ou bien d'un laboratoire pharmaceutique. Elles ont été prises par Madame le Professeur DOUTRE (dans le service de dermatologie), par le Docteur SEJOURNE (au cabinet médical d'Eymet) et par moi-même (dans les différents services où j'ai pu effectuer des stages d'internat). Ces images ont ensuite toutes été validées par le Pr DOUTRE.

Les cas cliniques quant-à eux sont courts et reprennent les principales caractéristiques aidant à orienter le diagnostic. Ces informations, pour la plupart, reprennent les véritables histoires cliniques des patients. Certaines ont été modifiées afin de rendre le cas clinique de la pathologie concernée, plus typique encore.

Durant la projection, les cas cliniques sont présentés et restent affichés à l'écran pendant une minute et vingt secondes, avant de passer à la diapositive suivante. Il n'y a pas de retour en arrière possible. Le temps de projection des diapositives était chronométré afin d'harmoniser les évaluations de chaque CPL.

Nous avons conscience de ne pas reproduire les conditions de cabinet, car on y dispose d'un peu plus de temps de réflexion. Cependant les pathologies montrées étant très fréquentes et/ou graves, donc à reconnaître impérativement, un diagnostic rapide est faisable.

Les iconographies et les cas cliniques sont exposés ci-dessous.

2.4.2.2.1. Iconographie

Comme nous l'avons précisé ci-dessus, les photographies proviennent de différentes sources. Dans cette partie nous présentons les photos prises par chaque intervenant. Nous rappelons que toutes ont été validées par le Pr DOUTRE.

2.4.2.2.1.1. Photos du Pr DOUTRE

Le Pr DOUTRE a fourni des photographies qui correspondent à neuf des pathologies choisies pour le questionnaire :

- IMPETIGO/IMPETIGINISATION



- ACNE



- HERPES LABIAL



- VARICELLE



- VERRUE



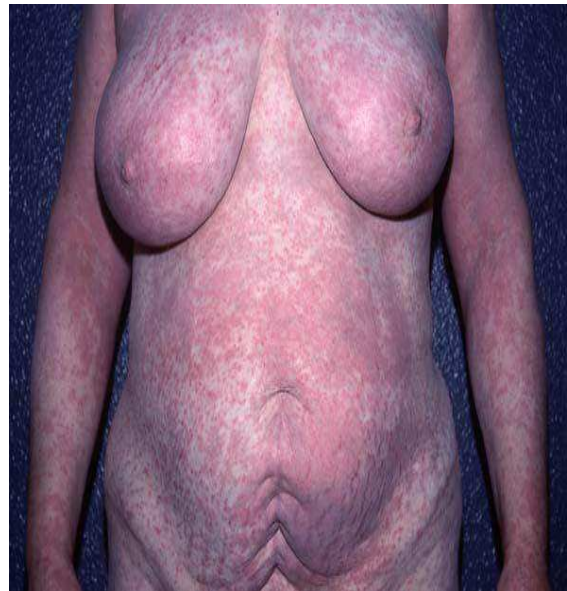
- PSORIASIS



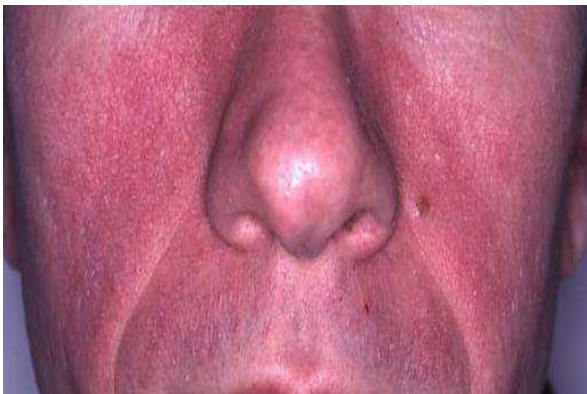
- INTERTRIGO MYCOSIQUE DES GRANDS PLIS



- EXANTHEME MACULOPAPULEUX



- DERMATITE SEBORRHEIQUE



2.4.2.2.1.2. Photos du Dr SEJOURNE

Le Dr Séjourné a fourni quant-à lui, les photographies correspondant aux neuf pathologies suivantes :

- **APHTE**



- **GALE**



- **ECZEMA** Coude



- **ECZEMA** Creux Poplité



- **PITYRIASIS VERSICOLOR**



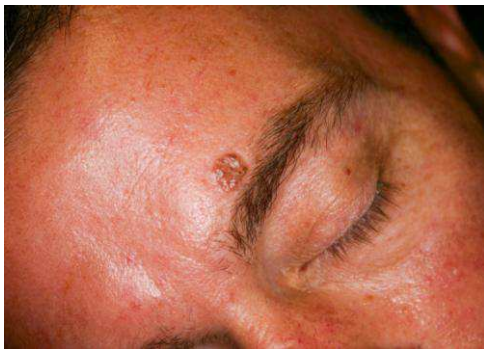
- **PITYRIASIS ROSE DE GIBERT**



- **KERATOSE ACTINIQUE**



- **CARCINOME BASOCELLULAIRE**



- **KERATOSE SEBORRHEIQUE**



- **MELANOME EXTENSIF**



2.4.2.2.1.3. Photos IMG Mlle DIONE

J'ai fourni trois photographies qui correspondent aux trois pathologies suivantes :

- **URTICAIRE**



- **ERYSIPELE SUR LYMPHOEDEME**



- **INTERTRIGO MYCOSIQUE INTERDIGITAL / PIED D'ATHLETE**



2.4.2.2.2. Cas-cliniques

Les cas cliniques étaient volontairement courts. Pour ne pas perdre de temps durant le diaporama, ces derniers ont été lus à voix haute par moi même.

Ils étaient typiques de chaque pathologie et apportaient les informations importantes orientant le diagnostic final et la prise en charge. On y retrouvait les informations essentielles à la compréhension du cas. Et on y précisait, en fonction des pathologies, l'âge du patient, les facteurs aggravants, les facteurs favorisants et le contexte d'apparition. Dans certains, la lésion était décrite, dans d'autres non, afin de ne pas trop orienter la réponse des IMG.

Le but n'était pas de piéger les IMG mais nous ne voulions pas fausser les résultats en leur donnant des informations quasi pathognomoniques du diagnostic.

Le rendu final du diaporama avec les cas cliniques reprenant les précédentes informations est consultable en ANNEXE V.

2.4.2.2.3. Les Questions posées.

Dans un désir de simplicité et de faisabilité du questionnaire dans le temps imparti, nous avons choisi de poser trois questions et seulement trois par pathologie.

On distingue deux questions ouvertes :

- Quel est le diagnostic ?
- Quelle est votre prise en charge et votre conduite à tenir face à cette situation ?

Pour cette deuxième question il leur était précisé de détailler leur prise en charge globale (médicale et non médicale), ainsi que de préciser des noms de traitements et posologie, si ils les connaissaient.

De même il leur était spécifié de préciser leur conduite lorsqu'ils ne connaissaient pas la réponse et de noter lorsqu'ils souhaitaient orienter le patient vers un dermatologue.

Puis une question fermée concernant leur certitude diagnostic :

- Êtes-vous sûr de votre réponse ? OUI/NON

Le but de cette question était de déterminer le comportement des internes face à une incertitude. C'est pour cette raison que nous avons opté pour une question fermée, et non une échelle analogique.

2.4.2.3. Réponses attendues et validées (ANNEXE VI)

Lors de la présentation du questionnaire nous avons donné comme consigne aux internes de développer autant que possible la prise en charge des pathologies cutanées. La correction du diaporama précisait :

- Le diagnostic,
- Le traitement de référence avec le type utilisé de molécule, plus ou moins les noms commerciaux des produits envisageables.
- La durée, la posologie et les conseils de mise en œuvre des traitements
- La conduite à tenir en cas de lésions malignes
- Les mesures associées et les conseils de prévention.
- Une photographie de la pathologie concernée.

Ce corrigé fut remis en fin d'évaluation aux étudiants. Ainsi les IMG sont repartis avec un document pratique sur la prise en charge de seize pathologies fréquentes et de cinq pathologies potentiellement graves.

2.5. Exploitation des données

Dans le but de ne pas stigmatiser les IMG, nous avons tenu à préserver leur anonymat. Pour ce faire et afin de pouvoir retrouver les questionnaires si nécessaire, chaque questionnaire a été numéroté de 1 à 119. Les questionnaires épidémiologiques et les réponses au diaporama portaient le même numéro pour un même IMG. Le nom de l'IMG n'apparaissait à aucun moment sur aucun document. Le choix des numéros était purement aléatoire. Ils ont été attribués au fur et à mesure des CPL.

Les questionnaires épidémiologiques et le test des cas cliniques ont généré un nombre considérable de données. La correction de l'ensemble des questionnaires a été assurée par moi-même. Les données épidémiologiques et les réponses aux cas cliniques ont été colligées dans le tableur Excel conçu à cet effet.

Afin de conserver le maximum d'informations et de refléter au mieux les compétences des IMG l'analyse des réponses c'est basée sur une grille de correction (ANNEXE VII). Cette dernière reprenait les éléments suivants pour chaque question posée :

- **Le Diagnostic ?**
 - Réponse correcte : OUI/ NON
 - Aucune réponse
- **La Certitude du diagnostic posé ?**
 - OUI/NON
- **La Prise en Charge ? :**
 - Correcte
 - Oui (pour les questions où il ne fallait rien faire)
 - Orientation dermatologue (adaptée à la situation)
 - Nom de molécule
 - Nom commerciaux
 - Posologie
 - Durée
 - Conseils au patient
 - Mesures associées (Prévention, Traitement des personnes contacts...)
 - Incorrecte
 - Aucune réponse
 - Orientation vers un dermatologue par défaut de diagnostic

Une fois les copies corrigées selon la grille de correction ci-dessus, les données ont été enregistrées dans le tableur Excel conçu à cet effet. Ainsi toutes les données épidémiologiques ainsi que les réponses fournies aux cas cliniques ont été relevées et compilées puis traitées pour réaliser l'ensemble des statistiques.

Abordons maintenant les résultats de ces évaluations.

3. Résultats et analyse

3.1. Le Recrutement

Les évaluations ont duré 5 jours étalés sur 3 semaines. Les IMG étaient répartis de la manière suivante :

- La CPL de Bordeaux A évaluée à 12h : 20 étudiants présents sur 28 supposés,
- La CPL de Bordeaux B évaluée à 18h : 15 étudiants présents sur 27 supposés,
- La CPL de Bordeaux C évaluée à 12h : 22 étudiants présents sur 25 supposés,
- La CPL de Pau évaluée à 12h : 12 étudiants présents sur 19 supposés,
- La CPL de Périgueux évaluée à 12h : 10 étudiants présents sur 15 supposés,
- La CPL de Bordeaux D évaluée à 18h : 27 étudiants présents sur 24 supposés
- La CPL de Bayonne évaluée à 12h : 21 étudiants présents sur 24 supposés

Dans toutes les CPL, exceptées celles de Bordeaux D et de Bayonne, 100 % des étudiants présents en cours ont accepté de participer au questionnaire. Dans la CPL Bordeaux D, 6 étudiants ont refusé de rester et nous avons évalué au final 21 IMG au lieu des 27 présents. A Bayonne 2 étudiants ne sont pas restés, et nous avons évalué 19 IMG au lieu des 21 présents. Notre taux de participation est ainsi passé à un peu moins de 94 % des personnes interrogées.

Sur les 162 étudiants assistant aux cours, 35 étaient absents soit 22 % et 8 ont refusé de participer soit 5 %. Au total pour notre étude nous avons recruté 119 étudiants sur 162 soit un peu plus de 73 %.

Les évaluations se sont dans l'ensemble bien déroulées. Les étudiants étaient un peu réticents après l'annonce du mode d'évaluation. Ce qui a donné lieu à quelques commentaires de leur part :

- « n°13 : Le recueil de données est particulier, on n'oblige pas les gens à répondre à autant de questions. 21 questions c'est beaucoup trop. »
- « n°14 : recueil de données un peu long »

Il y a eu quelques reproches sur le diaporama :

- « n°31 : 1 minute 20 c'est très court »
- « n°36 : [...], les lésions sont trop décrites oralement et ne laissent pas assez réfléchir sur la photo »

Mais finalement la grande majorité des IMG a trouvé l'étude intéressante et le diaporama instructif :

- « n°12 : initialement à reculons car je n'avais pas envie de passer un contrôle. Finalement très intéressant, ludique, pratique car situations que nous pouvons vraiment rencontrer en pratique courante »
- « n°66 : merci pour ces révisions ou visions »
- « n°11 : Content du questionnaire, et surtout des corrections »
- « n°75 : très enrichissant !! merci »
- « n°3 : Très beaux cas cliniques. Très bonne prestation, belles photos. Bonne mise en situation. Bonne continuation. Bravo ! »

3.2. Caractéristique de la population

3.2.1. Les étudiants

➤ Les caractéristiques

La moyenne d'âge des IMG était de 27,6 ans. Il s'agissait principalement de femmes, 61 % contre 35 % d'hommes et 4 % n'ont pas répondu à cette question. 93 % étaient en 6^{ème} semestre contre 6 % en 5^{ème} semestre et 1 % sans réponse. 43 % d'entre eux avaient déjà effectué des remplacements et 24 % avaient réalisé ou étaient en cours de réalisation d'un SASPAS.

Les IMG peuvent être regroupés en fonction de leur stage en 6 catégories: SASPAS, 1^{er} Stage chez le praticien, pédiatrie/gynécologie, médecine adulte, urgences/réanimation, et psychiatrie/addictologie. En médecine adulte nous ne le détaillerons pas, mais toutes les spécialités médicales étaient représentées à peu de chose près. On obtient la répartition suivante :

Tableau1 : Répartition des IMG

Stage en cours	Répartition
SASPAS	19 %
Praticien	3 %
Pédiatrie/ Gynécologie	34 %
Médecine Adulte	31 %
Urgences/Réanimation	7 %
Psychiatrie/ Addictologie	6 %

➤ La pathologie cutanée

On constate que 100 % des IMG ont déjà été confrontés à des problèmes cutanés et dans ces situations 87 % d'entre eux ont alors adressé leur patient vers un dermatologue.

Un peu plus de la moitié des IMG (50,4 %) se disaient intéressés par la Dermatologie durant leur cursus. Et 34 % d'entre eux ont réalisé un stage d'externat en dermatologie contre seulement 1,7 % un stage d'internat.

Lorsqu'on leur demande s'ils ont un outil de référence, seulement 20 % déclare en avoir un. Les deux principaux outils utilisés sont : la Société Française de Dermatologie (SFD) et le Collège de Dermatologie.

Ainsi c'est sans surprise que, 99 % des IMG répondent favorablement quand on leur demande s'ils souhaitent un outil destiné à la gestion des pathologies cutanées en soins primaires.

Ensuite nous leur avons fait préciser leur faculté de second cycle. On a recensé dix-sept facultés différentes. 60 % des IMG ont réalisé leur externat à Bordeaux même.

Enfin nous leur avons demandé leur sentiment sur la formation reçue en pathologie cutanée. 91 % des IMG ne sont pas satisfaits de leur formation et ce, toutes facultés confondues.

En somme, on peut résumer la population type comme étant une femme de bientôt 28 ans en dernier semestre ayant fait son externat à Bordeaux. Bien qu'intéressée par la dermatologie, elle n'y est jamais passée en stage, trouve que sa formation n'est pas satisfaisante et aimerait un outil pour l'aider au quotidien.

Tableau 2 : Sentiment des IMG sur leur formation en Fonction de la Faculté d'Externat

Faculté de Second Cycle	Sentiment sur la Formation en valeur absolue			
	Mauvais	Bon	Pas de réponse	Total général
BORDEAUX	63	7	1	71
PARIS	2	1		3
TOULOUSE	8			8
TOURS	2			2
NANTES	1			1
MARSEILLE	5			5
LYON	6			6
MONTPELLIER	1			1
LIMOGES	2			2
POITIERS	3			3
LILLE	4			4
RENNES	1			1
SAINT-ETIENNE	2			2
CAEN	2	1		3
AMIENS		1		1
BESANÇON	1			1
Pas de réponse	2	1		3
REIMS	2			2
Total général	107	11	1	119

3.2.2. Les praticiens

➤ Stage chez le praticien

Le stage chez le praticien n'est réalisable qu'à partir du second semestre. Ainsi les praticiens ont reçu au moment de l'évaluation au maximum 5 IMG. L'étude étant anonyme nous ne pouvions pas identifier les internes ni leurs praticiens. Donc les résultats obtenus sont à considérer comme une tendance.

Globalement il semblerait que tous les praticiens soient informatisés. Ils travaillent principalement en groupe et ont majoritairement une activité semi rurale. 83 % assistent à des FMC.

Quand on demande aux IMG si leurs praticiens étaient intéressés par la dermatologie 44 % ne se prononcent pas, 36 % pensent que oui et 20 % pensent que non. Pour les IMG, ceux s'intéressant à la dermatologie, leur ont transmis leur savoir dans plus de 90 % des cas.

Concernant l'existence d'un outil de référence dermatologique au cabinet, dans 38 % des cas il n'y en avait pas, dans 28 % ils ne savaient pas et dans 34 % il y en avait un.

Parmi les différents outils proposés, on retrouvait les Atlas de Dermatologie, et les Collèges d'enseignants de dermatologie. Seuls 4 % d'entre eux possédait une photothèque.

➤ SASPAS

Pour les praticiens assurant les stages en SASPAS, ils travaillent principalement en ville et en groupe. Ils semblent plus intéressés par la dermatologie que les précédents, avec 42 % d'intéressés contre 36 % précédemment, 23 % non intéressés, et 35 % où les IMG ne se prononcent pas. Les praticiens intéressés ont transmis à 100 % leurs connaissances.

Les outils disponibles au cabinet étaient les mêmes que précédemment et étaient présents dans 33 % des cas, absents dans 46 % et 31 % des IMG ne se prononcent pas.

Encore une fois ces réponses sont à pondérer par le fait que les praticiens décrits par les IMG ne pouvaient être identifiés.

3.3. Résultats au diaporama

La présentation du diaporama a duré 25 minutes. Les praticiens assurant les cours, ont tous participé au questionnaire, excepté ceux de Bordeaux D et Bayonne. Les IMG dans la grande majorité des cas ont apprécié la présentation et la correction des cas cliniques remise en fin de test.

Une remarque avant d'aborder les résultats. Bien que la consigne orale ait été de décrire la Prise En Charge (PEC) globale et de préciser leur attitude lorsqu'ils ne connaissaient pas la pathologie ou la PEC, certains étudiants ne l'ont pas fait, et nous ne pouvons déterminer si c'était par absence de connaissances, ou bien par « laxisme » ou par manque de temps dans le cadre de l'évaluation. De ce fait nous ne pouvions pas déterminer quel aurait été leur comportement en situation réelle...

Pour aborder les résultats nous allons les diviser en quatre catégories :

- Les pathologies Infectieuses
- Les pathologies Inflammatoires
- Les pathologies Tumorales
- La pathologie des Muqueuses.

3.3.1. Les pathologies Infectieuses :

On peut encore subdiviser ce groupe en fonction du type d'infection. Ainsi on distingue :

3.3.1.1. Etiologie Bactérienne

❖ L'érysipèle

Le diagnostic était correct dans 100 % des cas, avec une certitude diagnostique de 93 %, et une PEC adaptée à la situation dans 87 % des cas. Il n'y a eu aucune orientation vers un Dermatologue.

Pour la PEC, ils ont précisé dans 70 % le nom commercial, dans 38 % la posologie adaptée et dans 20 % la durée de traitement. Les mesures associées telles que le traitement de la porte d'entrée a été proposé dans 60 % des cas.

❖ L'impétigo

Le diagnostic était juste dans 86 % des cas. Les 14 % s'étant trompés avaient proposé les diagnostics suivant : eczéma (21 %), varicelle surinfectée (12 %), herpès (21 %), herpès circiné (14 %), prurigo, psoriasis, dermatophytie, syndrome pied/main/bouche (respectivement 8 % chacun). La certitude était de 55 %.

La PEC était adaptée dans un peu plus de 44 % des cas, non adaptée dans 50 % et une absence de réponse dans 6 %. L'erreur la plus souvent commise était de se limiter à un traitement local, devant l'étendue des lésions. A propos des mesures associées, seuls 18 % des IMG ont pensé à traiter les personnes contacts et il y a eu 11 % d'orientation vers un Dermatologue.

3.3.1.2. Etiologie Virale

❖ L'herpès labial (HSV)

Le diagnostic était le bon dans 100 % des cas, avec une certitude de 94 % mais une PEC adaptée dans 32 % des cas seulement. En effet il s'agissait d'une récurrence d'herpès, il n'y avait donc aucun traitement à prescrire au patient. Mais dans 68 % des cas, ils ont souhaité appliquer un traitement local pendant 5 à 7 jours. Cette pratique ne rentre pas dans le cadre des recommandations, même si elle est couramment effectuée.

Aucun IMG ne l'a adressé à un spécialiste. Les mesures associées ont été proposées dans 19 % des cas, à savoir principalement la prévention des enfants et des personnes immunodéprimées.

❖ La varicelle (VZV)

Le diagnostic était juste dans 97,5 % des cas avec une certitude de 95 % et une PEC adaptée dans 97 % des cas. Il y a eu 2,5 % d'erreurs diagnostiques et les IMG avaient proposé une folliculite diffuse, ou la gale, ou encore un molluscum contagiosum.

Il y a eu une orientation vers un dermatologue malgré le fait que l'IMG avait le bon diagnostic et la bonne prise en charge.

77 % des IMG ont proposé des mesures associées telles que couper les ongles, une éviction scolaire, la contre-indication des AINS...

❖ La verrue (HPV)

Le diagnostic était correct dans 87 % des cas, incorrect dans 11 % et l'IMG Ne Se Prononce pas (NSP) dans 3 % des cas. Lors de mauvaises réponses, les diagnostics retrouvés étaient une infection fongique dans 69 % des cas, ou bien un pityriasis, un lichen plan, un condylome, ou un molluscum respectivement dans 7,5 % des cas.

La certitude diagnostic était de 77 %, avec une abstention de réponse de 4 %. La PEC était adaptée dans 61 %, non donnée dans 28 % des cas et incorrecte dans 12 %.

Il y a eu 39 % d'orientation proposée vers un dermatologue, 50 % en premier recours et un peu moins de 44 % d'entre elles se sont faites en second recours suite une PEC initiale par l'IMG.

Les mesures associées étaient de 6 % et consistaient principalement en une éviction de la piscine et une prévention de la contagion.

❖ Le pityriasis rosé de Gibert

Le diagnostic était correct dans 33 % des cas, incorrect dans 32 % des cas et aucune réponse proposée dans 35 %. Parmi les 33 % ayant le bon diagnostic, 41 % étaient sûrs de leur choix, 54 % ne l'étaient pas et 5 % ne se prononce pas.

Dans les 32 % de propositions incorrectes on retrouve : l'herpès circiné (39 %), la roséole (8 %), la syphilis secondaire (8 %), une infection fongique (19 %), autres 26 % (infection au VIH, rougeoles, folliculite, érythème polymorphe, zona...).

Le taux global de PEC correcte était de 22 %. On constate que 59 % de ceux ayant un diagnostic correct avaient une PEC correcte.

Tableau 3 : La PEC en fonction du diagnostic de Pityriasis Rosé de Gibert

DIAGNOSTIC	Total général	PEC (nbr d'IMG)		
		Non Adaptée	Adaptée	NSP
Correct	39	10	23	6
Incorrect	38	20	1	17
Ne se prononce pas (NSP)	42	2	2	38
Total général	119	32	26	61

Il y a eu 21 % d'orientation vers un dermatologue, 31 % d'entre elles parce que l'IMG ne connaissait pas la pathologie, 21 % parce qu'il avait fait le mauvais diagnostic et 10 % alors qu'il avait le bon diagnostic.

3.3.1.3. Etiologie Mycosique

❖ Le pityriasis versicolor

Le diagnostic exact de pityriasis versicolor était d'un peu plus de 65 %, et 7 % donnait le diagnostic de dermatophyties. Il y avait 23 % de mauvais diagnostic et 12 % d'abstention de réponse. Parmi les mauvais diagnostics, ceux revenant le plus souvent étaient le livédo (11 %), le vitiligo (16 %), le lichen plan (11 %), autres... La certitude diagnostique globale était de 47 %. Les IMG ayant eu le bon diagnostic étaient sûrs de leur réponse à 65 %.

La PEC était correcte dans 38 % des cas. Cependant avec un diagnostic correct, la PEC était adaptée dans 55 % des cas, inadaptée dans 36 %, non donnée dans 9 %.

Au total il y a eu 13 % d'orientation vers un spécialiste, 19 % par absence de diagnostic et 19 % pour cause de mauvais diagnostic.

❖ La candidose cutanéomuqueuse des grands plis

Le diagnostic était juste dans 97 % des cas avec une certitude diagnostique de 73 %, une incertitude de 17 % et une abstention de certitude dans 10 % des cas. Il y a eu 3 % d'erreurs diagnostiques (eczéma de contact 50 % et impétiginisation 50 %).

La PEC était adaptée dans 94 % des cas et il y a eu un peu moins d'1 % d'orientation vers un spécialiste pour absence de diagnostic.

Par ailleurs, 36 % ont pensé à préciser les mesures associées telles que les règles hygiéno-diététiques.

❖ L'intertrigo mycosique interdigital/pied d'athlète

98 % de bon diagnostic et 1 % d'erreur. La certitude était de 87 %, avec 3 % d'abstention et 10 % d'incertitude. La PEC était adaptée dans 96 % des cas avec des mesures associées précisées dans 40 % des situations, par contre la posologie et la durée de traitement n'étaient spécifiées respectivement qu'à 17 % et 13 %.

Il n'y a eu aucune orientation vers un dermatologue.

3.3.1.4. Etiologie Parasitaire

❖ La gale

Le diagnostic a été posé dans 96 % des cas. Il y a eu moins d'1 % d'abstention, et 3 % de mauvais diagnostic dysidrose 50 %, dermatophytie 25 %, herpès 25 %. La certitude globale était de 86 %. En cas de diagnostic correct la certitude était de 85 %, et l'incertitude de 9 %.

La PEC était correcte globalement dans 94 % des cas. Lorsque le diagnostic était correct on avait alors une PEC d'autant plus adaptée à 98 % contre 2 % d'inadaptée. Les noms commerciaux étaient donnés dans 71 % des cas. Les mesures associées, telles que le traitement des personnes contacts et du domicile, étaient présentes dans 86 % des cas.

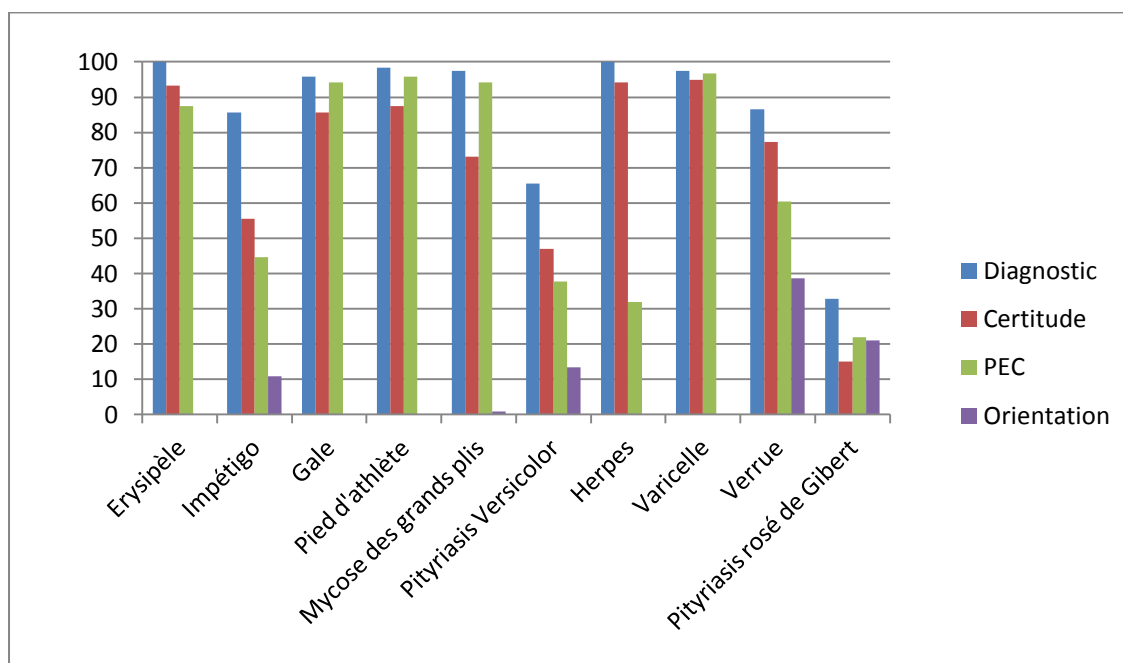
Il n'y a eu aucune orientation vers un spécialiste.

Au total pour les pathologies infectieuses on obtient une moyenne 86 % de diagnostics justes, une certitude autour des 72 %, une PEC adaptée de 66,5 % et 8.5 % d'orientation vers un spécialiste. Le taux de personnes ne s'étant pas prononcées est faible, excepté pour le pityriasis rosé de Gibert et le pityriasis versicolor.

Tableau 4: Récapitulatif des principaux résultats des pathologies infectieuses :

	Diagnostic (%)		Certitude (%)	PEC (%)		Orientation (%)
	Juste	NSP		Juste	NSP	
Erysipèle	100	0	93	87	0	0
Impétigo	86	0	55	44,5	6	10
Gale	96	1	86	94	0,8	0
Pied d'athlète	98	0	87	96	0	0
Mycose des grands plis	97	0	73	94	0,8	1
Pityriasis Versicolor	65	12	47	38	21	13
Herpès	100	0	94	32	0	0
Varicelle	97,5	0	95	97	0	0
Verrue	87	3	77	61	28	39
Pityriasis rosé de Gibert	33	35	15	22	51	21
Moyenne :	86,1%	5%	72,4%	66,3%	10,2%	7,6%

Graphique 1 : Récapitulatif des principaux résultats obtenus aux pathologies Infectieuses



3.3.2. Les pathologies inflammatoires

❖ L'eczéma

Le diagnostic était juste dans 85 % des cas, 3 % d'abstention, 12 % de mauvaises réponses.

Les mauvais diagnostics proposés étaient : le psoriasis (21 %), la dysidrose (29 %), des boutons de chaleurs (14 %), le prurigo (7 %).

La certitude diagnostique globale était de 52 %. Lorsque le diagnostic était correct, la certitude passait à 61 %, l'incertitude était de 35 % et l'abstention de 4 %.

La PEC globale était adaptée dans 50 % des cas. En considérant uniquement les diagnostics justes, la PEC remonte jusqu'à 57 %, et est inadaptée dans 41 %, avec 2 % d'abstention. Les principales erreurs, de traitement étaient l'oubli des corticoïdes, ou bien de l'émollient. Les conseils d'utilisation et les mesures associées étaient peu donnés, environ 10 %. Il y a eu 8 % d'orientation vers un spécialiste.

❖ Le psoriasis

Le diagnostic était correct dans 95 % des cas (3 % d'erreurs avec 75 % eczéma et 25 % de purpura).

La certitude était de 67 %. La PEC était adaptée dans 82 % des cas. Les mesures associées ont été peu décrites (3,3 %).

L'orientation vers un dermatologue représente 23 %. L'orientation se faisait dans 23 % en second recours.

❖ L'acné

100 % des diagnostics étaient corrects. Avec une certitude de 93 %. Par contre la PEC n'était adaptée que dans 25 % des cas. En effet très souvent seul un traitement topique était proposé.

L'orientation vers un spécialiste a été proposée en premier recours dans 13 % des cas.

❖ La dermatite séborrhéique

Le diagnostic était bon dans 52 % des cas, faux dans 37 % et non fourni dans 11 %. Les 37 % de faux diagnostics étaient pour 57 % la rosacée, 12 % la roséole, 7 % l'érythème, 7 % un lupus érythémateux, 5 % une couperose, 12 % d'autres...

La certitude diagnostique moyenne était de 42 %, avec 16 % de non réponse et 42 % d'incertitude. En ne considérant que les diagnostics justes elle passe à 65 %, avec une incertitude de 27 % et une absence de réponse de 8 %.

La prise en charge était adaptée dans 8,4 % des cas, inadaptée dans 50,4 % et non fournie dans 41,2 %. Dans le cas présenté, il n'y avait aucun traitement à mettre en place. La plupart des IMG a répondu uniquement un traitement antifongique, d'autres uniquement des corticoïdes...

Il y a eu 29 % d'orientation vers un spécialiste. 63 % d'entre elles étaient un premier recours, et 29 % étaient dûes à une erreur de diagnostic.

❖ L'urticaire

Le diagnostic est retrouvé dans 96 % des cas avec une certitude de 77 %. Les principaux diagnostics différentiels étaient la photosensibilisation et l'œdème de Quincke.

La PEC ici, reposait sur l'administration uniquement d'anti histaminique car il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses. De ce fait on retrouve seulement 61 % de PEC adaptées.

Il y a eu 6 % d'orientation vers un spécialiste pour la réalisation de tests allergologiques. Parmi les mesures associées 27 % ont suggéré une éviction du kiwi.

❖ L'Exanthème Maculo Papuleux (EMP)

Il y a 90 % de bon diagnostic, 6 % de mauvais et 3 % d'absence de réponse. Les mauvaises réponses étaient en pourcentage égal : un syndrome de Lyell, une virose, un Steven Johnson.

La certitude diagnostique était de 42 % avec une PEC adaptée dans 39 % des cas.

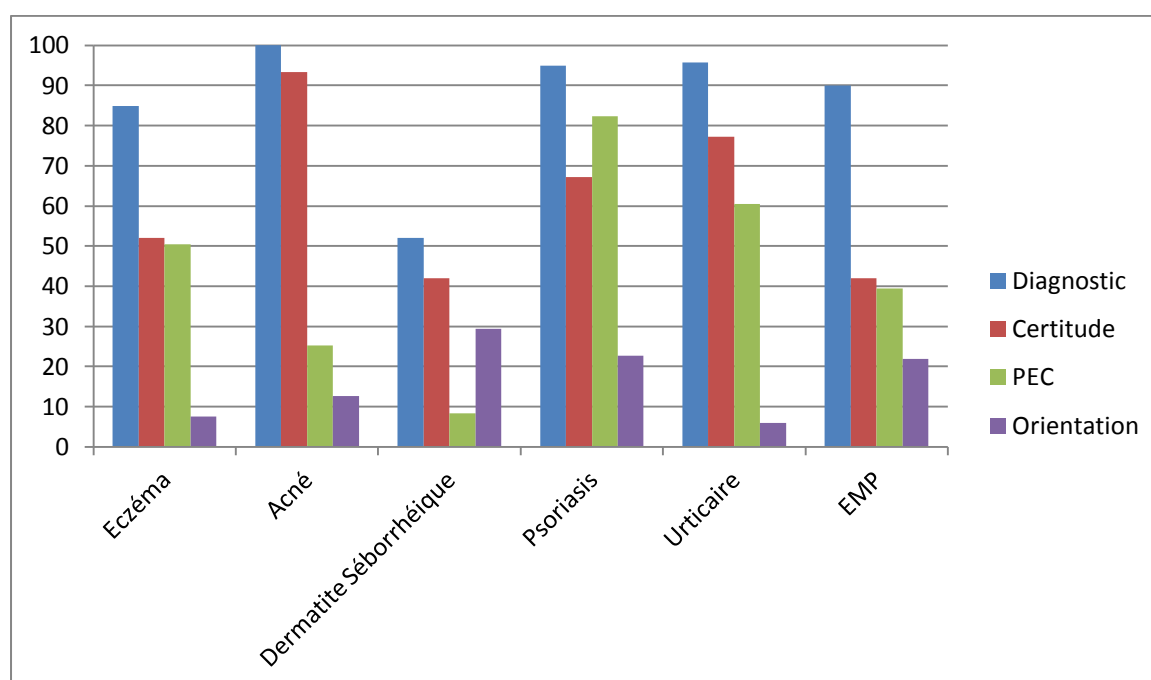
Une orientation vers un dermatologue a été proposée dans 22 % des situations. Dans ces 22 % on retrouve 19 % en 1^{er} recours, 31 % en second recours et 50 % pour mauvais diagnostic.

Au total les pathologies inflammatoires sont diagnostiquées dans 86 % des cas, avec une certitude autour de 62 % et une PEC adaptée dans un peu plus de 44 % des cas. Une orientation vers un spécialiste est proposée dans un peu plus de 17 % des situations. Le taux d'IMG Ne Se Prononçant pas (NSP) est légèrement plus important que pour les pathologies infectieuses.

Tableau5 : Récapitulatif des pathologies inflammatoires :

	Diagnostic (%)		Certitude (%)	PEC (%)		Orientation (%)
	JUSTE	NSP		JUSTE	NSP	
Eczéma	85	3	52	50	2	8
Acné	100	0	93	25	10	13
Dermatite Séborrhéique	52	11	42	8,4	41,2	29
Psoriasis	95	2,2	67	82	14	23
Urticaire	96	0	77	61	0,8	6
EMP	90	2,5	42	39	10	22
MOYENNE :	86 %	3 %	62 %	44 %	11,4 %	17 %

Graphique 2 : récapitulatif des pathologies inflammatoires :



3.3.3. Les pathologies tumorales

❖ La kératose séborrhéique

Il n'y a que 18 % de réponses justes contre 72 % de fausses et 10 % d'abstention. Parmi les réponses fausses les plus souvent rencontrées sont : les nævus 32 %, la kératose actinique 23 %, le mélanome 18 %, le Carcinome Baso Cellulaire (CBC) 13 %, le spinocellulaire 6 %, la dermatite séborrhéique 6 %, et autres 2 %.

La certitude était de 18 %, l'incertitude de 69 %, et l'absence de réponse de 13 %.

La PEC était adaptée dans 34 % des cas. Si on considère uniquement ceux ayant eu le bon diagnostic, la PEC était adaptée dans 71 % des cas, et non adaptée dans 19 % des cas avec 9 % d'indéterminé.

L'orientation vers un dermatologue a été demandée dans 58 % des cas. Celle-ci était d'autant plus importante que l'IMG n'avait pas le bon diagnostic, 67 % d'orientation dans ce contexte.

Tableau 6 : Orientation selon le diagnostic de kératose séborrhéique

Diagnostic (nombre d'IMG)	Orientation (nombre d'IMG)		
	NON	OUI	Total général
Correct	28	58	86
Incorrect	15	6	21
NSP	7	5	12
Total général	50	69	119

❖ Le mélanome

67 % ont trouvé le bon diagnostic, contre 30 % un mauvais et 3 % d'absence de réponse. Les mauvaises propositions étaient : le nævus 34 %, le spino cellulaire 32 %, la kératose actinique 3 %, CBC 21 %, l'érythème migrans 8 % et un Zona 2 %. La certitude était de 25 %.

La PEC était considérée comme bonne si l'IMG orientait son patient vers un dermatologue. Ainsi on retrouve 95 % de bonne PEC, avec une orientation vers un dermatologue dans 96 % des cas. On constate qu'avec un diagnostic correct ou non, plus de 90 % des IMG adressent leur patient vers un dermatologue.

Tableau 7 : Orientation selon le diagnostic de mélanome

Diagnostic (nombre d'IMG)	Orientation (nombre d'IMG)		
	NON	OUI	Total général
Correct	1	112	113
Incorrect	4	1	5
NSP	0	1	1
Total général	5	114	119

❖ La kératose actinique

22 % des IMG ont trouvé le diagnostic contre 54 % d'erreurs et 24 % n'ont pas donné de réponse. Les diagnostics incorrects proposés sont : le carcinome épidermoïde 41 %, le CBC 22 %, une kératose séborrhéique 9 %, une folliculite 5 %, une lésion cutanée 6 %, le furoncle 2 % et 15 % autres. La certitude était de 14 %. La PEC était adaptée dans 66 % des cas avec une orientation vers un dermatologue dans 69 % des cas. L'orientation était à peu près aussi importante que l'IMG possède ou non le bon diagnostic.

Tableau 8 : Orientation selon le diagnostic de kératose actinique

Diagnostic (nombre d'IMG)	Orientation (nombre d'IMG)		
	NON	OUI	Total général
Correct	6	20	26
Incorrect	18	46	64
NSP	13	16	29
Total général	37	82	119

❖ Le Carcinome Baso Cellulaire (CBC)

Le diagnostic était correct dans 37 % des cas, et on note 22 % d'abstentions de réponse et 41 % de mauvaises réponses. Les mauvais diagnostics le plus souvent rencontrés étaient : le carcinome épidermoïde 36 %, le mélanome 23 %, le nævus 27 %, la kératose séborrhéique 3 %, la kératose actinique 3 % et le botriomycome 8 %.

La certitude diagnostique était de 15 % avec une PEC adaptée dans 85 % des cas et un adressage vers un dermatologue dans 92 % des cas. On constate que lorsque le diagnostic est correct on obtient 100 % d'adressage, lorsqu'il est mauvais 90 % d'orientation et lorsque l'IMG ne sait pas, il l'oriente à 77 %.

Tableau 9 : Orientation selon le diagnostic de CBC :

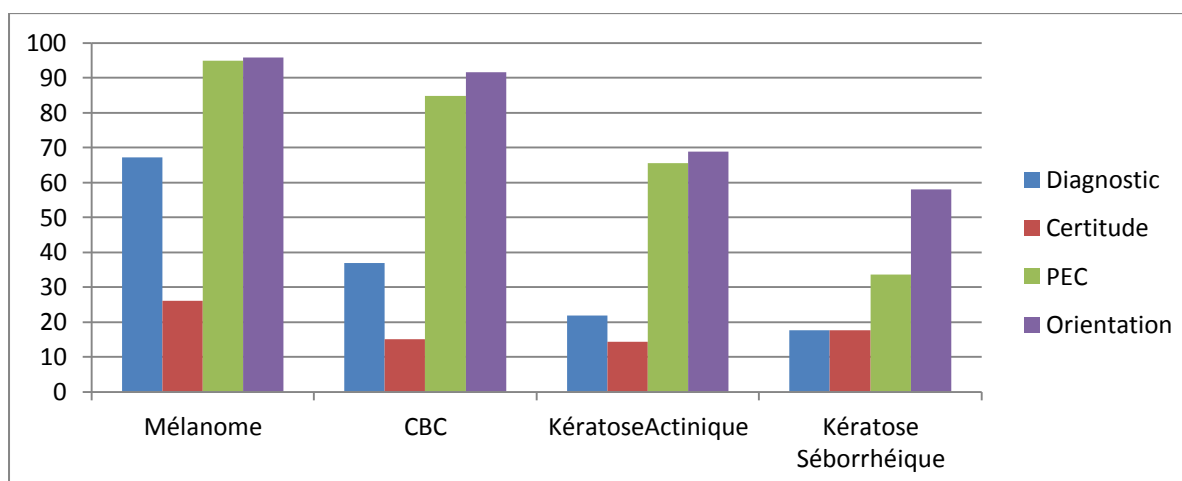
Diagnostic (nombre d'IMG)	Orientation (nombre d'IMG)		
	NON	OUI	Total général
Correct	0	44	44
Incorrect	4	45	49
NSP	6	20	26
Total général	10	109	119

En résumé pour les pathologies cancéreuses, on obtient une moyenne diagnostique de 36 % avec une certitude à 18 %. La PEC est adaptée dans 70 % avec une orientation vers un dermatologue dans 79 %.

Tableau 10 : Récapitulatif des pathologies cancéreuses

	Diagnostic (%)		Certitude (%)	PEC (%)		Orientation (%)
	Juste	NSP		Juste	NSP	
Mélanome	67	3	25	95	0,8	96
CBC	37	22	15	85	11	92
Kératose Actinique	27	24	14	66	21	69
Kératose Séborrhéique	18	10	18	34	13	58
MOYENNE	36 %	14,75 %	18 %	70 %	11,45 %	79 %

Graphique 3 : Récapitulatif des pathologies cancéreuses



3.3.4. La pathologie de la muqueuse

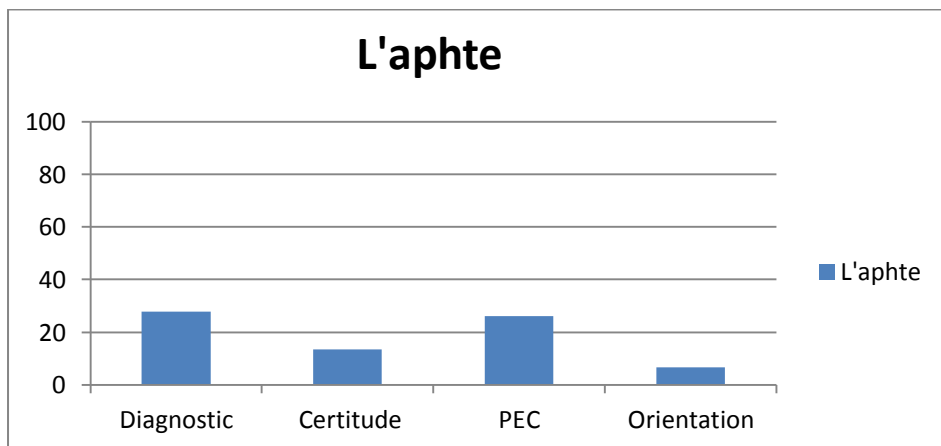
La pathologie aphteuse représente la plus grande surprise de ce diaporama. En effet du fait de sa localisation atypique, il n'y a que 28 % des IMG qui ont trouvé ce diagnostic, 16 % n'ont pas répondu et 56 % se sont trompés de diagnostic. Pourtant à chaque projection on resituait les IMG sur la localisation palatine de la lésion.

Les autres diagnostics retrouvés sont : des angines herpétiques 12 %, bactériennes 14 %, pseudo membraneuses 10 %, ulcéreuses 18 %, le syndrome mononucléosique 14 %, des mycoses buccales 6 %, un phlegmon péri amygdalien 13 % et la syphilis 13 %.

La certitude diagnostique était de 13 % avec une incertitude de 63 % et une absence de réponse de 24 %.

Du fait des mauvais diagnostics, la PEC n'est adaptée que dans 26 % des cas et inadaptée dans 40 %. Bien que nous leur ayons demandé au début du diaporama de préciser leur attitude lorsqu'ils ne connaissaient pas le diagnostic, 33 % des IMG n'ont donné aucune PEC. Nous y reviendrons dans la discussion. Enfin il y a eu 7 % d'orientation vers un spécialiste.

Graphique 4 : récapitulatif de l'aphte :



3.3.5. Résultats Totaux

En réalisant la moyenne de tous les résultats obtenus aux cas cliniques, on obtient 74 % de diagnostic juste, avec une PEC adaptée dans 59 % des cas et une certitude diagnostique de 56 %.

Il y a en moyenne 24 % d'orientation vers un spécialiste. Le pourcentage d'IMG ne s'étant pas prononcé est faible : 7 % pour le diagnostic et 13 % pour la PEC.

Tableau 12 : Récapitulatif des résultats obtenus pour toutes les pathologies du test.

	Diagnostic (%)		Certitude (%)	PEC (%)		Orientation (%)
	Juste	NSP		Juste	NSP	
Erysipèle	100	0	93	87	0	0
Impétigo	86	0	55	44	6	11
Gale	96	1	86	94	0,8	0
Pied d'athlète	98	0	87	96	0	0
Mycose des grands plis	97	0	73	94	0,8	1
Pityriasis Versicolor	65	12	47	38	21	13
Herpes	100	0	94	32	0	0
Varicelle	97,5	0	95	97	0	0
Verrue	87	3	77	61	28	39
Pityriasis rosé de Gibert	33	35	15	22	51	21
Eczéma	85	3	52	50	2	8
Acné	100	0	93	25	10	13
Dermatite séborrhéique	52	11	42	8,4	4,2	29
Psoriasis	95	2,2	67	82	14	23
Urticaire	96	0	77	61	0,8	6
EMP	90	2,5	42	39	10	22
Mélanome	67	3	25	95	0,8	96
CBC	37	22	15	85	11	92
Kératose Actinique	27	24	14	66	21	69
Kératose séborrhéique	18	10	18	34	13	58
Aphte	28	16	13	27	34	6
MOYENNE	74 %	7 %	56 %	59 %	13 %	24 %

ANNEXE VIII Graphique récapitulatif de l'ensemble des pathologies

3.4. Analyses-en sous groupe

Pour analyser les résultats en fonction des caractéristiques épidémiologiques, nous les avons séparé en deux parties : d'un côté nous avons traité les caractéristique propres aux IMG et de l'autre celles propres aux maitres de stages.

3.4.1. Les IMG

Nous avons essayé de déterminer s'il existait une relation entre les différentes caractéristiques épidémiologiques et les résultats obtenus aux diagnostics et à la PEC. Nous avons consigné tous les résultats dans le tableau 13.

Tableau 13 : Diagnostic et PEC en fonction des caractéristiques épidémiologiques des IMG

	DIAGNOSTIQUE	p	PEC	p
SEXE				
FILLE	75,4 %	0,021	60,5 %	0,141
GARCON	71,7 %		57 %	
SEMESTRE				
CINQUIEME	73 %	0,781	55 %	0,362
SIXIEME	74 %		59,2 %	
INTERET POUR LA MATIERE				
OUI	75,8 %	0,00682	61,5 %	0,0071
NON	71,7 %		56,2 %	
STAGE D'EXTERNAT				
OUI	73,9 %	0,963	60 %	0,393
NON	73,7 %		58,2 %	
STAGE D'INTERNAT				
OUI	83,5 %	0,117	66,5 %	0,286
NON	73,6 %		58,7 %	
REPLACEMENTS				
OUI	74,6 %	0,348	58,6 %	0,831
NON	73,1 %		59 %	
SASPAS				
OUI	82,6 %	0,035	69,6 %	0,000972
NON	71,3 %		55,9 %	
SENTIMENT SUR LA FORMATION REÇUE				
OUI	72,7 %	0,719	57,5 %	0,678
NON	73,7 %		59 %	
SITE DE REFERENCE				
OUI	76,2%	0,115	63%	0,032
NON	73,1%		57,8%	

	DIAGNOSTIC	PEC
FACULTE DE SECOND CYCLE		
BORDEAUX	73,1 %	59,8 %
TOULOUSE	74,4 %	57,1 %
TOURS	81 %	62 %
NANTES	81 %	71,4 %
MARSEILLE	83,8 %	58 %
LYON	65,8 %	58,7 %
POITIERS	76,3 %	49,3 %
LILLE	76,3 %	59,3 %
PARIS	76,3 %	62 %
CAEN	74,7 %	68,3 %
MONTPELLIER	85,7 %	62 %
LIMOGES	76 %	52,5 %
RENNES	76,2 %	66,7 %
SAINT-ETIENNE	69 %	55 %
AMIENS	76,2 %	52,4 %
BESANÇON	66,7 %	47,6 %

3.4.2. Les Praticiens

Il semblerait que l'intérêt du praticien du stage ambulatoire ait plus d'influence sur la PEC que sur le diagnostic, de même pour la présence d'un outil de référence en dermatologie accessible au cabinet. Par contre durant le SASPAS, l'intérêt du praticien et la présence d'outils améliore le diagnostic et la PEC. Tous les résultats sont répertoriés dans le tableau 14 ci-après.

Tableau 14 : Diagnostic et PEC en fonction des caractéristiques épidémiologiques des praticiens

	DIAGNOSTIC	p	PEC	p
INTERET DU PRATICIEN POUR LA PATHOLOGIE CUTANEE				
OUI	72,5 %	0,416	62 %	0,367
NON	74,2 %		59 %	
OUTILS DE DERMATOLOGIE DISPONIBLES CHEZ LE PRATICIEN				
OUI	73,1 %	0,842	60 %	0,176
NON	74,4 %		57 %	
INTERET DU PRATICIEN DE SASPAS POUR LA PATHOLOGIE CUTANEE				
OUI	76,3 %	0,481	64,5 %	0,784
NON	72,8 %		62,8 %	
OUTILS DE DERMATOLOGIE DISPONIBLES AU COURS DU SASPAS				
OUI	78 %	0,747	69 %	0,243
NON	76,5 %		62,8 %	

Passons maintenant à la discussion.

4. Discussion

Notre travail est une étude originale qui a permis d'évaluer la précision diagnostique et thérapeutique des Internes en Médecine Générale (IMG) en TCEM3.

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer si les IMG en fin de cursus savaient reconnaître, traiter et dépister les pathologies les plus fréquentes et/ou graves. Puis de déterminer dans un second temps leurs comportements lorsqu'ils ne les reconnaissaient pas. Cela nous a permis de connaître les forces et les faiblesses des IMG, ainsi que leur désir de formation.

Il existe cependant dans notre étude des biais et nous allons en faire la critique.

4.1. Les limites de l'étude.

4.1.1. Méthode

Le but de l'étude rappelons-le, était de déterminer si en fin de DES de médecine Générale, les IMG étaient capables de reconnaître, traiter et dépister les pathologies les plus fréquentes et ou graves. L'objectif secondaire était de déterminer en cas d'incertitude leur comportement.

4.1.1.1. Type d'étude

Pour ce faire nous avons réalisé une étude observationnelle, multicentrique sur la région Aquitaine. Ce type d'étude était le plus approprié pour décrire l'état des connaissances des IMG. Il existe dans le questionnaire socio démographique, quelques questions pouvant faire évoquer une étude qualitative. En effet nous leur demandons quel était leur sentiment sur la formation, leur intérêt pour la matière et leurs désirs d'outils. Mais contrairement à une étude qualitative où nous aurions approfondi leurs avis sur la question, ces réponses ont été utilisées pour établir des corrélations avec les résultats obtenus au diaporama.

4.1.1.2. Choix de la population

Le choix de la population s'est porté sur les IMG en TCEM3 assistant aux cours de DES soit un peu plus de 88 % des IMG actuellement en TCEM3 (162 sur les 184). Les 18 IMG ayant une « dette » (ayant validé leur maquette mais pas les critères pour présenter le DES) et les 4 IMG en « disponibilité » n'étaient à aucun moment accessibles pour les évaluations ; ils représentent une perte « incompressible ».

Ces cours nous ont permis malgré tout, d'interroger une plus grande population à savoir ceux en 6^{ème} semestre, mais aussi ceux en 5^{ème}. Nous avons ainsi une bonne représentativité des IMG d'Aquitaine.

Un des inconvénients de cette décision est que cela pourrait fausser les résultats finaux. On peut penser que ceux en 5^{ème} semestre ont moins de connaissances que ceux en 6^{ème} semestre. Cependant ceux en 5^{ème} semestre au moment de l'évaluation ont, pour la plupart, réalisé 6 stages comme les autres. Un des stages réalisés était non validant pour la maquette du DES. En effet, comme nous l'avons détaillé plus haut, pour qu'un stage soit dit « validant pour la maquette », il faut que l'IMG ait réalisé 4 mois de celui-ci sur six. Ainsi un stage non validant est un stage dont l'IMG a réalisé moins de quatre mois. Ce choix de réalisation concerne le plus souvent les femmes enceintes qui souhaitent prendre leur congé maternité.

De ce fait même si la durée effective de stage n'est pas de 6 mois, ces IMG ont tout de même plus d'expérience que les IMG en quatrième semestre. Donc cette hypothèse n'est pas recevable.

D'autre part, comme nous l'avons évoqué plus haut, c'est durant le stage chez le Praticien que se fait l'acquisition des connaissances en pathologies cutanées de soins primaires. Ainsi seule sa réalisation nous a semblé un critère justifiant l'inclusion ou l'exclusion de l'Interne.

Les critères d'inclusion des IMG en TCEM3 étaient : ceux présents lors de l'évaluation et ayant validé ou étant en cours de validation d'au moins un stage chez le praticien. Tous les IMG présents lors de l'évaluation avaient ou étaient en train de valider un stage chez le praticien

Par contre l'inconvénient était donc d'exclure tous les TCEM 3 absents lors de l'évaluation ou ne pouvant pas y assister. Les cours de DES sont certes à présence obligatoire, mais l'interne a droit à 20 % d'absence justifiée. Nous ne pensions pas que le taux d'absentéisme serait si important.

Il y a eu donc 45 étudiants exclus de l'étude. Ce qui représente un peu plus de 27 % des IMG interrogeables. Nous détaillerons cela dans les résultats.

4.1.1.3. Présentation du questionnaire

La présentation du questionnaire a été réalisée en face à face. Cela permet un contrôle des conditions d'examen et touche directement la population ciblée, les internes sont alors plus sensibilisés à l'étude.

Les inconvénients sont : le temps requis pour la réalisation des évaluations et le coût en transport pour se rendre dans chaque CPL. On exclut de l'étude ceux absents lors de la présentation. Enfin il faut s'assurer d'avoir dans chaque CPL un discours identique et s'obliger à ne pas influencer sur les réponses.

Il existe d'autres modes d'évaluation, tels que les enquêtes par téléphone, non réalisables du fait du diaporama et les enquêtes par voie postale ou Internet. Ces dernières ont un coût attrayant et une simplicité de mise en place. Les enquêtes par Internet présentent l'avantage de questionner tous les étudiants. Le questionnaire est disponible simultanément partout dans le Monde et à tout moment du jour et de la nuit. Néanmoins, les taux de retour sont en moyenne très faibles (67).

4.1.1.4. La durée de l'étude

➤ Les jours d'évaluation :

L'évaluation a duré cinq jours répartis sur trois semaines. Ayant choisi un mode de remplissage en face à face, le choix des cours de DES s'est imposé à nous. En effet ces cours sont à présence obligatoire. Il y a 7 sessions, en 4 lieux différents : Bordeaux (4 sessions), Périgueux (1 session), Pau (1 session), et Bayonne (1 session).

Les évaluations ont eu lieu les 27, 28 et 29 Août, puis le 3 et enfin le 12 septembre. Elles ont été réalisées par moi-même dans 6 CPL. La journée du 3 septembre j'ai évalué la CPL de Pau à midi, puis me suis rendue sur Bordeaux dans la même journée pour évaluer à 18h la CPL de Bordeaux D. La CPL de Périgueux a été évaluée par un autre interne mandaté pour l'occasion, à 12h.

L'avantage principal était de rassembler par groupe d'un peu moins de 30 personnes, les 184 IMG actuellement en Troisième année de DES sans avoir à les convoquer pour l'occasion. De plus les salles de cours disposent du matériel nécessaire au diaporama et nous contrôlions les conditions d'évaluation. Enfin, les derniers cours ayant lieu environ 2 mois avant la fin du stage nous nous assurons ainsi que les IMG aient réalisé les deux tiers du stage en cours.

Les inconvénients principaux étaient qu'il fallait se rendre dans chaque CPL, ce qui représente un coût en transport. De plus le 3 septembre, il y avait 3 sessions en 3 CPL différentes. Nous avons été contraints de mandater une autre personne pour réaliser l'évaluation de Périgueux. Même s'il a été bien formé à l'évaluation, la durée de projection des diapositives et le fait que pour une CPL il y ait un investigateur différent des autres peut porter à discussion.

➤ L'heure d'évaluation :

D'autre part ne pouvant interférer avec les cours, nous l'avons présenté en fin de ceux-ci à savoir soit midi, soit dix-huit heures, rendant les conditions d'examens différentes.

Le choix de dix-huit heures a été retenu pour 2 CPL de Bordeaux car nous avons dû nous adapter à l'organisation de leurs cours. En effet les CPL de Bordeaux ont un effectif plus important et durant les cours dit de « GEAP » les étudiants sont divisés en deux groupes répartis dans deux salles différentes. Réaliser l'évaluation à midi nous aurait contraint à regrouper de nouveaux les étudiants dans la même salle. Avec la certitude d'une perte de temps et d'étudiants. Cet inconvénient ne se présentait pas lors de la présentation de dix-huit heures où tous les étudiants étaient déjà réunis.

Les deux horaires proposées présentaient des inconvénients. A midi, il n'y a pas de système de restauration mis en place à destination des IMG. Ils ne disposent donc que de deux heures pour trouver un endroit où manger et revenir. De plus il y avait « la faim ».

A dix-huit heures, après une journée de cours, aucun étudiant ne souhaite rester une minute de plus. Tout le monde désire rentrer chez soi et ce d'autant plus qu'on habite loin. En effet de nombreux étudiants doivent retourner vers leur CPL qui est plus ou moins loin (par exemple en Lot et Garonne). Nous ne pouvions pas les contraindre à rester.

Il existe d'autres occasions où nous aurions pu évaluer les IMG tel que le choix des stages, mais il a lieu un mois avant la fin du cinquième semestre. Cela nous aurait contraint à exclure tous les IMG n'ayant pas encore réalisé de stage chez le praticien ou bien souhaitant réaliser un SASPAS. De plus à cette occasion les IMG sont encore moins enclins que précédemment à participer à une quelconque évaluation.

4.1.2. Matériel

4.1.2.1. Le questionnaire

➤ L'Anonymat

L'enquête descriptive a été menée via un questionnaire standardisé et anonyme. Le questionnaire avait deux parties. Une première socio démographique reprenant les caractéristiques des IMG et de leurs Maîtres de stage. Une deuxième destinée aux réponses du diaporama projeté.

Le choix de l'anonymat était évident, car nous ne souhaitons pas stigmatiser les IMG mais avoir une vision globale de leurs compétences. Chaque questionnaire s'est vu attribuer un numéro afin de pouvoir retrouver les données si besoin. De plus durant les évaluations, les IMG vérifiaient toujours que le questionnaire était anonyme, et une fois cette confirmation obtenue, ils étaient d'autant plus enclins à y participer.

L'inconvénient principal est que les résultats pour les praticiens sont inexploitable dans leur état et ne traduisent qu'une tendance.

➤ Le cas clinique

Le diaporama durait 25 minutes et comprenait 21 cas cliniques. Chaque diapositive restait projetée 1 minute et 20 secondes. Elle comprenait un cas clinique court et une photo de la lésion à reconnaître.

L'avantage du texte court était d'être concis, et de rassembler les éléments cliniques aidant au diagnostic. Mais on peut nous reprocher une absence d'harmonie dans les informations données aux étudiants. Par exemple l'âge des patients ou bien le type de lésions élémentaires présentes n'étaient spécifiés que si ils aidaient au diagnostic. Nous avons fait le choix de ne pas alourdir la présentation par des informations inutiles au diagnostic.

Lors de chaque session, il leur était spécifié de préciser leurs prises en charges autant que possible (nom commerciaux, durée des traitements, posologie, mesures associées, etc.). Le temps imparti pour chaque pathologie étant très court, il était difficile d'exiger d'eux d'être exhaustifs. L'absence de certains éléments n'était pas pénalisant.

L'avantage est que cela nous a permis d'avoir une idée des éléments de la prise en charge globale qui étaient les plus importants pour les IMG. Ce n'étaient pas des éléments utilisés à visée sanctionnante mais plutôt un « bonus » pour se faire une idée des axes déjà en place et ceux manquants pouvant être développés.

L'inconvénient est le temps imparti qui ne reproduit pas les conditions du cabinet et ne laisse pas le temps à la réflexion. Ainsi on ne pouvait pas conclure lors d'absence d'éléments de la prise en charge, mais qu'émettre des suppositions sur les carences retrouvées.

➤ **Type de questions posées**

Les questions posées aux cas cliniques dans un but didactique étaient toujours les trois mêmes.

Il y avait deux questions ouvertes portant sur le diagnostic et la prise en charge. Les avantages étaient que les IMG répondaient librement aux cas cliniques, les questions et consignes étaient claires et simples. L'inconvénient est dans le dépouillage des réponses, car il y a une variabilité dans les réponses qui peuvent être considérées comme juste ou non. Nous avons essayé d'être le plus juste possible dans les corrections.

Il y avait une question fermée dichotomique concernant leur certitude diagnostique. On peut nous reprocher de ne pas avoir opté pour une échelle analogique, mais savoir si l'IMG est sûr à 5/10 ou 7,5/10 ne nous apportait rien pour le travail que nous réalisions.

L'avantage de cette question fermée était une facilité de compréhension et de compilation des réponses. L'inconvénient principal était la limitation des possibilités d'expression du répondant.

4.1.2.2 Le choix des pathologies

➤ **Le nombre**

Il fallait déterminer le nombre nécessaire et suffisant pour refléter au mieux les connaissances des internes avec le temps limité imparti. Le nombre de 21 pathologies n'était pas anodin.

Il existe différentes études qui montrent qu'en dermatologie, les 10 pathologies les plus fréquentes représentent 65 % des motifs de consultation. Ces mêmes études, concluent que les 20 pathologies cutanées les plus fréquentes représentent à elles seules 82 % (22) à 85 % des motifs de consultations (46). Ainsi présenter 21 pathologies, sélectionnées parmi les plus fréquentes était adapté à ce que nous cherchions.

Cependant notre travail ne se limitait pas à établir si les IMG savaient reconnaître les pathologies les plus fréquentes uniquement mais d'établir s'ils étaient compétents dans la gestion des pathologies dermatologiques courantes et graves. C'est pour cela que nous n'avons pas choisi les pathologies uniquement en fonction de leur fréquence, mais aussi en fonction de leur dangerosité, gravité et répercussion en santé publique.

Ainsi il y a eu 16 pathologies fréquemment rencontrées et bénignes et 5 pathologies graves.

➤ **Le choix :**

Le choix des pathologies est probablement ce qui porte le plus à discussion. On pourrait débattre longtemps de ces pathologies, mais il a fallu trancher et les pathologies retenues sont issues d'une sélection rigoureuse. Cette dernière a ensuite été validée par le Professeur DOUTRE, le Professeur GAY et le Docteur SÉJOURNÉ. Reprenons brièvement les éléments de polémique.

Dans le choix il y a deux aspects : tout d'abord celui du mode de sélection des pathologies, puis le choix des pathologies en elles-mêmes.

❖ Nous n'avons pas réalisé d'étude sur la fréquence des pathologies en Aquitaine. Nous avons préféré faire une recherche bibliographique en partant du postulat que les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans le Monde seraient à peu de chose près les mêmes que celles retrouvées en Aquitaine. De plus les IMG formés en Aquitaine n'exerceront pas obligatoirement dans cette région.

L'avantage est un gain de temps considérable, car nous n'avons pas eu à faire une enquête auprès des généralistes d'Aquitaine qui nous aurait permis de préciser les pathologies cutanées habituellement rencontrées par les généralistes régionaux. Il n'y a pas de raison qu'elles soient très différentes des autres régions de France, mais par cette décision, s'il y avait des spécificités en Aquitaine elles resteront inconnues.

❖ Le choix des 21 pathologies dont 5 graves et 16 fréquentes fut fastidieux. Pour en arriver là, nous avons dû faire des sélections en se basant sur leurs fréquences, mais pas uniquement. La gravité de la pathologie, les répercussions en santé publique, l'intérêt pédagogique et la représentativité des différents domaines dermatologiques étaient pris en considération. Certaines pathologies bien que très fréquentes dans la population générale n'ont pas été traitées (exemple le Syndrome de Raynaud qui touche 5 % de la population (44)).

Les 21 retenues étaient :

- les 16 « non graves » : les verrues, l'acné, l'eczéma, le psoriasis, l'herpès, les mycoses (pied d'athlète, intertrigo des grand plis), l'urticaire, les kératoses séborrhéiques, la dermatite séborrhéique, les aphtes, la varicelle, le pityriasis rosé de Gibert, l'impétigo, le pityriasis versicolor, et les scabioses.
- Les 5 « graves » : le mélanome, la kératose actinique, le carcinome baso cellulaire, l'érysipèle, et la toxidermie immuno-allergique

Parmi ces pathologies on retrouve les huit pathologies les plus fréquemment rencontrées toutes études confondues (ANNEXE I, II, III) et les pathologies cancéreuses cutanées qui sont très souvent dans le « top 10 ».

On remarquera que les candidoses sont traitées 2 fois (plis de l'aîne et orteils). On peut nous reprocher d'en avoir choisi deux, mais ces pathologies sont particulièrement fréquentes avec des complications différentes à connaître.

Les dix pathologies restantes sont fréquentes et présentent les qualités recherchées pour le questionnaire. Par exemple la gale est moins fréquente que de nombreuses pathologies mais sa contagion et l'impact en santé publique est considérable. De même la kératose séborrhéique est un diagnostic différentiel du mélanome à ne pas méconnaître.

Les inconvénients sont multiples. Le fait de se limiter à 21 pathologies restreint les choix. La décision de traiter deux fois la candidose nous fait « perdre » une autre pathologie.

De plus la décision de ne pas prendre la fréquence comme seul critère de sélection conduit à mettre de côté des pathologies telles que les nævus, le syndrome de Raynaud (dans les formes bénignes), les exanthèmes viraux, le prurigo, les onychomycoses etc.

Nous avons envisagé de traiter les onychomycoses qui sont particulièrement fréquentes (entre 2 et 18 % (44)). Mais si l'on suit les recommandations de la Société Française de Dermatologie de 2007 (69) un prélèvement doit être réalisé avant de pouvoir affirmer le diagnostic. Or de nombreux médecins ne réalisent pas ces prélèvements avant de traiter et il existe des formes de sénescence de l'ongle qui peuvent paraître pathologiques. L'onychomycose est sujette à controverse et ne répondait pas aux critères pour un diagnostic en 1 minute et 20 secondes.

Concernant les pathologies graves on peut nous reprocher de ne pas avoir abordé les syndromes de Lyell et de Stevens Johnson qui sont particulièrement graves, ou encore l'œdème de Quincke mais ces derniers relèvent plus du domaine de l'urgence et requièrent une prise en charge spécifique non ou peu réalisable en cabinet.

4.1.2.3 L'investigateur

➤ Présentation

Le questionnaire était présenté par moi-même dans 6 CPL sur 7. Les consignes étaient données en début de diaporama. Il se peut que ce ne soit pas exactement les mêmes mots employés dans chaque CPL. De plus avec la fatigue cumulée, il y a pu y avoir des oublis. Mais l'essentiel du message a toujours été transmis à savoir répondre aux questions et détailler autant que possible ses réponses en fonction du temps imparti.

La session de Périgueux a été réalisée par un autre intervenant formé pour l'occasion. L'avantage était que nous avons pu ainsi interroger toutes les CPL et que cet intervenant ne présentait pas de fatigue cumulée. L'inconvénient est le manque d'expérience.

➤ Correction

La correction de tous les cas cliniques et la compilation des résultats ont été réalisées par moi-même. A l'issue des diaporamas, chaque copie s'est vue attribuer un numéro d'anonymat. Les résultats ont ensuite été enregistrés dans un tableau Excel. Afin d'harmoniser la correction, à la moitié des évaluations toutes les copies ont été à nouveau corrigées.

L'avantage était de limiter les intervenants dans le processus de correction et d'élaboration des statistiques, ce qui diminue le nombre d'erreurs possibles.

Mais de cet avantage nait le principal inconvénient à savoir le facteur humain. Avec la fatigue cumulée au cours des différentes évaluations, des corrections et compilation des données il y a pu avoir des erreurs dans leur saisie. Pour limiter cela, les résultats ont été enregistrés dans un tableur Excel avec une codification permettant la vérification rapide des erreurs. Ceci a permis d'obtenir des analyses uni et multi variées.

4.1.2.4 Le Corrigé

A la fin de chaque présentation, un corrigé a été remis aux étudiants. Celui-ci apportait la réponse au cas clinique proposé mais donnait en complément la prise en charge générale des pathologies concernées.

En fonction des CPL, des désirs des étudiants et de la participation du professeur au questionnaire, nous avons soit remis directement la correction, soit réalisé une correction orale avant de remettre la version papier.

Toutes les remarques à ce propos ont été favorables et cette correction a permis d'apaiser le sentiment de contrainte qu'ont pu ressentir certains.

L'avantage est qu'il permettait de fournir un support papier aux IMG répondant certes au cas clinique présenté mais aussi utile pour leur pratique en générale. De plus les IMG ont ainsi eu un mini fascicule pour la prise en charge des pathologies courantes.

4.2 Résultats

4.2.1 La population

La population choisie était celle des TCEM3 assistant au cours de DES soit 88 % de l'ensemble des internes en TCEM3.

Sur les 162 assistant aux cours, 35 étudiants étaient absents et ont été exclus de l'étude. Cela représente 22 % des IMG interrogeables. Le taux d'absence peut s'expliquer par deux raisons :

- Soit les IMG étaient en congés, ce qui semble l'hypothèse la plus probable du fait de la période estivale des cours,
- Soit ils ont utilisé leur 20 % d'absence autorisée.

Malgré tout, nous avons réussi à recruter un peu plus de 73 % des IMG assistant aux cours, soit quasiment les $\frac{3}{4}$ d'entre eux. Si maintenant l'on considère l'ensemble des étudiants en TCEM3 nous avons interrogé un peu plus de 65 %, soit les $\frac{2}{3}$ des IMG. Le nombre d'étudiants est significatif. Les résultats obtenus sont représentatifs des compétences des IMG d'Aquitaine.

Le taux de participation fut très bon atteignant les 94%. Dans toutes les CPL, exceptée celles de Bordeaux D et de Bayonne, 100 % des IMG ont participé au questionnaire. Nous nous sommes demandés pourquoi dans celles-ci, 8 IMG ont refusé de rester. Les hypothèses retenues furent :

- Des obligations personnelles.
- L'horaire d'évaluation à 18h pour la CPL de Bordeaux D, trop contraignante, mais la CPL de Bordeaux B n'a pas posé ce problème.
- Le « professeur » ? En effet ce sont les deux CPL où le praticien n'a pas souhaité participer au questionnaire (pour des obligations personnelles). Il se pourrait que l'absence du praticien, qui faisait figure d'autorité dans les autres CPL soit responsable en partie de cette perte. Mais ne l'explique pas complètement car il y a tout de même 21 IMG qui sont restés dans la CPL de Bordeaux D et 19 dans celle de Bayonne.

Nous ne pouvons pas conclure.

4.2.2 L'Objectif

L'objectif de notre étude était rappelons-le, de déterminer si à la fin du DES de Médecine Générale, les Internes ont acquis les compétences nécessaires pour reconnaître et traiter les pathologies les plus fréquemment rencontrées, mais aussi dépister les potentiellement graves et/ou urgentes. Cet objectif a été atteint.

L'objectif secondaire était de déterminer leurs comportements quant ils ne connaissaient pas les pathologies présentées, et les facteurs pouvant influencer les résultats. Cet objectif a été partiellement atteint.

4.2.2.1 L'objectif principal

En réalisant la moyenne de tous les résultats obtenus aux cas cliniques, on obtient 74 % de diagnostic juste, avec une PEC adaptée dans 59 % des cas et une certitude diagnostique autour de 56 %. Devant ces résultats, il semblerait que les IMG savent reconnaître les $\frac{3}{4}$ des pathologies présentées, et prendre en charge un peu plus de la moitié. Nos résultats sont à pondérer car il y eu un certain nombre d'abstention de traitement. En moyenne 7 % des IMG ne se prononcent pas sur le diagnostic et 13 % d'entre eux sur la PEC.

❖ Rappel des principaux résultats

En reprenant chaque sous groupe, on constate que les IMG sont meilleurs dans la gestion (diagnostic et PEC) des pathologies infectieuses, devant les pathologies inflammatoires, cancéreuses et muqueuses.

En pathologies infectieuses, on constate que les IMG ont de très bons résultats. En effet, le diagnostic est correct dans 86 % des cas avec une PEC en charge adaptée dans 66,3 % des cas. Ces meilleurs résultats peuvent s'expliquer par :

- La fréquence élevée de ces pathologies. Les patients se présentent fréquemment aux urgences pour ces motifs. Sachant que tous les IMG réalisent des gardes et un semestre aux urgences, la probabilité d'y avoir été confronté durant le DES est grande.
- L'enseignement. Ces pathologies sont enseignées et évaluées à la fois en dermatologie et en maladies infectieuses. Ce double enseignement pourrait expliquer en partie ces très bons résultats.

En fonction des étiologies, il semblerait que les IMG traitent mieux les parasitoses, devant les affections bactériennes, mycosiques et virales (cf. tableau 14). Il ne s'agit là que d'une impression car d'une part il n'y avait qu'un seul cas de parasitose. Et d'autre part dans les pathologies virales, le Pityriasis rosé de Gibert très peu diagnostiqué (33 %) fait « chuter » la moyenne de 95 % à 79 %.

Tableau 14 : pourcentage de bon résultat en fonction des étiologies infectieuses :

	Diagnostic	PEC
Parasitaire	96 %	94 %
Bactérienne	93 %	66 %
Mycosique	87 %	76 %
Virale	79 %	53 %

En pathologies inflammatoires, par contre les IMG sont aussi bon en diagnostic 86 %, mais sont moins bons dans la PEC 44 % avec une orientation vers le spécialiste plus importante à 17 %. Ces résultats mitigés pour la PEC peuvent s'expliquer par la correction.

En effet, pour l'Urticaire et l'Exanthème Maculo Papuleux (EMP) la majorité des IMG avait introduit des corticoïdes alors qu'ils ne sont pas appropriés dans cette situation. De même pour l'acné, les IMG se sont très souvent limités à un traitement local.

Ainsi les résultats obtenus pour la PEC des maladies inflammatoires sont probablement sous évalués par les critères de correction.

En pathologies cancéreuses, les IMG semblent avoir beaucoup de difficultés à déterminer précisément le type de lésion présentée (36 %). Malgré cela, ils ont une PEC adaptée (70 %) avec une orientation vers le spécialiste dans un peu moins 79 %. Même s'ils ne peuvent pas nommer la lésion, on peut supposer qu'ils savent en détecter la « dangerosité » et adresser le patient vers un dermatologue.

Les résultats obtenus pour la kératose séborrhéique vont dans ce sens. En effet il n'y a que 18 % de diagnostic correct. Mais on constate que l'orientation vers un spécialiste est de 71 % lorsque l'IMG ne connaît pas la lésion, bien qu'il s'agisse d'une lésion bénigne. Les arguments avancés pour justifier l'orientation étaient l'aspect en relief et la pigmentation.

Enfin en pathologie de la muqueuse, les résultats ont été particulièrement mauvais avec un diagnostic correct à 28 % et une PEC correcte à 26 %. L'aphte est pourtant une pathologie très fréquente qui touche 10 à 65 % de la population générale (44). On se serait attendu à de meilleurs résultats.

La principale cause évoquée pour justifier celui-ci est sa localisation atypique sur le palais. Le fait d'avoir décrit la photo aux IMG n'a visiblement pas aidé au diagnostic.

On constate cependant que ceux ayant eu le bon diagnostic ont une PEC adaptée dans 73 % des cas, ce qui est très correct. Il est donc très difficile de statuer sur le score obtenu. S'il avait eu une localisation plus habituelle auraient-ils eu de meilleurs résultats ? On ne peut pas le déterminer ici.

Tableau 15 : PEC en fonction du Diagnostic de l'Aphte

Diagnostic	Total général	PEC (nombre d'IMG)		
		Non Adaptée	Adaptée	NSP
Correct	33	1	24	8
Incorrect	67	44	7	16
NSP	19	3	0	16
Total général	119	48	31	40

❖ **Comparaison des résultats et de la fréquence des pathologies.**

Les 5 pathologies les mieux diagnostiquées étaient : l'érysipèle (100 %), l'herpès (100 %), l'acné (100 %), le pied d'athlète (98 %), et la varicelle (97,5 %). Tandis que les 5 pathologies les mieux prises en charge étaient : la varicelle (97 %), le pied d'athlète (96 %), le mélanome (95 %), la gale (94 %), et la candidose des grands plis (94 %).

Tableau 16 : Les 5 meilleurs diagnostics et PEC, associés à leur fréquence épidémiologique.

DIAGNOSTIC		Fréquence épidémiologique		PEC		Fréquence épidémiologique	
1	Erysipèle	100 %	1,6 %	Varicelle	97 %	80 %	
2	Herpès	100 %	[40-60] %	Pied d'Athlète	96 %	8 %	
3	Acné	100 %	80 %	Mélanome	95 %	[7,6-9,5]/100 000 hab	
4	Pied d'Athlète	98 %	8 %	Candidose des grands plis	94 %	8 %	
5	Varicelle	97,5 %	80 %	Gale	94 %	337/100 000 hab	

Les 5 moins bien diagnostiqués sont : la kératose séborrhéique (18 %), l'aphte (28 %), la kératose actinique (27 %), le pityriasis rosé de Gibert (33 %), et le Carcinome Baso Cellulaire (CBC) (37 %).

Et les 5 moins bien pris en charge sont : la dermatite séborrhéique (8,4 %), le pityriasis rosé de Gibert (22 %), l'acné (25 %), l'aphte (27 %), et la kératose séborrhéique (34 %).

Tableau 17 : Les 5 plus mauvais diagnostics et PEC associé à leur fréquence épidémiologique.

DIAGNOSTIC		Fréquence épidémiologique		PEC		Fréquence épidémiologique	
1	Kératose séborrhéique	18 %	[2-14] %	Dermatite séborrhéique	8,4 %	[1-3] %	
2	Aphte	28 %	[10-65] %	Pityriasis rosé de Gibert	22 %	[0,16-1,67] %	
3	Kératose Actinique	27 %	[15-20] %	Acné	25 %	80 %	
4	Pityriasis rosé de Gibert	33 %	[0,16-1,67] %	Aphte	27 %	[10-65] %	
5	CBC	37 %	104/100 000 hab	Kératose séborrhéique	34 %	[2-14] %	

Reprenons maintenant les huit pathologies les plus fréquemment citées dans toutes les études (cf §1.2.1.1). On constate qu'elles obtiennent des résultats excellents pour le diagnostic, mais plus mitigés pour la PEC. Excepté pour les pathologies tumorales où c'est l'inverse.

Tableau 18 : les pathologies les plus fréquentes et leurs résultats au diaporama.

	DIAGNOSTIC	PEC
Verrue	87 %	61 %
Acné	100 %	25 %
Eczéma	85 %	50 %
Psoriasis	95 %	82 %
Herpès	100 %	32 %
Mycoses (candidoses)	97.5 %	95 %
Urticaire	96 %	61 %
Pathologie Tumorale	36 %	70 %

On remarque qu'il existe une corrélation significative entre les résultats obtenus pour les diagnostics des pathologies et leurs fréquences. Ce qui n'est pas le cas pour la PEC par contre. La PEC de certaines pathologies bien que fréquentes n'est pas « maitrisée » par les IMG.

❖ **Comparaison avec les autres travaux :**

Il est difficile de discuter de nos résultats car il n'y a pas d'études équivalentes. Les principales études réalisées interrogeaient les praticiens. Cependant, on constate que nos résultats sont proches de ceux qu'ils ont obtenus.

**Le Diagnostic :*

Dans l'étude Basarab et al (41), tout comme dans la nôtre, le diagnostic était d'autant plus juste que les pathologies étaient fréquentes. Nous obtenons une concordance diagnostique supérieure à la leur, exceptée celle des pathologies cancéreuses. Dans leur étude les diagnostics de verrues étaient justes dans 82 %, du psoriasis dans 78 % des cas, dans 54 % pour l'eczéma. Par contre les lésions malignes étaient diagnostiquées dans 45 % et les kératoses séborrhéiques dans 22 % des cas contre respectivement 36 % et 18 % chez nous.

**La PEC*

Dans la thèse de Dupuy Julie de 2007 (42), les pathologies les mieux traitées étaient les pathologies traumatiques et les brûlures. Par contre, les pathologies inflammatoires paraissaient plus difficiles à traiter correctement pour le généraliste, de même que les pathologies infectieuses (principalement les mycoses) et cancéreuses (confirmation histologique). Nous obtenons les mêmes résultats, excepté ceux des pathologies infectieuses. Les pathologies traumatiques, n'ayant pas été présentées, nous ne pouvons pas conclure.

La thèse de Bureau Vanessa (59) retrouve que le psoriasis, la dermatite atopique, l'acné, l'urticaire, les pathologies infectieuses ne posaient pas de problèmes aux praticiens et obtenaient de bons résultats qu'il s'agisse du diagnostic, de la certitude ou encore de la PEC. Nous obtenons des résultats similaires pour les diagnostics, mais pas pour la PEC, à l'exception encore une fois des pathologies infectieuses. Tout comme nous, les pathologies tumorales étaient difficiles à diagnostiquer.

**La Certitude et l'orientation.*

Plusieurs études ont montré que les médecins généralistes doutaient de leurs capacités à reconnaître les pathologies cutanées (21, 41). Cela est confirmé dans notre travail où on obtient une certitude moyenne de 56 %.

De manière générale, le médecin généraliste sollicite les spécialistes pour un avis diagnostique et/ou thérapeutique dans 22,4 % (70). Ce pourcentage est variable en fonction du type d'activité (libérale ou hospitalière). Les IMG orientent vers un dermatologue dans 24 % des cas, ce qui est légèrement plus élevé. Cette orientation est elle-même variable en fonction du type de pathologie. La moyenne d'orientation en cas de pathologie tumorale est de 79 %.

4.2.2.2 L'objectif secondaire

Il s'agissait là de déterminer le comportement des IMG lorsqu'ils ne savaient pas répondre et les facteurs les influençant.

➤ Le comportement des IMG

Cet objectif secondaire n'est pas atteint. En effet, la consigne était de donner le maximum d'informations sur la PEC, et leur attitude lorsqu'ils ne connaissaient pas la pathologie, mais de nombreux IMG ont préféré ne rien répondre et laisser page blanche. De même pour les mesures associées dans la PEC, très peu d'IMG les ont précisées. On peut l'expliquer par :

- Le temps limité de chaque cas clinique. Mais un certain nombre d'IMG ont réussi à les préciser.
- Le défaut de connaissances.
- Le manque de participation. Le mode de recueil des données étant contraignant, il se peut que certains n'aient pas souhaité s'y astreindre.

On note cependant 3 éléments :

- Dans la première partie épidémiologique 100 % des IMG ont avoué avoir rencontré un problème dermatologique durant leur cursus, et dans ces situations, 87 % d'entre eux avaient fait appel à un confrère dermatologue.
- Pour les pathologies cancéreuses, les IMG ont pris la peine de spécifier qu'ils ne savaient pas, et qu'ils orientaient vers un dermatologue, contrairement aux autres pathologies. On peut donc supposer que lorsque la pathologie leur semble grave, ils orientent assez rapidement vers un spécialiste.

- Un très faible nombre d'IMG ont spécifié que dans ces situations ils regarderaient dans le Vidal ou leur Dorosz. D'autres ont précisé qu'ils sauraient retrouver la réponse dans leurs fiches.

Ainsi nous pouvons dire qu'en cas de pathologies graves, les IMG orientent vers un spécialiste. Mais nous ne pouvons pas conclure avec certitude pour les pathologies bénignes.

➤ **Les facteurs influençant les résultats**

Nous avons ensuite essayé de déterminer s'il existait une corrélation entre les résultats et les caractéristiques épidémiologiques des IMG et des Praticiens :

✓ Les IMG :

On constate que :

- Les filles obtiennent de meilleurs résultats qu'il s'agisse du diagnostic 75,4 % contre 71,7 % pour les garçons, ou de la PEC 60,5 % contre 57 %.
- Le fait d'avoir eu un intérêt pour la matière durant le cursus universitaire améliore de manière significative les résultats : 75,8 % contre 71,7 % pour le diagnostic et 61,5 % contre 56,2 % pour la PEC. Par contre l'impression sur la qualité de la formation, n'a pas d'impact sur les résultats obtenus.
- 91% des IMG ont une opinion défavorable sur la formation reçue. Cependant il n'y a pas d'impact sur les résultats obtenus au test avec un petit p non significatif. Cela signifie que malgré ce sentiment, les IMG ont acquis les mêmes connaissances nécessaires. Là encore les résultats sont à prendre avec mesure, car les mécontents étant beaucoup plus nombreux que les satisfaits, leurs résultats sont lissés.
- Contrairement au stage d'externat, il semblerait que la réalisation d'un stage d'internat ou d'un SASPAS améliore les résultats diagnostic et de la PEC. On atteint ainsi plus de 80 % de bon diagnostic et quasiment 70 % de PEC adaptée. Cela renforce l'idée que l'expérience améliore les compétences des IMG.
- Par contre les remplacements où l'interne rencontre plus de pathologies, permettent donc d'améliorer la qualité du diagnostic mais pas la PEC. On peut supposer que la PEC serait elle aussi améliorée si un praticien ou un outil était disponible sur place.
- Pour les résultats en fonction de la faculté de second cycle, on ne peut pas conclure du fait de la grande disparité de répartition des IMG. On peut juste noter que les 3 meilleures facultés pour le diagnostic sont Montpellier (85,7 %), Marseille (84 %), et Nantes (81 %) et pour la PEC Nantes (71,4 %), Caen (68,3 %), et Rennes (66,7 %).

✓ Les Praticiens

Les résultats ne sont pas significatif avec un $p > 0.05$. Mais il semblerait que l'intérêt du praticien du stage ambulatoire ait plus d'influence sur la PEC des pathologies que sur le diagnostic, de même pour la présence d'un outil de référence en dermatologie accessible au cabinet.

Par contre durant le SASPAS, l'intérêt du praticien et la présence d'outils améliore le diagnostic et la PEC.

Après analyse des résultats, notre étude nous permet de répondre à notre objectif principal. L'objectif secondaire quant à lui est partiellement atteint. Nous n'avons pas réussi à déterminer leur comportement en cas de doute diagnostique.

On peut conclure que les IMG possèdent des compétences satisfaisantes pour la gestion des pathologies cutanées, bien que leur PEC puisse être améliorée. Les pistes d'améliorations trouvées sont :

- La réalisation d'un SASPAS ou d'un stage d'Internat en dermatologie
- Un intérêt pour la matière de l'étudiant et du praticien
- Un outil de référence en dermatologie disponible au cabinet

4.3 Pourquoi améliorer la formation?

Malgré les bons résultats obtenus, nous avons souhaité améliorer la formation pour toutes les raisons suivantes. Toutes études confondues, les perspectives d'amélioration résident dans la formation des IMG et des praticiens. Il existe plusieurs axes de manœuvre :

❖ Les IMG

En dehors de notre travail, il existe en France peu d'études s'intéressant aux IMG.

Nous retiendrons deux études anglo-saxonnes dont les conclusions sont consternantes. Tout d'abord en 1999, celle de Geller.Ac (71) qui a évalué l'acquisition des connaissances concernant l'examen clinique cutané de 233 étudiants en médecine de l'université de Boston. Elle a montré que 52 % des étudiants n'avaient pas acquis les compétences nécessaires à la réalisation d'un examen clinique cutané complet, 35 % n'en avaient jamais réalisé et 28 % n'en avaient jamais vu la pratique au cours de leurs études.

La seconde étude est celle menée par Wise et al (72) en 2009, sur 342 internes de médecine dans 7 écoles américaines de médecine, et qui retrouvait des résultats similaires. 76 % des étudiants ne s'étaient jamais entraînés à réaliser un examen 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.

Dans notre étude 52 % des IMG reconnaissent un intérêt pour la matière. Et nous avons vu qu'il existe une corrélation entre l'intérêt porté à la matière et les résultats obtenus.

Une étude sur le dépistage des cancers cutanés chez 659 étudiants en médecine montre que 43 % n'avaient jamais vu de cancer cutané (73). Les étudiants formés au moins une fois sur le dépistage étaient 7 fois plus susceptibles de se considérer comme assez qualifiés pour ce dépistage.

De plus, l'étude parue en 2005, de Tran et al (21) a montré un taux de concordance entre généraliste et dermatologue de 45 %, les auteurs insistent sur la nécessité de mieux former les généralistes pendant leurs études et dans leur pratique quotidienne pour améliorer leurs résultats

Ainsi, si nous parvenions à intéresser les étudiants aux pathologies cutanées et à l'examen de la peau on peut penser qu'il y aurait une amélioration significative des résultats. Cela permettrait aussi de changer leur sentiment de formation insuffisante et pourrait diminuer par la suite leurs incertitudes quant à leurs compétences.

❖ L'expérience

Comme dans tous les domaines en médecine, plus on pratique une matière, plus on la maîtrise. L'expérience s'acquiert. Si on compare les concordances diagnostiques entre IMG et médecins généralistes, les médecins généralistes sont souvent plus performants que les internes (74, 75).

Les travaux de Gerbert et al. (76) ont évalué la capacité des médecins généralistes à détecter les lésions suspectes de cancers. Les performances étaient corrélées à leur expérience en dermatologie et étaient meilleures en utilisant des photographies. Elle conclue que leurs compétences seraient encore meilleures si pendant les études plus de temps avait été accordé à la formation.

Car la pratique courante du médecin généraliste est influencée par sa formation (apprentissage théorique et pratique) complétée ensuite par l'expérience clinique et la formation médicale continue

Les IMG ont eu 6 ans de pratique (3 ans d'externat et 3 ans d'internat) avant d'obtenir leur DES. Si durant ces six années les maitres de stages insistaient sur l'examen cutané, cela représenterait six années d'expérience... Ce n'est pas négligeable.

❖ La Formation Médicale Continue (FMC) :

Une enquête de 2007 concernant les moyens de formation permanente des médecins montre que les moyens de FMC des médecins sont la presse médicale (84 % des médecins), les congrès médicaux (73 %), la lecture de manuels (72 %), l'usage d'Internet (66 %) et les séances de FMC organisées par les associations professionnelles (51 %)(77). Selon une étude canadienne de 2002, il existe un lien direct entre le nombre de formations médicales continues auxquelles ont assisté les médecins et la qualité des soins dispensés (78).

Plusieurs études montrent l'intérêt des formations sur la pratique de la dermatologie en médecine générale. Les performances des médecins ayant participé à une formation sont supérieures à celles des médecins qui n'en ont pas eu (76, 79–81). Cet effet bénéfique a particulièrement été démontré pour les pathologies tumorales malignes dont le mélanome (82–84) .

En effet lors d'une campagne de formation au dépistage du mélanome menée en 2004 dans le Haut-Rhin (82), 630 médecins généralistes ont été invités à des séances d'entraînement à la pathologie dermatologique. 44 % y ont assisté. Il y avait 20 séances et durant chacune d'elles les praticiens évaluaient 20 photos. Au final 96 % des participants s'estimaient mieux préparés à reconnaître les sujets à risque et 53 % ont amélioré leurs capacités à diagnostiquer les lésions pigmentées. Les scores parlent d'eux même : pour le mélanome le taux de bonne réponse est passé de 59 à 84 %.

D'autres études confirment l'amélioration des résultats après une formation spécifique. Le nombre de bons diagnostics de mélanome est proportionnel à la fréquence de rencontre au cabinet (38). Même en une formation courte de 4 heures avec analyse des photos avant et après, il existe une augmentation significative des résultats (85). Cela se vérifie aussi dans d'autres domaines, notamment en ORL et en psychiatrie (86, 87).

La formation ne réduit pas pour autant le recours au dermatologue. Une meilleure formation permettrait de réduire le nombre de patients adressés pour des dermatoses simples mais augmenterait le recours pour des pathologies plus rares (80).

Les FMC représentent un outil très intéressant. Mais les MG se plaignent que celles proposées soient peu adaptées à leur pratique quotidienne. Dans un auto-questionnaire évaluant le besoin de FMC en dermatologie des MG Canadiens, le sujet le plus plébiscité est la prise en charge des dermatoses communes et/ou graves (74% des médecins interrogés souhaitent une formation sur ce sujet) (88). Selon une enquête réalisée cette fois ci en Rhône-Alpes (89) les 2 critères les plus importants retenus étaient :

- une FMC centrée sur la pratique quotidienne
- et des informations directement accessibles pendant la consultation.

4.4 Propositions

Comme nous l'avons vu plus haut, de nombreux articles dans la littérature insistent sur l'intérêt de former les généralistes, en particulier pour accroître leur précision diagnostique dans le dépistage des cancers cutanés. Différents travaux français et internationaux proposent des solutions.

4.4.1 Propositions existantes

Pour remédier à ces carences de formation à Lyon, un livret pédagogique intitulé « coup d'œil sur la peau » était fourni par le Pr Dubois. Ce dernier était destiné à l'enseignement du troisième cycle de médecine générale. Le livret s'accompagnait d'une collection de diapositives provenant des généralistes enseignants, des diapotheques de laboratoires, des Hospices Civils de Lyon et de collections personnelles. On y retrouve un catalogue très exhaustif des pathologies dermatologiques en soins primaire. En 2002 une thèse d'exercice en a fait un CD-ROM (58).

La même année à Paris, la Pitié Salpêtrière créait un site pour les MG intitulé le « Minimum Vital » (90). Il y développe matière par matière l'essentiel des connaissances à avoir dans les différents domaines de la médecine.

En 2012, la thèse de Bureaux V. (59), intitulée : « Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes », aborde ce sujet. Les praticiens interrogés jugent la formation insuffisante et expliquent que depuis la ré-acquisition du métier par le parcours de soin il est nécessaire d'être plus compétent. Ils proposent des pistes d'amélioration :

- Revoir la formation (3^{ème} cycle et FMC),
- L'éducation des patients au dépistage des cancers cutanés,
- Réapprendre à déshabiller les patients,
- Mettre les photos dans le dossier,
- Mise en place de télé-dermatologie car cette technologie nouvelle représente une solution au problème d'accessibilité aux dermatologues.

Ces propositions se retrouvent dans d'autres travaux :

- La formation est critiquée car les enseignements de la faculté insistent beaucoup sur les pathologies plus rares et complexes. Il faudrait accorder plus d'importance aux pathologies courantes. Certains proposent des rotations courtes mais fréquentes en service de dermatologie ou en consultation (42).
- Les photos des pathologies dans les dossiers et surtout les photographies numériques sont intéressantes pour le suivi (91). La photographie permet d'apprécier objectivement, en la documentant, l'évolution d'une pathologie au cours du temps. Certains auteurs la considèrent même comme un outil indispensable à la pratique de la dermatologie. De plus, d'un point de vue théorique, il semble que le travail à partir de photos soit attrayant et efficace.

- Enfin la télé-médecine semble être une pratique prometteuse, mais il existe des limites financières et médico-légales (sécurisation des données et responsabilité des professionnels) non résolues.

A l'étranger d'autres solutions existent, mais nous ne citerons que la politique de santé publique australienne. En effet en Australie les cancers cutanés représentent un enjeu de santé publique considérable (92). Les autorités ont donc formé le maximum de médecins au dépistage des lésions pigmentées suspectes pour en uniformiser la prise en charge. Elles proposent des séances de formation, l'édition de référentiels et la mise en place de recherches.

4.4.2 Propositions issues de la thèse

Dans la continuité des éléments présentés plus haut, nous proposons quelques solutions pour améliorer les compétences des IMG.

Renforcer l'enseignement théorique durant le troisième cycle :

En Aquitaine, nous avons remarqué que l'enseignement du troisième cycle ne comporte pas de cours dédié aux pathologies cutanées, contrairement à d'autres facultés comme celle de Montpellier par exemple.

Certain cours sont redondants durant les deux premiers semestres. On pourrait envisager de remplacer l'un d'eux. Ce cours n'exigerait pas de script, mais pourrait utiliser comme point de départ le diaporama de notre étude. Ainsi en deux heures on pourra évaluer les IMG, discuter des corrections et des autres pathologies fréquemment rencontrées non abordées dans le questionnaire. Le diaporama sera à la disposition du DMG s'il le souhaite.

La Formation par les praticiens :

Nous avons vu que l'intérêt des maîtres de stage pour la matière avait un impact sur la PEC des IMG. De plus le stage chez le praticien est l'une des principales occasions où l'interne peut pratiquer la dermatologie de soins primaires. Ainsi pourrait-on sensibiliser les maîtres de stage afin qu'ils portent une attention particulière aux pathologies cutanées et transmettent leur savoir aux IMG.

Les résultats en fonction de l'existence d'outils accessibles chez le praticien, montre l'intérêt d'en avoir un pour améliorer leur prise en charge. Une photothèque disponible et commune à chaque maître de stage pourrait être créée.

S'il existe des praticiens récalcitrants, nous proposons de modifier le stage de SASPAS. En effet, à Montpellier le SASPAS intègre des demi-journées hors cabinet chez des spécialistes en fonction des désirs et du projet professionnel de l'interne. Un IMG intéressé par la dermatologie pourrait par exemple réaliser sur une semaine, 4 journées au cabinet du praticien, et 1 journée en consultation chez un dermatologue de ville.

Dans la même idée, des postes de Dermatologie accessibles aux IMG pourraient être ouverts.

Un fascicule d'aide pour les IMG et les praticiens :

Les IMG de notre étude ont obtenu de bons résultats, mais 99 % étaient désireux d'un outil de formation. Dans l'idée de « coup d'œil sur la peau », et du « Minimum Vital » nous avons voulu réaliser un outil pratique, répondant aux besoins des Médecins Généralistes installés ou en formation (internes et praticiens non thésés). C'est ainsi que nous est venue l'idée du fascicule. Pour chaque pathologie 4 éléments seraient abordés:

- La description sommaire de la pathologie
- Une ou plusieurs iconographies en rapport
- Les traitements et les stratégies thérapeutiques.
- Une « fiche patient » qui serait imprimable et remise au patient.

Ce fascicule aborderait les soixante pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale (cf. §1.2.3). Dans l'idéal un site internet accessible 24/24 pourrait en être le support.

Nous en avons réalisé un modèle portant sur 24 pathologies. Le contenu de ce document a été validé par le Pr DOUTRE et est consultable en ANNEXE IX. Il servira de base pour la création du fascicule final qui donnera lieu à une autre thèse.

CONCLUSION

Les pathologies cutanées représentent une part importante de l'activité du médecin généraliste et ont un impact sur la vie quotidienne des patients. Avec la modification du parcours de soins, il y est plus souvent confronté et est le premier consulté avant l'adressage au Dermatologue. On estime à un mois le délai moyen d'attente avant un rendez vous chez un spécialiste pour les pathologies non urgentes. Il y a donc tout intérêt pour le patient que le Généraliste sache reconnaître, traiter et dépister les pathologies cutanées les plus fréquentes et ou potentiellement graves.

En constatant le rôle du médecin généraliste en tant que coordonnateur de soins, il nous a paru important de vérifier l'état des connaissances des IMG dans ce domaine. Notre étude a permis, de relativiser l'impression « d'incompétence » des IMG en pathologie cutanée et de proposer des pistes d'amélioration. Les résultats de cette enquête nous montrent que les IMG possèdent des compétences satisfaisantes pour la gestion des pathologies cutanées, bien que leur prise en charge puisse être améliorée par :

- La réalisation d'un SASPAS, ce qui confirme l'importance d'un second stage en médecine générale au cours des études du DES de Médecine Générale
- Des formations aux pathologies cutanées dans le cadre du DES de Médecine Générale
- Un intérêt pour la matière de l'étudiant et/ou du praticien
- Un outil de référence en dermatologie disponible au cabinet

Tous ces éléments contribueraient à améliorer leurs compétences, mais aussi à diminuer leurs incertitudes diagnostiques et l'insatisfaction ressentie vis-à-vis de la formation dans ce domaine.

Pour finir, prenons le temps de regarder la peau de nos patients car bien que fastidieux cela s'avérera toujours rentable et il n'y a pas de meilleure façon d'apprendre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Approche psychologique et motivations des personnes consultant en dermatologie esthétique [Internet]. [cité 22 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com>
2. Ridolfi DR, Crowther JH. The link between women's body image disturbances and body-focused cancer screening behaviors: A critical review of the literature and a new integrated model for women. *Body Image* [Internet]. déc 2012 [cité 10 mars 2013]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1740144512001416>
3. Belhadjali H, Amri M, Mecheri A, Doarika A, Khorchani H, Youssef M, et al. Vitiligo et qualité de vie : étude cas-témoins. *Ann Dermatol Vénérologie*. mars 2007;134(3, Part 1):233-236.
4. Misery L. Dépression et psoriasis. *Ann Dermatol Vénérologie*. avr 2012;139:S53-S57.
5. Picardi A, Lega I, Tarolla E. Suicide risk in skin disorders. *Clin Dermatol*. janv 2013;31(1):47-56.
6. Wolkenstein P, Revuz J. Fréquence et retentissement des dermatoses en France. *Ann Dermatol Vénérologie*. avr 2004;131(4):325-327.
7. Ramsay DL, Weary PE. Primary care in dermatology: whose role should it be? *J Am Acad Dermatol*. déc 1996;35(6):1005-1008.
8. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 11 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie,4672.html>
9. OMG - Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. [cité 14 juill 2013]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/com/>
10. Hacia J, Papillault des Charbonneries L, Marimoutou C, Morand J-J. Fréquence des motifs de consultation dermatologique des militaires en mission extérieure. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. sept 2010;58:S70.
11. Aubert C. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2012.
12. Étude Ecogen | Une production CNGE Recherche [Internet]. [cité 11 févr 2013]. Disponible sur: <http://etudeecogen.fr/>
13. Flesch-Georgel G. Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville: une spécificité de la médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]; 1998.
14. White J, Levinson W, Roter D. « Oh, by the way ... »: the closing moments of the medical visit. *J Gen Intern Med*. janv 1994;9(1):24-28.
15. Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2006.
16. Steele K. Primary dermatological care in general practice. *J R Coll Gen Pract*. janv 1984;34(258):22-23.
17. Julian CG. Dermatology in general practice. *Br J Dermatol*. 1999;141:518-20.
18. Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC. The profile of dermatological problems in primary care. *Clin Exp Dermatol*. 2010;35(4):380-3.
19. Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, van Weel C, van de Kerkhof PCM, Duller P, van der Valk PGM, et al. Skin Diseases in Family Medicine: Prevalence and Health Care Use. *Ann Fam Med*. juill 2008;6(4):349-354.
20. Moreno G, Tran H, Chia AL, Lim A, Shumack S. Prospective study to assess general practitioners' dermatological diagnostic skills in a referral setting. *Australas J Dermatol*. 2007;48(2):77-82.
21. Tran H, Chen K, Lim AC, Jabbour J, Shumack S. Assessing diagnostic skill in dermatology: A comparison between general practitioners and dermatologists. *Australas J Dermatol*. 2005;46(4):230-234.
22. Fleischer AB Jr, Feldman SR, McConnell RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Fam Med*. oct 1997;29(9):648-652.
23. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol*. août 2001;45(2):250-255.
24. Cherry DK, Burt CW, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 summary. *Adv Data*. 11 août 2003;(337):1-44.
25. Ramsay DL, Fox AB. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. *Arch Dermatol*. oct 1981;117(10):620-622.
26. Awadalla F, Rosenbaum DA, Camacho F, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Dermatologic disease in family medicine. *Fam Med*. août 2008;40(7):507-511.

27. Fien S, Berman B, Magrane B. Skin disease in a primary care practice. *Skinmed*. déc 2005;4(6):350-353.
28. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
29. ameli.fr - La réforme de l'Assurance Maladie [Internet]. [cité 25 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-reforme-de-l-assurance-maladie/index.php>
30. ameli.fr - Les consultations en métropole [Internet]. [cité 25 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/hors-du-parcours-de-soins-coordonnes.php>
31. Santé E. Santé, soins et protection sociale en 2004. 2004 [cité 25 juill 2013]; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1621.pdf>
32. Meunier-Masson N. DOSSIER DE PRESSE Accès direct aux spécialistes en 2006. [cité 25 juill 2013]; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseQes/DossierPresseQes134.pdf>
33. SICART D Les médecins au 1er janvier 2012 DRESS. Février 2012. N°167 [Internet]. [cité 11 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er796.pdf>
34. Enquête_IFOP sur l'accès aux soins octobre 2011 [Internet]. [cité 11 févr 2013]. Disponible sur: http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf
35. Owen SA, Maeyens E Jr, Weary PE. Patients' opinions regarding direct access to dermatologic specialty care. *J Am Acad Dermatol*. févr 1997;36(2 Pt 1):250-256.
36. Federman DG, Reid M, Feldman SR, Greenhoe J, Kirsner RS. The primary care provider and the care of skin disease: the patient's perspective. *Arch Dermatol*. janv 2001;137(1):25-29.
37. Renzi C, Abeni D, Picardi A, Agostini E, Melchi CF, Pasquini P, et al. Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *Br J Dermatol*. oct 2001;145(4):617-623.
38. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert J-M. Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol*. juin 2001;44(6):979-986.
39. Byrnes P, Ackermann E, Williams ID, Mitchell GK, Askew D. Management of skin cancer in Australia--a comparison of general practice and skin cancer clinics. *Aust Fam Physician*. déc 2007;36(12):1073-1075.
40. Jackson AM, Morgan DR, Ellison R. Diagnosis of malignant melanoma by general practitioners and hospital specialists. *Postgrad Med J*. 5 janv 2000;76(895):295-298.
41. Basarab T, Munn SE, Jones RR. Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology out-patient clinic. *Br J Dermatol*. juill 1996;135(1):70-73.
42. Dupuy Julie. Concordances diagnostique et thérapeutique entre le médecin généraliste et le dermatologue pour la prise en charge des problèmes cutanés en cabinet de médecine générale [thèse d'exercice de Marseille]; 2007.
43. Merenstein D, Meyers D, Krist A, Delgado J, McCann J, Petterson S, et al. How well do family physicians manage skin lesions? *J Fam Pract*. janv 2007;56(1):40-45.
44. Dermatologie - EM|Premium [Internet]. [cité 18 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/traite/de2>
45. Boldrini A. Dermatologie en Seine-Saint-Denis: comparaison entre sept mois d'activité d'une consultation spécialisée hospitalière et d'une consultation privée en médecine générale [thèse d'exercice]. [Paris]: paris nord; 1983.
46. Lukasiewicz E, Martel J, Roujeau J-C, Flahault A. La dermatologie libérale en France métropolitaine en 2000. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 129(11):1261-1265.
47. Ammari-Youala Samira. ESTIMATION DE LA FREQUENCE DES PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES EN CABINET DE MEDECINE GENERALE [thèse d'exercice]. [Besançon]: Franche Comté; 2011.
48. Pathologies cutanées en médecine générale une étude quantitative en Haute Normandie [Internet]. [cité 11 févr 2013]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/76/83/37/PDF/Avogadro-Leroy_Stephanie.pdf
49. Lambert A, Delaporte E, Lok C, Froment L, Bailly L, Denoëux JP, et al. Activité de consultation de trois services de dermatologie hospitalo-universitaires français. *Ann Dermatol Vénéréologie*. août 2006;133(8-9, Part 1):657-662.
50. Perrot J-L, Labeille B, Denis Thely L, Maitre S, Blanchon M-A, Cambazard F. Motifs de consultation en dermatogériatrie. *Ann Dermatol Vénéréologie*. mai 2008;135(5):410-412.
51. Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C, Morand J-J, Berbis P, Grob J-J, et al. Évaluation de l'activité hospitalière de consultation liaison en dermatologie à partir d'une enquête prospective multicentrique au sein d'un CHU français. *Ann Dermatol Vénéréologie*. mars 2009;136(3):241-248.

52. Définitions: dermatologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dermatologie/24045>
53. histologie de la peau et de ses annexes [Internet]. [cité 21 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1315993063695&LANGUE=0>
54. Définitions: séméiologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9m%C3%A9iologie/71947>
55. LES LESIONS ELEMENTAIRES PRIMITIVES - Cours_semiologie_CEDEF_2004.pdf [Internet]. [cité 21 juill 2013]. Disponible sur: http://sfdermato.actu.com/cedef/Cours_semiologie_CEDEF_2004.pdf
56. DMG: Département de Médecine Générale Bordeaux 2 [Internet]. [cité 22 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.dmg.u-bordeaux2.fr/index.html>
57. Prise en charge des pathologies cutanées en médecine générale: le regard des dermatologues [Internet]. [cité 11 févr 2013]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/76/82/98/PDF/Perdu_Laplace_Sophie.pdf
58. D'Angeli Sylvain. Dermatologie chez l'adulte en médecine générale [thèse d'exercice]. [Lyon I]: université claudes bernard Lyon I; 2002.
59. Les pathologies dermatologiques en médecine générale: difficultés et propositions des généralistes [Internet]. [cité 11 févr 2013]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/76/83/44/PDF/BUREAUX_Vanessa.pdf
60. Levy Elsa. Evaluation des besoins en formation des médecins généralistes en dermato-allergologie [thèse d'exercice]. [Marseille]: faculté de médecine de Marseille; 2007.
61. Peuvrel L, Quereux G, Jumbou O, Sassolas B, Lequeux Y, Dreno B. Impact of a campaign to train general practitioners in screening for melanoma. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. juin 2009;18(3):225-229.
62. Schopf T, Flytkjær V. Impact of Interactive Web-Based Education With Mobile and Email-Based Support of General Practitioners on Treatment and Referral Patterns of Patients with Atopic Dermatitis: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 5 déc 2012; 14(6):e171.
63. Bedlow AJ, Cliff S, Melia J, Moss SM, Seyan R, Harland CC. Impact of skin cancer education on general practitioners' diagnostic skills. *Clin Exp Dermatol*. mars 2000; 25(2):115-118.
64. Bera R. Impact régional d'une formation de médecins généralistes au diagnostic précoce du mélanome: évaluation réalisée à partir d'un registre [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2012.
65. Ecolivet T. L'outil photographique numérique en médecine générale: intérêts et limites de son utilisation, notamment en dermatologie [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2012.
66. Rappel études épidémiologiques.pdf [Internet]. [cité 21 juill 2013]. Disponible sur: [http://tutoriel.fr.cochrane.org/sites/tutoriel.fr.cochrane.org/files/uploads/Rappel études épidémiologique.pdf](http://tutoriel.fr.cochrane.org/sites/tutoriel.fr.cochrane.org/files/uploads/Rappel%20études%20épidémiologiques.pdf)
67. Réaliser un questionnaire - APCE, agence pour la création d'entreprises, [Internet]. [cité 21 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.apce.com/pid531/realiser-questionnaire.html>
68. étude - Activité en dermatologie, enquêtes épidémiologiques en ville et à l'hôpital [Internet]. EM-Consulte. [cité 12 juin 2013]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/265832/etude-activite-en-dermatologiec-enquetes-epidemiologique>
69. Chabasse D. Onychomycoses, recommandations pour les modalités de diagnostic et de prise en charge. *J Mycol Médicale J Med Mycol*. déc 2007;17(4):241.
70. Actes et Fonctions du Médecin Généraliste dans leurs Dimensions Médicales et Sociales [Internet]. [cité 11 sept 2013]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/213/fichier_actes_fonction021a1.pdf
71. Geller AC, Prout M, Sun T, Lew RA, Culbert AL, Koh HK. Medical students' knowledge, attitudes, skills, and practices of cancer prevention and detection. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ*. 1999;14(2):72-77.
72. Wise E, Singh D, Moore M, Hayes B, Biello KB, Dickerson MC, et al. Rates of skin cancer screening and prevention counseling by US medical residents. *Arch Dermatol*. oct 2009;145(10):1131-1136.
73. Moore MM, Geller AC, Zhang Z, Hayes BB, Bergstrom K, Graves JE, et al. Skin cancer examination teaching in US medical education. *Arch Dermatol*. avr 2006;142(4):439-444.
74. Feldman SR, Fleischer AB Jr, McConnell RC. Most common dermatologic problems identified by internists, 1990-1994. *Arch Intern Med*. 13 avr 1998; 158(7):726-730.

75. Federman D, Hogan D, Taylor JR, Caralis P, Kirsner RS. A comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders. *J Am Acad Dermatol*. Mai 1995; 32(5 Pt 1):726-729.
76. Gerbert B, Maurer T, Berger T, Pantilat S, McPhee SJ, Wolff M, et al. Primary care physicians as gatekeepers in managed care. Primary care physicians' and dermatologists' skills at secondary prevention of skin cancer. *Arch Dermatol*. sept 1996;132(9):1030-1038.
77. Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Les lectures médicales et les moyens de formation permanente. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 10 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/391301/>
78. Goulet F, Jacques A, Gagnon R, Bourbeau D, Laberge D, Melanson J, et al. Performance assessment. Family physicians in Montreal meet the mark! *Can Fam Physician*. 8 Janv 2002; 48(8):1337-1344.
79. Al-Hoqail IA, Gad A, Crawford RI. Dermatology practice in primary health care services: where do we stand in the Middle East? *Int J Dermatol*. janv 2002;41(1):4-7.
80. Lim AC, See A, Shumack SP. GP postgraduate dermatology training. *Aust Fam Physician*. juin 2001;30(6):526-527.
81. Fleischer AB Jr, Herbert CR, Feldman SR, O'Brien F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care*. oct 2000;6(10):1149-1156.
82. Grange F, Hédelin G, Halna J-M, Grall J-C, Kirstetter H, Guillaume J-C, et al. [Assessment of a general practitioner training campaign for early detection of cutaneous melanoma in the Haut-Rhin department of France]. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2005;132(12 Pt 1):956-961.
83. Youl PH, Raasch BA, Janda M, Aitken JF. The effect of an educational programme to improve the skills of general practitioners in diagnosing melanocytic/pigmented lesions. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32(4):365-70.
84. PhD DBG, PhD AB, Msw MW, Md TM, Md TB, Md SP, et al. Improving primary care residents' proficiency in the diagnosis of skin cancer. *J Gen Intern Med*. 1 févr 1998;13(2):91-97.
85. Carli P, De Giorgi V, Crocetti E, Caldini L, Ressel C, Giannotti B. Diagnostic and referral accuracy of family doctors in melanoma screening: effect of a short formal training. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. févr 2005;14(1):51-55.
86. Pichichero ME, Poole MD. Comparison of performance by otolaryngologists, pediatricians, and general practitioners on an otoendoscopic diagnostic video examination. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. mars 2005;69(3):361-366.
87. Worrall G, Angel J, Chaulk P, Clarke C, Robbins M. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J*. 13 juill 1999;161(1):37-40.
88. Craig J. Perceived Learning Needs of Family Physicians in British Columbia. *Can Fam Physician*. févr 1990;36:262-265.
89. Pham D, Boissel J-P, Wolf P, Rigoli R, Cucherat M, Stagnara J. Médecins généralistes: de quelle information avons-nous besoin? Une étude quantitative auprès des médecins adhérents à l'Unafarmec RA. *Médecine*. 2008;4(8):369-75.
90. minimum-vital-en-medecine-general.pdf [Internet]. [cité 11 août 2013]. Disponible sur: <http://www.fichier-pdf.fr/2012/09/22/minimum-vital-en-medecine-general/minimum-vital-en-medecine-general.pdf>
91. Del Mar CB, Green AC. Aid to diagnosis of melanoma in primary medical care. *BMJ*. 25 févr 1995;310(6978):492-495.
92. Wilkinson D, Kitchener S, Bourne P, Dixon A. Skin cancer medicine in primary care: towards an agenda for quality health outcomes. *Med J Aust* [Internet]. 2006 [cité 11 août 2013];184(1). Disponible sur: <https://www.mja.com.au/journal/2006/184/1/skin-cancer-medicine-primary-care-towards-agenda-quality-health-outcomes>

ANNEXE I

	Boldrini A. 1984 Seine-Saint-Denis	Lukasiewicz et al 2000 Nationale	Wolkenstein.P 2004 Nationale	OMG 2009 (sur 437.7 actes) Nationale	Ammari-Youala S. 2011 Franche-Comté	Avogadro-Leroy S. 2012 Haute-Normandie
1	Mycoses 19 %	Verrues 15,2 %	Acné 10,81 %	Dermatose 14,93 %	Verrue	Dermatite atopique/eczéma 11,49 %
2	Eczémas 14,1 %	Acné 14,2 %	Verrue 8,17 %	Eczéma 10,78 %	Candidose cutanée	Candidose 7,78 %
3	Varicelle Zona 12,3 %	Nævus 11,9 %	Herpès 8,16 %	Tuméfaction 7,88 %	Acné	Psoriasis 4,8 %
4	Réaction allergique : 8,1 %	Dermatite atopique, eczéma 8,9 %	Mycoses 7,99 %	Prurit 6,17 %	Eczéma	Verrue 4,71 %
5	Infection Bactérienne 6,3 %	Cancer et états pré cancéreux 7,9 %	Eczéma 7,92 %	Pathologie de l'ongle 5,99 %	Nævus	Acné 4,25 %
6	Erythème fessier 6 %	Mycose 6,8 %	Prurit chronique 5,36 %	Vulvite/vaginite 4,87 %	Varicelle	Nævus 3,98 %
7	Prurit/prurigo 3,5 %	Psoriasis 5,1 %	Dermite de contact 4,72 %	Psoriasis 4,25 %	Piqûre d'insecte	Cancer cutané 3,89 %
8	Verrues 2,8 %	Cosmétologie 5 %	Chute de cheveux 4,05 %	Acné 3,61 %	Onychomycose	Urticaire 3,35 %
9	Kystes sébacés 2,1 %	Tumeur bénigne 4,3 %	Nævus 3,98 %	Urticaire 3,38 %	Urticaire	Allergie de contact 3,17 %
10	Acné juvénile 2,1 %	Kératose	Psoriasis 3,58 %	Verrue 3,29 %	Vulvite vaginite	Gale 3,08 %
11	Psoriasis 2,1 %			Intertrigo 2,78 %	Cor, Durillon	Piqûre insecte 2,99 %
12	Aphtes 1,8 %			Abcès superficiel 2,65 %	Erythème fessier	Exanthème viral 2,26 %
13	Sans diagnostic 1 %			Piqûre d'animal 2,60 %	Molluscum pendulum	Molluscum contagiosum 2,17 %
14	Molluscum pendulum 1 %			Herpes 2,53 %	Aphte	Furoncle 1,99 %
15				Nævus 2,35 %	Exanthème viraux	Varicelle 1,72 %
16				Ulcère de jambe 2,30 %	Prurit cutané-muqueux	Dermatite séborrhéique 1,63 %
17				Dermatite séborrhéique 2,19 %	Dermatite séborrhéique	Zona 1,63 %
18				Pied d'athlète 2,17 %	Brulure	Erythème fessier 1,54 %
19				Varicelle 1,44 %	Herpes cutané-muqueux	Impétigo 1,54 %
20				Kyste sébacé/brulure 1,42 %	Dermatite de contact	Pityriasis rosé 1,36 %
21				Impétigo/chute de cheveux 1,30 %	Lipome	Herpes simplex 1 %
22				Pityriasis Versicolor 1,21 %	Psoriasis	EI de substance médicamenteuse 0,63 %
23				Zona 1,16 %	Furoncle	Hémangiome 0,36 %
24				Cor, durillon 1,12 %	Ongle incarné	Candidose génitale 0,36 %
25				Erysipèle 1,03 %	Abcès	Morsure 0,18 %
26				Folliculite 1 %	Pityriasis	
29				Aphte 0,66 %	Erysipèle/ angiome	
33				Molluscum contagiosum 0,55 %	Rarement Gale	

ANNEXE II

	<i>Boldrini A. 1984 Seine Saint Denis</i>	<i>Lambert A. et Al 2003 Amiens, Lille, Rouen</i>	<i>Perrot JL 2000-2005 Saint-Etienne</i>	<i>Maza A. 2009 Marseille</i>
1	Verrues 15,2 %	Onco dermato 16 %	Ulcère veineux 15,1 %	Diagnostic incertain 26,4 %
2	Eczémas 9,8 %	Angiodermatologie 15 %	Eczéma de 13,9 %	Mycoses, intertrigo 14 %
3	Acné juvénile 8,1 %	Eczéma 14 %	Ulcère autre que Veineux 9,6 %	Brûlure/plaie traumatique 11 %
4	Mycoses 5,4 %	Psoriasis 8 %	Mélanome 7,1 %	Eczéma 10,4 %
5	Ulcères de jambes 4 %	Dermatose virale 5 %	Kyste 7,1 %	Psoriasis 8,6 %
6	Epilation 3,1 %	Verrue 3,5 %	Kératose actinique 6,6 %	Toxidermie 8 %
7	Psoriasis 3 %	Dermatose bactérienne 3 %	Carcinome Basocellulaire 6 %	Ulcère 7 %
8	Kystes sébacés 2,9 %	Acné 3 %	Carcinome Epidermoïde 3,9 %	Dermatose bactérienne (érysipèle, impétigo) 6,8 %
9	Prurit/prurigo 2,6 %	Prurit/prurigo 3 %	Kératose séborrhéique 3,8 %	Escarre 6 %
10	Infection Bactérienne 2,3 %	Urticair 2 %	Prurit généralisé/prurigo 3,3 %	Dermatoses virales 4,5 % (verru, condylome, herpes varicelle zona)
11	Epithélioma baso cellulaire 2,3 %	Mycose 2 %	Psoriasis 3,2 %	Vascularite 3,5 %
12	Naevi 2,2 %	Erysipèle 1 %	Pemphigoïde bulleuse 2,3 %	Dermite séborrhéique 3,3 %
13	Chute de cheveux 2 %	Dysidrose 1 %	Pemphigus 1,6 %	Appareil Unguéal 2,7 %
14	Molluscum pendulum 1,9 %	Toxidermie 1 %	Escarre 1,2 %	Urticair 2,4 %
15	Lichen 1,8 %	Parasitose 1 %	Erysipèle 1 %	Examen de nævus 2,4 %
16	Réaction allergique 1,8 %	Impétigo 0,4 %	Lymphome 1 %	Carcinome 2,1 %
17	Végétations vénériennes 2,3 %	Aptes 0,3 %	Candidose 0,7 %	Tumeur bénigne 2,1 %
18	Durillon 1,5 %		Toxidermie 0,7 %	Acné 2 %
19	Kératose 1,4 %		Pemphigoïde cicatricielle 0,5 %	Pathologies des muqueuses 2 %
20	Pelade 1,4 %		Dermatophytie 0,5 %	Autres (poil cheveux) 1,5 %
21	Molluscum contagiosum 0,8 %		Gale 0,4 %	Dermatose bulleuse 1,2 %
22	Dermatose séborrhéique 1 %		Lichen scléreux 0,4 %	Rosacée 1,2 %
23				Mélanome 0,3 %

ANNEXE III

	Steele K. 1984 -UK	Fleischer AB and Al 1997 USA	Julian CG 1999 UK	Symvoulakis 2006 Grèce	Merenstein D and Al 2007 USA	Awadalla. F 2008 USA	Verhoeven 2008 Pays-Bas	Kerr an Al 2009 UK
1	Eczema 25,5 %	Eczema 15,4 %	Verrue 23 %	Eczema 18,1 %	Eczema 28 %	Eczema 26,9%	Dermatite atopique 10,89 % - 7,79 %	Eczéma 22,5 %
2	Verrue 14 %	Infection bactérienne 13,7 %	Tumeur cutanée Bénigne 16 %	Urticaire 14,1 %	Dermatophytose 11 %	Infection bactérienne 17,9%	Acné 3,5 %-6,69 %	Infection 20,3 %
3	Acné 8 %	Verrue 8 %	Eczéma 14 %	Morsure d'insecte 10,2 %	Nævus bénin 10 %	Teigne 7,4 %	Psoriasis 4,63 %-5,19 %	Tumeur bénigne 11,4 %
4	Kératose séborrhéique 7 %	Dermatophytose 5,4 %	Kératose actinique 3,3 %	Infection bactérienne 9,1 %	Infection bactérienne 6 %	Tumeurs bénignes 4,4 %		Acné 5 %
5	Infection bactérienne 6 %	Kyste sébacé 5,1 %	Tumeur maligne 3 %	Exanthème viraux 7,3 %	Kératose séborrhéique 4 %	Candidose 3,7 %		Psoriasis 5 %
6	Psoriasis 5,5 %		Acné 2,9 %	Mycose 5,5 %	Piqûre 4 %	Dermatose 3,6 %		Verrue 4,5 %
7	Infection fongique 4,5 %		Mycose 2,7 %	Tumeur 2,7 %	Herpès 4 %	Verrue 3,4 %		Tumeur cutanée 2,5 %
8	Urticaire 4,5 %		Impétigo 2,2 %	Non d'origine cutanée 2,6 %	Verrue 4 %	Tumeur maligne 3,4 %		
9	Infection parasites 3 %		Onychomycose 0,8 %	Acné 2,3 %	Exanthème viral 3 %	Kyste sébacé 3,4 %		
10	Herpès 3 %			Toxidermie médicamenteuse 2,3 %	Kératose actinique 3 %	Acné 3 %		
11	Molluscum contagiosum 2 %			Pas de diagnostic 2 %				
12	Kératose 2%			Pityriasis rosé 1,8 %				
13	Ulcère chronique 2%			Brulure 1,7 %				
14				Verrue 1,6 %				
15				Connectivite 1,4 %				
16				Parasite 1,4 %				
17				IST 1,2 %				
18				Psoriasis 1,2 %				
19				Kératose actinique 1,2 %				
20				Lésions pigmentés 0,9 %				

ANNEXE IV- Le Questionnaire

Sexe **F/M** Age..... Faculté de second cycle.....

En quel stage êtes vous actuellement ?..... En quel semestre ?.....

Étiez-vous Intéressé(e) par la Dermatologie durant vos études ? **OUI / NON**

Avez-vous réalisé un Stage d'Externat en Dermatologie ? **OUI / NON**

Avez-vous réalisé un Stage d'Internat en Dermatologie ? **OUI / NON**

Avez-vous l'impression d'avoir été bien formé(e) pour la prise en charge des pathologies cutanées en soins primaires ? **OUI /NON**

Avez-vous fait un SASPAS ? **OUI /NON**

Avez-vous déjà fait des remplacements ? **OUI / NON**

Avez-vous été confronté(e) à des pathologies cutanées ? **OUI / NON**

Si **OUI** Avez-vous fait appel à un confrère dermatologue ? **OUI/NON** Ou autre ?

Avez-vous un site de référence en Dermatologie ? **OUI / NON** Lequel ?

Auriez-vous aimé disposer d'un outil destiné aux pathologies cutanées en soins primaires au cabinet ? **OUI / NON**

Le stage Prat :

Praticiens :

- | | | |
|----|----------------------------|-----------------|
| 1. | Rural / Semi Rural / Ville | En Groupe /Seul |
| 2. | Rural / Semi Rural / Ville | En Groupe /Seul |
| 3. | Rural / Semi Rural/ Ville | En Groupe /Seul |

-Dans les cabinets, y avait-il un livre ou un site de référence en Dermatologie consultables par le praticien ou l'interne ? **OUI / NON/ Vous ne Savez Pas,**

Si **OUI** lequel.....

-L'un deux possédait-il une photothèque sur son ordi ? **OUI / NON/Vous ne Savez Pas**

Si **OUI** l'avez-vous consultée ? **OUI / NON**

-Les praticiens étaient ils Informatisés ? **OUI / NON**

-Les praticiens étaient ils Intéressés par la Dermatologie ? **OUI / NON/ Vous ne Savez Pas**

Si **OUI** étaient ils motivés pour partager leur savoir ? **OUI / NON**

-Les praticiens participaient-ils à des FMC? **OUI / NON, Vous ne Savez Pas**

SASPAS :

- | | | |
|----|----------------------------|-----------------|
| 1. | Rural / Semi Rural / Ville | En Groupe /Seul |
| 2. | Rural / Semi Rural / Ville | En Groupe /Seul |
| 3. | Rural/ Semi Rural/ Ville | En Groupe /Seul |

-Dans les cabinets, y avait-il un livre ou un site de référence en Dermatologie consultables par le praticien ou l'interne ? **OUI / NON/ Vous ne Savez Pas,**

Si **OUI** lequel.....

-L'un deux possédait-il une photothèque sur son ordi ? **OUI / NON/Vous ne Savez Pas**

Si **OUI** l'avez-vous consultée ? **OUI / NON**

-Les praticiens étaient ils Informatisés ? **OUI / NON**

-Les praticiens étaient ils Intéressés par la Dermatologie ? **OUI / NON/ Vous ne Savez Pas**

Si **OUI** étaient ils motivés pour partager leur savoir ? **OUI / NON**

-Les praticiens participaient-ils à des FMC? **OUI / NON, Vous ne Savez Pas**

Image 1 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 2 :Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 3 :Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 4 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 5 : Diagnostic?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 6 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC.....

2

Image 7 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 8 :Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 9 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 10 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 11 : Diagnostic?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 12 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC.....

3

Image 13 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 14 :Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 15 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 16 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 17 : Diagnostic?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 18 :
Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC.....

4

Image 19 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 20 :Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Image 21 : Diagnostic ?.....
Certitude : **OUI / NON**
PEC

Commentaires libres :
.....
.....
.....
.....

5

ANNEXE V- Le Diaporama

Thèse de Médecine Générale

Etat des lieux des compétences des IMG et concordance diagnostique dans la prise en charge des pathologies cutanées en soins de santé primaires.

DIONE Aïda, IMG en 6^{ème} semestre

Cette thèse est soutenue par le DMG



2

Le jeune M.. 23 ans accro au Basket vient vous voir car il présente une lésion blanchâtre entre le 4^{ème} et le 5^{ème} orteil du pied droit.



4

Monsieur C, 52 ans, vient en consultation car il présente des lésions inter digitales vésiculeuses et très prurigineuses. Ces lésions semblent progresser. Il vous raconte que sa fille et son épouse avaient présenté les mêmes lésions que lui.



6

Mme S. 50 ans vient en consultation car elle présente des plaques au niveau de la face externe des coudes. Elles sont apparues récemment, certaines plaques ont disparu au profit de lésions érythémato-squameuses. Elles sont plus ou moins prurigineuses.



1

M. V...80 ans diabétique vit en EHPAD. Les infirmières vous demandent de passer le voir car il a 39° de fièvre et présente depuis ce matin une éruption sur la jambe droite.



3

Ethan 6 ans revient vous voir car il présente ces multiples lésions. Il était déjà venu vous voir il y a 1 semaine pour une lésion prurigineuse au niveau de la face et vous aviez conclu à de l'eczéma et traité de manière adaptée. Il présente des lésions qui ont un aspect crouteux, suintant et jaunâtre.



5

Louna 6 ans se présente à la consultation pour des lésions cutanées prurigineuses au niveau des coudes et des creux poplités. Depuis leur apparition elle est hyperactive et anxieuse. La mère vous apprend qu'elle a présenté bébé des lésions similaires mais qui passaient quand elle mettait des crèmes hydratantes. Pour revenir quelques temps plus tard...



7

Daphnée 14 ans consulte car elle présente sur la face des lésions pustuleuses disgracieuses apparues récemment. Elle souhaite une solution rapide car elle en a de plus en plus et ça la gêne beaucoup.



8

Tom 20 ans présente une lésion faite de petites vésicules en bouquet sur la lèvre supérieure, non prurigineuse. Avant que les lésions apparaissent, il ressentait des picotements à l'endroit où sont apparues les lésions.



9

Une mère vous amène sa fille de 4 ans car elle présente des macules érythémateuses sur lesquelles on retrouve une vésicule en goutte transparente, très prurigineuse. D'autres enfants à l'école ont présenté les mêmes lésions.



10

Simon 9 ans, va à la piscine tous les jours. Il présente au niveau des mains et des doigts des lésions circulaires multiples à bords nets. La surface est grisâtre et rugueuse.



11

Candy de retour de voyage en Indonésie vient vous voir car elle présente de nombreuses lésions nummulaires hypochromes sur le tronc. Initialement il n'y avait que quelques lésions puis elles se sont multipliées. Ça ne la démange pas et ne lui fait pas mal, mais le fait que les lésions progressent l'inquiète.



12

Vous voyez aux urgences une petite fille de 7 ans, accompagnée de son papa, car elle présente sur tout le corps ces lésions prurigineuses. Pas d'atteinte des muqueuses retrouvée. Le père ne relève pas de changement particulier dans les habitudes de sa fille. Quand on reprend la journée il reconnaît qu'elle a mangé beaucoup de kiwis ce midi et puis qu'elle a passé l'après midi à jouer au soleil dans le jardin avec ses frères.



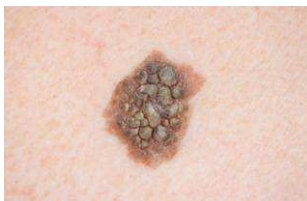
13

M. X... 40 ans travailleur de chantier vient pour des douleurs faisant évoquer un canal carpien étroit. En regardant son poignet vous remarquez cette lésion sur son avant bras.



14

Mr B... 65 ans vient, accompagné de sa femme, pour une douleur du bas du dos qu'il se serait fait en jouant au golf. Vous lui demandez d'ôter son t-shirt et vous voyez ceci. Sa femme vous montre cette lésion et vous demande ce que c'est et ce qu'il faut faire.



15

Mr V, vient vous voir pour son examen annuel et profite de l'occasion pour vous montrer ces nouveaux grains de beauté.



16

M. T...ancien vigneron vient vous voir pour renouveler son traitement.
Quand il enlève sa casquette vous remarquez ces lésions.



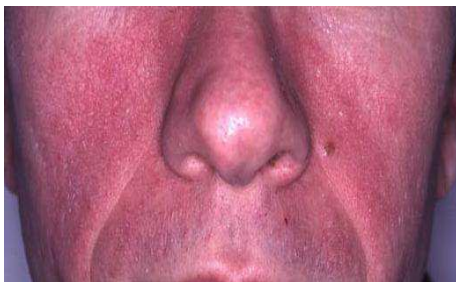
18

Une mère vous amène sa fille de 16 ans pour une angine, tant elle a du mal à avaler.
Elle en faisait beaucoup petite.
Aujourd'hui elle n'a ni fièvre, ni adénopathie.
En examinant la gorge, vous voyez ceci.



20

M. S. 40 ans est socialement gêné par la présence sur la face de plaques érythémateuses mal limitées parfois recouvertes de squames blanches ou jaunâtres, plus ou moins grasses, non adhérentes.



17

Mme Z. 62 ans consulte car elle a présenté cette nuit une éruption érythémateuse, très prurigineuse, au niveau du tronc et des membres. Vous l'aviez traitée par C3G il y a 10 jours.



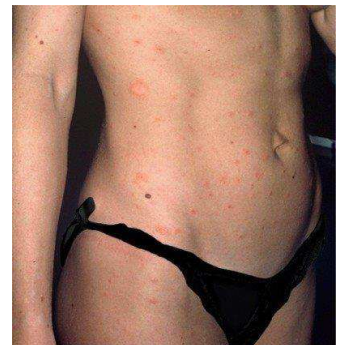
19

Vous allez au domicile de Mme X... votre patiente de 1m50 et 90 kg qui se déplace du lit au fauteuil.
Elle bénéficie d'aides à domicile.
Elle se plaint d'un prurit au niveau des plis de l'aîne.
Vous y trouvez une plage érythémateuse bordée de petites vésicules rouges. La toilette a fait disparaître les quelques traces d'un enduit blanchâtre.



21

Cécile, 26 ans, vient vous voir pour des lésions en médaillons annulaires rosés bordés d'une collerette desquamative interne.
Initialement il n'y avait qu'une lésion, mais quelques jours après d'autres sont apparues.
Il n'y a pas de prurit.
Mais elle est très gênée et n'ose plus se montrer en maillot de bain.
Il y a 1 mois elle a eu une infection virale



Corrections

Thèse de Médecine Générale

DIONE Aïda, IMG en 6^{ème} semestre

Etat des lieux des compétences des IMG et
concordance diagnostique dans la prise en charge des
pathologies cutanées en soins de santé primaires.

Cette thèse est soutenue par le DMG





Image 1 : ERYSIPELE

Etant donné l'âge et le diabète, hospitalisation + traitement Antibiotique IV par PeniG 15 à 20Millions/j jusqu'à amélioration clinique puis relais per os par: Amoxicilline 1gx3/j pendant 14j/21j + traiter la porte d'entrée (examiner espaces inter-digitaux +++)

Sinon habituellement à domicile : Amoxicilline_1gx3/j pendant 14j/21j réévaluation à 48h

Si allergie aux Pénicilline : Pyostacine 500x2, 3x/j pendant 21 jours. + traiter la porte d'entrée.



Image 2 : INTERTRIGO MYCOSIQUE

Antifongique local avec 1 à 2 applications par jour (selon le produit anti mycosique) pendant 4 semaines.

Soins d'hygiène (toilette quotidienne, bien sécher, chaussettes en coton à changer tous les jours...)



Image 3 : IMPETIGO- IMPETIGINISATION-ECZEMA IMPETIGINISE

Etant donné la diffusion des lésions,

- TT local
 - Lavage biquotidien des lésions avec eau et savon
 - Applications biquotidiennes de chlorhexidine
- TT général
 - Amoxicilline + acide clavulinique pendant 10 jours

Examiner la fratrie et traiter si nécessaire

Contrôler la BU 3 semaines après l'épisode infectieux



Image 4 : GALE

Ivermectine (200µg/kg) en prise unique puis répéter 15 jours après.

Traitement local par benzoate de benzyle (Ascabiol®) : application après la douche sur l'ensemble du corps, laisser sécher, mettre des vêtements propres, ne pas laver pendant 24 heures, puis prendre une douche. Penser à retraiter les mains si elles ont été lavées.

Désinfecter la maison (literie-linge de maison)

Traiter l'entourage en même temps.








Image 5 : ECZEMA – DERMATITE ATOPIQUE





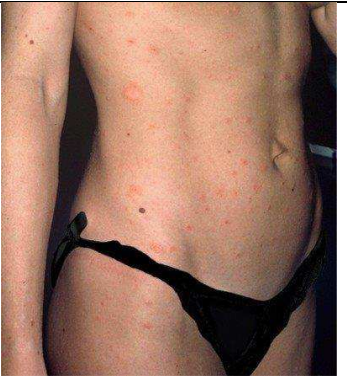
Bain ou douche tiède avec pain ou gel sans savon.

Dermocorticoïde d'activité forte 1 application /J pendant 2 semaines sur les lésions.

Emollient sur le corps sauf sur les lésions d'eczéma jusqu'à ce qu'elles aient disparu puis ensuite sur l'ensemble du corps.

	<p>Image 6 : PSORIASIS Les lésions ne dépassant pas 10% de la surface corporelle Association dermocorticoïde + analogue de la vitamine D3 1 application/j pendant 2 à 4 semaines.</p>
	<p>Image 7 : ACNE JUVENILE INFLAMMATOIRE Toilette avec pain ou gel sans savon Le matin, crème émolliente Le soir, peroxyde de benzoyle seul ou en alternance avec rétinoïde Traitement systémique par cycline : - Doxycycline 100mg/j pendant 3 mois</p> <p>Attention ne pas associer des ATB locaux et ATB systémique</p>
	<p>Image 8 : HERPES Aucun traitement de la récurrence. Si poussées invalidantes > 6/an. Aciclovir 400mgx2 /j</p> <p>Primo infection : - Zovirax 200mg : 5/j pendant 10 jours - Zélitrex 500mg : 2/j pendant 10 jours</p>
	<p>Image 9 : VARICELLE Traitement symptomatique : -Douche tiède quotidienne avec pain ou gel sans savon -Badigeons de chlorhexidine en solution aqueuse -Ongles courts et propres En cas de fièvre, paracétamol (pas d'aspirine ni d'AINS) En cas de prurit nocturne, anti-H1 de 1^{ère} génération</p>
	<p>Image 10 : VERRUE La cryothérapie par azote liquide à renouveler toutes les 3 semaines Ou Application de kératolytiques à base d'acide salicylique avec protection de la peau saine périphérique Régression spontanée possible.</p>
	<p>Image 11 PITYRIASIS VERSICOLOR Lotion moussante : kétoconazole gel moussant laisser en place 5 minutes puis rincer. A renouveler 15 jours plus tard.</p>

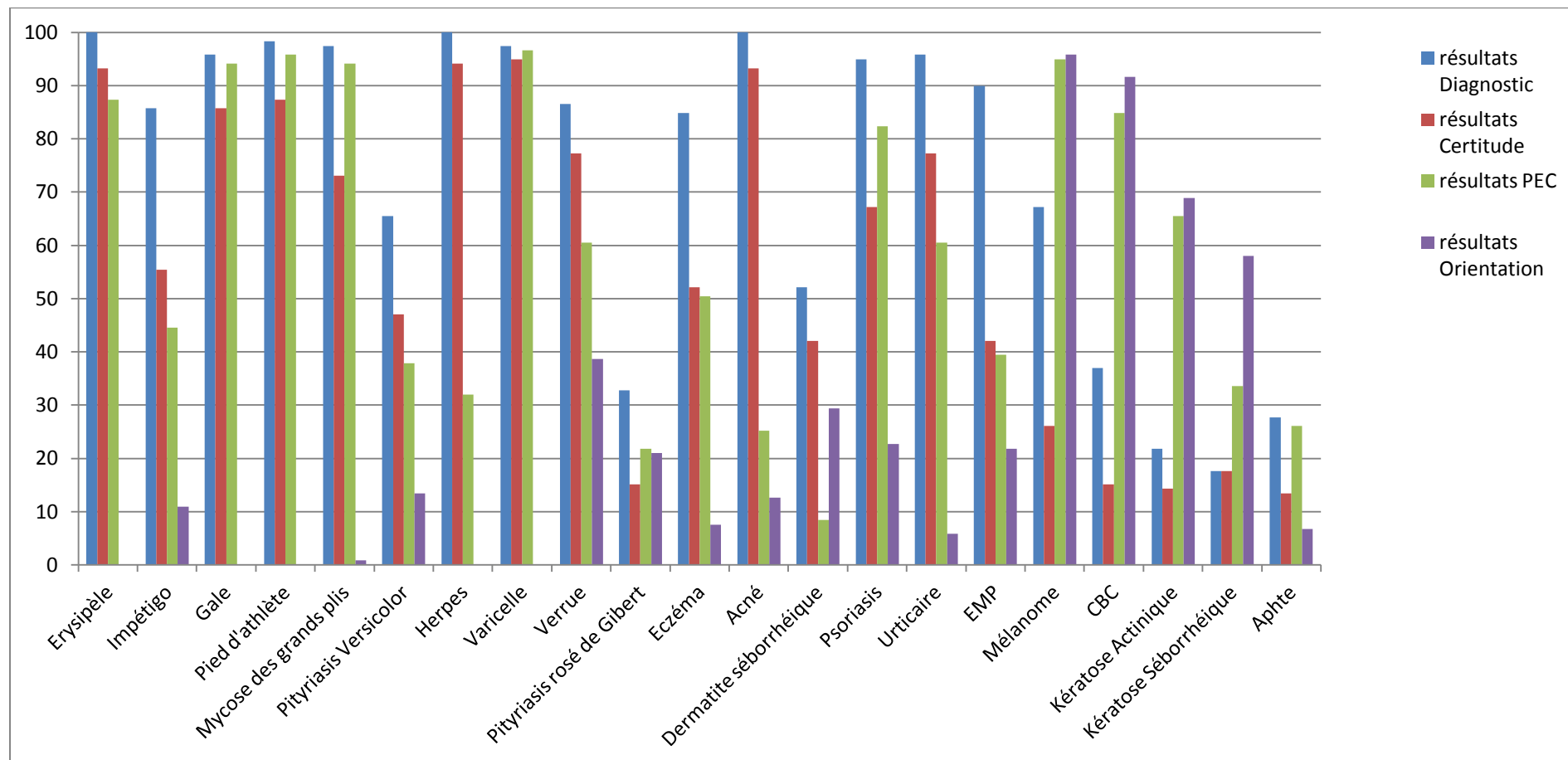
	<p>Image12 : URTICAIRE Anti H1 de préférence de 2^{ème} génération pendant 10j Pas de corticoïdes</p>
	<p>Image 13 : MELANOME SUPERFICIEL EXTENSIF Adresser au dermatologue pour exérèse et analyse histologique et décision thérapeutique (marges chirurgicales) en fonction de l'épaisseur de la tumeur. Expliquer les mesures de prévention solaire nécessaires (stratégie d'évitement, protection vestimentaire, produits anti-solaires) Surveillance régulière (rythme défini selon l'épaisseur de la lésion)</p>
	<p>Image 14 : KERATOSE SEBORRHEIQUE Rien, Expliquer la nature bénigne des lésions et l'absence de transformation maligne En cas de préjudice esthétique, et si le patient le souhaite, cryothérapie par azote liquide (plusieurs applications sont souvent nécessaires ou Ablation à la curette</p>
	<p>Image 15 : CARCINOMES BASO CELLULAIRE (CBC) Adresser au dermatologue pour exérèse chirurgicale Expliquer les mesures de prévention solaire nécessaires (stratégie d'évitement, protection vestimentaire, produits anti-solaires) Surveillance clinique au moins 1 fois par an pendant 5 ans (idéalement à vie)</p>
	<p>Image16 : KERATOSE ACTINIQUE Cryothérapie par vaporisation d'azote liquide. Expliquer les mesures de prévention solaire nécessaires (stratégie d'évitement, protection vestimentaire, produits anti-solaires) Suivi 1à 2 fois/an.</p>

	<p>Image 17 : EXANTHEME MACULOPAPULEUX Eviction du médicament allergisant le plus rapidement possible si le TT est toujours en cours. En cas de prurit, traitement par anti Histaminique de deuxième génération +/- dermocorticoïde.</p>
	<p>Image 18 : APHTE TT symptomatique (aucun n'a fait la preuve de son efficacité sur l'évolution des aphtes) Eviction des facteurs favorisants (aliments) Anesthésiques locaux (xylocaïne visqueuse[®], /Dynexan 2 %[®]) Bains de Bouche (acide acétylsalicylique, chlorhexidine, sucralfate, gel de polysilane[®])</p>
	<p>Image 19 : CANDIDOSE DES PLIS. soins d'hygiène (toilette quotidienne, bien sécher) - anti-fongiques locaux en lotion ou en poudre 1 à 2 fois par jour selon le produit pendant 2 à 4 semaines.</p>
	<p>Image 20 : DERMATOSE SEBORRHEIQUE Rien information du patient sur l'évolution chronique de la dermatose avec alternance de poussées et de rémission -hygiène du visage avec base lavante douce -dermocorticoïde d'activité faible sur une courte période puis antifongiques avec un dérivé imidazolé ou du gluconate de lithium en topique</p>
	<p>Image 21 : PITYRIASIS ROSE DE GIBERT Rassurer le patient évolution spontanément favorable en 6 à 8 semaines</p>

ANNEXE VII- La grille de Correction

Grille de Corrections	Diagnostic			Certitude		Prise en charge									
	O U I	N O N	o	O U I	N O N	Correcte						Incorrecte	o	Orientation Dermatologue	
						O U I	Orientation	Molécule	Nom commerciaux	Posologie	Durée				Conseilles d'utilisation
Erysipèle															
Pied															
Impétigo															
Gale															
Eczéma															
Psoriasis															
Acné															
Herpès															
Varicelle															
Verrue															
Pityriasis V															
Urticaire															
Mélanome															
Kératose S															
CBC															
Kératose A															
EMP															
Aphte															
Intertrigo GP															
Dermatite Séborrhéique															
Pityriasis Rosé de Gibert															

ANNEXE VIII- Récapitulatif des Résultats



FASCICULE

Table des matières par Etiologie:

Les dermatoses Inflammatoires :

- L'Eczéma p. 4
- Le Psoriasis p. 6
- L'Acné p. 9
- La Dermatite séborrhéique p. 11
- L'Urticaire p. 12
- Exanthème Maculo Papuleux p. 13

Lésions des Muqueuses

- Les Aphtes et Aphotoses p. 14

Les maladies Infectieuses

- Virale
 - Herpès Labial (HSV) p. 15
 - Varicelle (VZV) p. 16
 - Verrue (HPV) p. 17
 - Pityriasis rosé de Gibert. p. 18
- Bactérienne
 - Erysipèle p. 19
 - Impétigo p. 20
- Mycosique
 - Pityriasis versicolor p. 21
 - Candidose cutanéomuqueuse p. 22
 - Onychomycose p. 23
- Parasitaire
 - Scabiose p. 24

Les pathologies Tumorales

- Naevus Commun p. 27
- Kératose Séborrhéique p. 28
- Mélanome p. 29
- Kératose Actinique p. 30
- Carcinome Baso Cellulaire p. 31
- Carcinome Epidermoïde p. 32

Les Traitements

- Dermocorticoïdes p. 34
- Antifongiques p. 35
- Anti histaminiques p. 36

Table des matières par ordre Alphabétique :

L'Acné	p. 9
Les Aftes et Aftoses	p. 14
Les Candidoses Cutané Muqueuses	p. 23
Le Carcinome Baso Cellulaire	p. 31
Le Carcinome Epidermoïde	p. 32
La Dermatite séborrhéique	p. 11
L'Eczéma	p. 4
L'Erysipèle	p. 19
L'Exanthème Maculo Papuleux	p. 13
La Gale (Scabiose)	p. 25
L'Herpès Labial (HSV)	p. 15
L'Impétigo	p. 21
La Kératose Actinique	p. 30
La Kératose Séborrhéique	p. 28
Le Mélanome	p. 29
Le Naevus	p. 27
L'Onychomycose	p. 24
Le Pityriasis rosé de Gibert.	p. 18
Le Pityriasis versicolor	p. 22
Le Psoriasis	p. 6
L'Urticaire	p. 11
La Varicelle (VZV)	p. 16
La Verrue (HPV)	p. 17

Eczéma : Dermatite Atopique

Clinique :

Les lésions d'eczéma sont érythémato-vésiculeuses, suintantes puis croûteuses. Le prurit est quasi-constant.

L'évolution est marquée par des poussées successives entre lesquelles persiste une sécheresse (xérose) cutanée.

Il débute dans la 1^{ère} année de vie, habituellement vers 3 mois.

La topographie est variable en fonction de l'âge :

- Chez le nourrisson: zones convexes du visage et des membres +++, parfois tronc, plis, cuir chevelu.
- Chez l'enfant > 2 ans: plis (creux poplités, plis des coudes, cou, plis sous-auriculaires) +++, parfois mains et poignets, chevilles, visage (« darts achromiantes »)
- Chez l'adolescent et l'adulte mêmes localisations que chez l'enfant; lésions lichénifiées, xérose +++.

Autres aspects cliniques possibles (dyshidrose, eczéma nummulaire, prurigo, atteinte prédominante de la tête et du cou).

Fréquemment, on retrouve des antécédents personnels ou familiaux d'atopie (asthme, rhino-conjonctivite).

Traitement (TTT) :

En poussées :

- dermo-corticoïdes (DC) choisis en fonction de l'âge, de la topographie, de l'étendue des lésions.

1 application/j pendant 1 à 3 semaines en fonction de la sévérité des lésions.

- inhibiteurs de la calcineurine en cas de résistance ou de contre-indication aux DC (prescription limitée aux pédiatres et dermatologues)
- anti-H1 de 1^{ère} génération en cas de troubles du sommeil dus au prurit pendant quelques jours
- en cas de surinfection clinique des lésions, antiseptiques locaux et/ou antibiotiques anti-staphylococciques par voie générale (macrolides).

Dans les formes sévères si résistance aux TTT locaux : photothérapie (enfants >10 ans et adultes), ciclosporine (adulte).

En entretien :

- mesures d'hygiène (bain ou douche tiède, pain ou gel sans savon)
- émollients en application quotidienne
- dans les formes modérées et sévères DC 2 fois/semaine



FICHE PATIENT :

ECZEMA CONSTITUTIONNEL ou DERMATITE ATOPIQUE

Qu'est ce que c'est ?

L'eczéma ou dermatite atopique est une maladie de peau qui commence le plus souvent dans l'enfance. Elle n'est ni grave, ni contagieuse. Il est fréquent de retrouver d'autres cas d'eczéma dans la famille de l'enfant : ascendants ou collatéraux. Cette affection s'accompagne parfois de manifestations allergiques: asthme, conjonctivites ou rhumes à répétition.

Il se traduit par des démangeaisons, responsables de lésions de grattage, et de petits boutons croûteux et suintants. Il touche essentiellement les plis des articulations : cou, coudes, poignets, genoux, chevilles ; et ceci de chaque côté du corps. Il n'existe pas actuellement de traitement permettant de guérir cette maladie. Il faut tout de même savoir que dans 75% des cas cette maladie disparaît à l'adolescence.

Le Traitement :

Lorsque les poussées d'eczéma sont intenses, il est légitime d'appliquer des dermocorticoïdes. Les crèmes sont plus agréables et pratiques pour la plupart des enfants.

La durée d'application doit être la plus courte possible, dans tous les cas, sans recouvrir la zone d'un pansement. Penser à se laver les mains après chaque utilisation. Respecter scrupuleusement la prescription. Ils ne doivent être utilisés que sous surveillance médicale.

Si infection cutanée associée : Consulter son médecin traitant.

Le traitement repose sur des bains quotidiens avec parfois des antiseptiques sous forme moussante. On peut utiliser des antibiotiques locaux, sans dépasser 8 à 10 jours de traitement. Les formes graves seront traitées par voie orale.

Les formes sévères sont du ressort du dermatologue qui pourra utiliser des thérapeutiques différentes (photothérapie, ciclosporine, immunosuppresseurs par voie locale).

Mesures Associées /conseils :

Limiter les Facteurs favorisants :

- textiles irritants, laine en contact avec la peau.
- température élevée dans la chambre à coucher, douches trop chaudes et/ou trop prolongées
- exposition au tabac.

Au quotidien :

Il faut remplacer le savon par un pain sans savon ou une crème lavante douce.

Il est indispensable d'appliquer une crème hydratante au moins deux fois par jour dont une après la toilette. Et autant que de besoin sur les parties irritées.

Attention l'enfant atopique en poussée ne doit pas se faire embrasser par une personne porteuse d'une éruption d'herpès (bouton de fièvre), au risque de provoquer une infection herpétique très étendue (le syndrome de Kaposi-Juliusberg) qui nécessite une hospitalisation.

Psoriasis

Clinique :

Il s'agit de plaques érythémato-squameuses de taille variable, bien limitées, arrondies ou ovalaires siégeant souvent de façon symétrique dans les zones exposées aux frottements : coudes et bord cubital des avant-bras, genoux et régions pré-tibiales, région lombosacrée, cuir chevelu.

Il existe d'autres localisations possibles à savoir, les plis, les ongles, les paumes, les plantes, et le visage.

Le prurit est présent dans environ la moitié des cas.

On note des formes graves type : psoriasis érythrodermique, psoriasis pustuleux, et rhumatisme.

Elle débute le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune. L'évolution est chronique, soit continue, soit par poussées alternées avec des phases de rémission. À chaque poussée, on peut noter la réapparition ou l'extension de plaques anciennes alors que de nouveaux éléments peuvent apparaître.

Traitement :

Traitements locaux :

- Dermo-corticoïdes et /ou analogues de la vitamine D (galénique selon la topographie)
 - ❖ effet bénéfique de l'occlusion, une application 1 à 2 fois par jour +/- en alternance avec des émoullients
 - ❖ si squames : mélanger avec crème à l'acide salicylé meilleur pénétration
- Autres: kératolytiques (acide salicylique), rétinoïdes, émoullients.

Photothérapie (PUVAthérapie, UVB).

Traitements systémiques: rétinoïdes, méthotrexate, ciclosporine, biothérapies (anti-TNF, Anti IL12/23)

Stratégie :

Indications en fonction de la topographie, de l'étendue des lésions, du retentissement sur la qualité de vie, des contre-indications éventuelles :

- **Formes légères à modérées** (Surface < 10%)

TT locaux : DC + analogues de la vitamine D 1 ou 2 applications/j pendant 2 à 4 semaines.

Si lésions très squameuses, kératolytiques pendant quelques jours au préalable (acide salicylique à une concentration <10%)

- **Formes modérées à sévères**

Photothérapie et /ou rétinoïdes

Méthotrexate, ciclosporine

Biothérapies

- **Formes particulières**

Rhumatisme psoriasique : méthotrexate et/ou anti TNF

Psoriasis palmo-plantaire : TT local mais souvent insuffisant ,nécessité d'un TT systémique

Erythrodermie psoriasique , psoriasis pustuleux : hospitalisation

- **Psoriasis de l'enfant :**

En gouttes : abstention thérapeutique ou TT local ou photothérapie UVB (enfant de + de 10 ans)

En plaques : TT local, Photothérapie UVB si extension importante (enfant >10 ans)



FICHE PATIENT :

LE PSORIASIS

Qu'est ce que c'est ?

Le psoriasis est une maladie fréquente. L'aspect typique est celui d'une plaque rouge, souvent mais pas toujours, recouverte de pellicules blanchâtres, parfois volumineuses et luisantes, parfois fines et mates. Ce n'est pas une maladie contagieuse.

Il s'agit d'une maladie caractérisée par le renouvellement trop rapide de la peau qui, en plus, est enflammée. Tous les nombreux traitements de cette maladie ont pour but de ralentir ce renouvellement cutané et de permettre à l'organisme de refaire fonctionner les mécanismes anti-inflammatoires naturels. On ne peut pas promettre la guérison de cette maladie, mais son soulagement.

L'alcool, le stress, le grattage et le frottement des lésions sont des facteurs aggravants de la maladie.

Le Traitement :

Il est essentiel de ne pas irriter la peau par quelque agression que ce soit, en particulier le grattage, et de continuer le traitement lorsque la peau a repris une apparence normale, afin de ne pas voir la maladie réapparaître immédiatement.

Les traitements sont très nombreux mais sont toujours utilisés de la même façon : un traitement d'attaque qui a pour but de faire disparaître les lésions puis un traitement d'entretien, traitement important pour que la maladie ne réapparaisse pas.

Il existe des traitements locaux (crèmes hydratantes, dermocorticoïdes, dérivés de la vitamine D...) et des traitements par voie générale, si le retentissement sur la qualité de vie est important, qui seront prescrits par un dermatologue.

Les cures thermales peuvent aussi être utiles.

Conseils d'utilisations :

Ne pas dépasser les quantités prescrites.

Appliquer les traitements uniquement sur la peau lésée et respecter les zones saines.

Bien se laver les mains après application des produits.

Ne pas arrêter brutalement les traitements.

En cas de doute consulter votre médecin.

Acné adolescent

Clinique

L'acné est une maladie inflammatoire chronique du follicule pilosébacé qui se développe le plus souvent à la puberté. Elle atteint 80 % des jeunes entre 12 et 20 ans (mais les formes de l'adulte sont de + en + fréquentes).

L'acné associe au niveau du visage et/ou du thorax :

- une séborrhée
- des lésions rétentionnelles : comédons fermés (microkystes) et/ou ouverts
- des lésions inflammatoires superficielles (papules et/ou pustules) et/ou profondes (nodules)
- des cicatrices

Les formes sont différentes en fonction du type prédominant des lésions (acné rétentionnelle, acné inflammatoire, acné mixte). Il existe des formes graves, mais elles sont rares (acné nodulaire ou conglobata, acné fulminante).

Stratégie thérapeutique :

Dans tous les cas, soins d'hygiène, émoullients pour corriger la sécheresse cutanée induite par les TTT anti-acnéiques :

- Acnés rétentionnelles:
rétinoïdes topiques (1 application le soir)

- Acnés inflammatoires :

- **minimes** : Peroxyde de benzoyle seul ou associé à des AB locaux ou à un rétinoïde topique

- **modérées à sévères**: cyclines en 1^{ère} intention (doxycycline 100 mg/j, lymécycline 300 mg/j). Si CI, macrolides (érythromycine 1g/j) ou gluconate de zinc + TTT locaux (peroxyde de benzoyle ou rétinoïdes)

Pas d'association Antibiotiques locaux et systémiques. Chez la femme, TTT hormonal si nécessaire

En cas de résistance et de risque de cicatrices définitives, isotrétinoïne (dose cumulée de 120 à 150 mg/kg par cure)

Mais risque tératogène +++ chez la femme

Suivre les règles de prescription du programme de prévention de la grossesse

- **nodulaires** : en cas de résistance aux ATB oraux+TTT locaux, isotrétinoïne (dose cumulée de 120 à 150 mg/kg par cure)

Risque tératogène +++ chez la femme

Suivre les règles de prescription du programme de prévention de la grossesse

Traitement

Durée de traitement est de 3 mois minimum

Traitement d'hygiène :

- Toilette biquotidienne avec gel ou pain dermatologique sans savon
- Application de crème hydratante spéciale acné
- Protection solaire adaptée

Traitement Locaux :

On distingue 4 classes de médicaments :

- Antibiotiques locaux sur une courte durée:
 - Erythromycine en gel
 - Clindamycine en gel
- Peroxyde de Benzoyle de 2,5 à 10%
- Rétinoïde Topique
- Acide Azélaïque

Parfois, les molécules sont combinées :

- Rétinoïdes + Antibiotique topique
- Peroxyde de Benzoyle+ Antibiotiques topiques
- Peroxyde de Benzoyle +Adapalène

Traitement Systémique :

- Antibiotiques
- Cyclines de 1G et 2G :
 - Lymécycline 300mg/j pdt 10 à 15 j puis 150mg/j
 - Doxycycline 100mg/j pdt 15j puis 50mg/j
- Macrolides en cas de CI (grossesse)
- Isotrétinoïne induit une atrophie de la glande sébacée. Utilisé en 2nd intention y compris dans les acnés graves après un traitement par cycline et topiques
- Gluconate de Zinc
- Traitement hormonal



Dermatite séborrhéique

Clinique

Chez l'adulte

Dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussées.

Atteinte isolée ou associée :

- **Du visage**

Plaques érythémateuses recouvertes de petites squames grasses dans les zones séborrhéiques : lisière du cuir chevelu, sourcils, glabella, sillons nasolabiaux.

- **Du cuir chevelu**

Squames non adhérentes +/- prurigineuses (état pelliculaires ou pityriasis capitis). Formes sévères avec squames plus épaisses, avec aspect en casque.

- **Du tronc**

Plaques érythémateuses, annulaires à bordures squameuses en région pré-sternale.

Formes sévères et étendues chez certains patients (alcoolisme chronique, maladie de Parkinson, infection par le VIH)

Chez le nouveau né et le nourrisson

Entre 2 semaines et 3 mois, croûtes jaunes du cuir chevelu (« croûtes de lait ») et du visage. Atteinte possible des plis, du siège.

Traitement

Information du patient sur l'évolution chronique de la dermatose avec alternance de poussées et de rémissions nécessitant un traitement d'entretien.

- Atteinte du visage et/ou du tronc :
 - hygiène du visage avec base lavante douce
 - dans les formes inflammatoires, dermocorticoïde (DC) d'activité modérée sur une courte période puis relais avec antifongiques imidazolés ou gluconate de lithium pendant 4 à 6 semaines.
 - dans les formes habituelles, antifongiques ou gluconate de lithium pendant 4 à 6 semaines.

TTT d'entretien : soins d'hygiène adaptés et antifongiques de façon séquentielle.

- Atteinte du cuir chevelu :
 - Shampoings à la pyrithione de zinc, au sulfure de sélénium, au kétoconazole, à la piroctone olamine.
 - Applications de lotion avec kératolytique + DC si squames épaisses

Chez le nouveau-né et le nourrisson : antifongiques locaux imidazolés.



Urticaire

Clinique

Il s'agit d'une dermatose érythémateuse +/- papuleuse, prurigineuse, fugace et migratrice due à un œdème dermique.

Lorsque l'œdème est plus profond on parle d'hypodermique. On y retrouve une tuméfaction ferme, mal limitée, donnant une sensation de tension au niveau de la peau et/ou des muqueuses (œdème de Quincke ou angio-œdème).

Il y a un risque vital en cas d'atteinte oro-pharyngée.

Formes évolutives :

- **Urticaire Aigue** : 1 épisode durant quelques heures à quelques jours (fréquence+++ , causes alimentaires, médicamenteuses, infectieuses, piqûres d'hyménoptères..., pas de bilan systématique).

- **Urticaire Chronique** : crises pendant plus de 6 semaines dues à des causes physiques (frottements, effort, froid, soleil...), des facteurs contact (latex...), rarement des aliments, des médicaments, des infections, une maladie générale.

Dans la plupart des cas, aucune cause n'est identifiée.

Thérapeutique

Dans tous les cas, éviction des facteurs déclenchant ou aggravant.

- Anti histaminique anti H1 de préférence de 2^{ème} génération pendant 1 semaine dans l'U.aigue, plusieurs mois dans l'U.chronique

Dans l'U.chronique, en cas d'échec, changer de molécules, ou les associer ou augmenter la posologie.

Si résistance, TTT alternatifs (anti-leucotriènes, ciclosporine,...), tous hors AMM.

Pas de corticothérapie générale dans l'U.Chronique

En cas d'œdème de Quincke , en fonction de la gravité et des signes associées, adrénaline, corticoïdes, anti H1 + mesures d'urgence si nécessaire.



Toxidermie : Exanthème Maculo Papuleux :

Clinique

Toxidermie la plus fréquente survenant 4 à 14 jours après le début du traitement responsable.

Eruption polymorphe faite de macules, de papules érythémateuses, de lésions purpuriques, de placards érythémateux, s'accompagnant de prurit. **Pas d'atteinte muqueuse.**

Début au niveau du tronc, de la racine des membres puis diffusion sur le corps. Disparition en moins d'1 semaine après l'arrêt du médicament en cause.

Rechercher des signes de gravité (œdème du visage, fièvre élevée, érosions muqueuses, signe de Nikolsky, adénopathies). Si présents, hospitalisation.

Principaux médicaments inducteurs : aminopénicillines, bêta-lactamines, sulfamides, anticomitiaux

Traitement :

Eviction du médicament allergisant. + traitement par anti Histaminique de deuxième génération. +/- dermocorticoïde si prurigineux.



Aphte/aphtose

Clinique

Il s'agit d'une ulcération douloureuse, unique ou multiple, ronde à bords nets, à fond jaune bordé d'un liseré rouge, le plus souvent au niveau buccal, plus rarement génital, guérissant habituellement en 8 à 10 jours mais pouvant récidiver.

La taille varie de quelques mm à plus de 1 cm.

En cas d'aphtose bipolaire, chercher des signes systémiques en faveur d'une maladie de Behcet (rare). Il existe des ulcérations aphtoïdes induites par certains médicaments (béta-bloquants, nicorandil, méthotrexate, AINS...).

Traitement

TTT symptomatique à visée antalgique (aucun TTT n'a fait la preuve de son efficacité sur l'évolution des aphtes).

Eviction des facteurs favorisants (aliments: noix, ananas, fromage, etc...)

- Anesthésiques locaux (xylocaïne visqueuse[®], /Dynexan 2%[®])
- Bains de Bouche (acide acétylsalicylique, chlorhexidine, sucralfate, gel de polysilane[®])

- Corticoïdes :

- Applications locales de crème (+orabase)
- En glossettes
- En bains de bouche

En cas de poussée très importante, corticothérapie générale pendant quelques jours.

En cas d'aphtes récidivants, colchicine, thalidomide (risque tératogène chez l'homme et la femme)
Préventif par Dermato : (Thalidomide/Sucralfate/ Colchicine)



Herpès

Clinique

Du à HSV1

- **primo-infection**

- le plus souvent asymptomatique,
- gingivo-stomatite herpétique aigue,
- autres formes (kérato-conjonctivite unilatérale aigue, forme grave chez l'immunodéprimé).

- **herpès récurrent**

Il y a de nombreux facteurs déclenchants (fièvre, UV, cycles menstruels, stress...).

Il commence par une sensation de picotement, de brûlure puis une plaque érythémateuse et les vésicules en «bouquet» font leur apparition, enfin il s'en suit une érosion des vésicules puis des croûtes se forment. Guérison spontanée en 1 à 2 semaines.

Localisation labiale+++ mais aussi nasale ou autre; formes ulcérées, nécrotiques d'évolution prolongée chez l'immunodéprimé.

Confirmation du diagnostic par sérologie (primo-infection) et/ou examen direct (culture : méthode de référence).

Traitement

Primo infection :

- Aciclovir 200mgX 5 par jour ou en IV (5mg/kg/8h) pendant 5 à 10 jours.

Herpès récurrent :

- pas de TT antiviral local ou systémique de la poussée
- en cas de poussées > 6 /an, aciclovir 400 mg X2 /j ou valaciclovir 500 mg/j avec une évaluation à 6-12 mois



Varicelle

Clinique

Primo-infection par le virus VZV.

Après 14 jours d'incubation en moyenne, éruption prurigineuse faite de macules érythémateuses surmontées d'une vésicule en « goutte de rosée ». Le liquide se trouble le lendemain, la vésicule s'ombilique puis en 3 jours se dessèche, formant une croûte qui tombe en 1 semaine, pouvant laisser une macule hypopigmentée transitoire ou une cicatrice atrophique.

Evolution par poussées avec des éléments d'âge différent sur le cuir chevelu, le tronc, les membres puis le visage, les muqueuses buccale et génitale. Le plus souvent, évolution spontanément favorable en 10 à 15 jours.

Formes compliquées ou graves (surinfection bactérienne, atteinte pulmonaire, neurologique) possibles chez l'enfant mais surtout chez l'adulte, en particulier la femme enceinte et les immunodéprimés.

Traitement

Traitement symptomatique :

- Douche tiède quotidienne avec pain ou gel sans savon
- Badigeons de chlorhexidine en solution aqueuse
- Eviter crème, gel, talc...
- Ongles courts et propres

En cas de fièvre, paracétamol (pas d'aspirine ni d'AINS).

En cas de prurit, anti-H1 de 1^{ère} génération.

En cas de surinfection (staphylocoque doré, streptocoque), antibiothérapie adaptée par voie orale.

Dans les formes graves ou compliquées (nouveau-né, immunodéprimés, pneumopathie...) aciclovir en IV.

Vaccination selon les recommandations du CSHP de France



HPV (verru)

Clinique

Différents types de verrue :

- Verrues vulgaires : surtout sur le dos des mains et les doigts, parfois sur les paumes, beaucoup plus rarement visage, cuir chevelu.

Elevures de quelques mm, à surface kératosique, en nombre variable, de 1 ou 2 à plusieurs dizaines.

- Verrues planes : petites papules à surface lisse de couleur jaune, brune ou chamois sur le visage, le dos des mains, les membres, parfois en lignes ou en nappes confluentes.
- Verrues Plantaires :
 - Myrmécies : verrues profondes, douloureuses à surface kératosique piquetée de points noirs
 - V. en mosaïque groupées en placards kératosiques, indolores.

Fréquence de 6 à 10 % de la population générale, surtout chez l'enfant.

Formes étendues chez les immunodéprimés (transplantés, infection par le VIH)

Traitement

Pas de TTT spécifique des infections à HPV
Récidive possible après TTT.

Régression spontanée possible DONC PAS « D'ACHARNEMENT » thérapeutique.

En fonction, du nombre, de la topographie des verrues, de l'âge du patient :

- destruction par kératolytiques (préparation à base d'acide salicylique +/- acide lactique appliquée avec protection de la peau saine périphérique).
- cryothérapie par azote Liquide après décapage au bistouri de l'hyperkératose
- laser CO2 avec anesthésie locale.



Pityriasis rosé de Gibert

Clinique

Eruption probablement d'origine virale touchant préférentiellement l'enfant et l'adulte jeune, parfois précédée de prodromes tels un fébricule, des céphalées, des arthralgies.

La plaque initiale sur le tronc, est arrondie ou ovale, érythémateuse, finement squameuse, d'extension centrifuge.

5 à 15 jours après, il y a des éruptions secondaires en poussées successives faites de médaillons de 1 à 2 cm, identiques à la 1^{ère} lésion et de petits éléments de quelques mm de diamètre.

Topographie caractéristique :
tronc, partie proximale des membres, cou.
Prurit variable, absent, modéré ou intense

Thérapeutique

Expliquer la bénignité de l'éruption et la régression spontanée en 3 à 6 semaines.

Pas de traitement spécifique.

En cas de prurit important DC +/- anti-H1.



Erysipèle

Clinique

Dermo-hypodermite aigue due au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, plus rarement B, C ou G, localisée dans 80 % des cas au niveau de la jambe. Tableau de grosse jambe rouge aigue fébrile.

Cela est favorisée par des facteurs locaux (ulcère de jambe, intertrigo inter digital) et /ou généraux (obésité) sur un terrain d'insuffisance veineuse et/ou lymphatique.

Complications locales (abcès), systémiques, très rares. Récidives dans 20% des cas.

Autres formes selon

- la topographie (visage, membre supérieur)
- la gravité (dermo-hypodermite nécrosante = urgence médico-chirurgicale)

Critères d'hospitalisation :

- Gravité du tableau général (fièvre élevée, AEG)
- Signes locaux (bulles, purpura, nécrose limitée)
- Comorbidité (diabète, alcoolisme, obésité)
- Contexte social rendant le TTT et le suivi difficile
- Echec du TTT ambulatoire dans les 72 premières heures de traitement.

Traitement

Antibiothérapie antistreptococcique par bêta-lactamines :

- Hospitalisation : péni G IV (10-20 MU/j jusqu'à l'apyrexie puis TTT per os (amoxicilline 3 à 4.5g/j ou péni V 3 à 6 MU/j en 3 prises) jusqu'à disparition des signes locaux.

Durée totale de 10 à 20 jours

- Ambulatoire : amoxicilline 3 à 4,5 g en 3 prises/j pendant 15 jours.

Si Allergie à la péni: pristinamycine(1gx3/j) ; clindamycine (300 à 600mg x3/j)

Mesures associées :

- TTT de la douleur
- TTT de la porte d'entrée
- TTT anticoagulant préventif seulement en cas de facteurs de risque de maladie thromboembolique

Contre Indication des AINS et corticoïdes

Si plusieurs récurrences : benzathine-pénicilline 2,4 M IM toutes les 2-3 semaines ou péni V 2 à 4 MU/j

Mesures préventives (hygiène cutanée, TTT des facteurs favorisants)



Impétigo

Clinique

Infection cutanée à streptocoque bêta hémolytique du groupe A et/ou staphylocoque doré. Très contagieux, avec une évolution par épidémies, surtout chez l'enfant, plus rarement chez l'adulte où il complique une dermatose sous jacente (impétiginisation).

Lésions vésiculo-bulleuses superficielles devenant troubles (pustules), d'abord dans les régions péri-orificielles puis sur le visage et le corps. Evolution vers des érosions puis des croûtes jaunâtres, « mélicériques ».

Autres formes :

- impétigo bulleux, staphylococcique, chez le NN et le nourrisson.
- ecthyma , sur les MI, chez les immunodéprimés.

Thérapeutique

TTT local

- Mesures d'hygiène (lavage biquotidien des lésions avec eau et savon, ongles coupés courts)
- Applications biquotidiennes d'antiseptiques (chlorhexidine, povidone iodée, hexamidine) et/ou antibiotiques locaux (acide fucidique, mupirocine en 2^{ème} intention) pendant 8 à 10 jours.

TTT systémique

Antibiotiques (pénicilline M ou amoxicilline+acide clavulinique ou pristinamycine) pendant environ 10 jours.

Stratégie

Dans les formes peu étendues : TTT local

Dans les formes étendues ou sur des territoires différents ou terrain particulier : TTT local + TTT systémique

***Mesures associées**

- Examen de l'entourage et traitement si nécessaire
- contrôle de la BU 3 semaines après l'épisode infectieux



Pityriasis versicolor

Clinique

Epidermomycose due à *Malassezia furfur* .

Petites lésions maculeuses, très bien limitées, peu ou pas prurigineuses, prédominant sur le thorax, parfois plus extensives (cou, racine des membres), jaune chamois ou brunâtres.

Le grattage à la curette détache des squames très fines.

Il peut être achromique d'emblée ou bien séquellaire, après exposition solaire.

Thérapeutique

Il s'agit d'un traitement local antifongique :

- Crème 2 applications/jour pendant 1 à 4 semaines.

- Traitement monodose :
 - Kétoconazole gel monodose : laisser en place 5 minutes puis rincer renouveler 15 jours après.;

En cas de récurrences fréquentes, TTT préventif annuel avant les expositions solaires.



Candidose cutanéomuqueuse INTERTRIGO

Clinique

Lésions érythémateuses recouvertes d'un enduit crémeux malodorant limitée par une bordure pustuleuse ou une collerette desquamative. Il y a fréquemment une fissure au fond du pli, favorisée par des facteurs généraux (obésité, diabète) et/ou locaux (macération, occlusion, manque d'hygiène).

Au niveau :

- des grands plis: génito-cruraux, inter- et sous-fessiers, axillaires, sous-mammaires, sous-abdominaux
- des petits plis : espaces interdigitaux des mains et des pieds, commissure labiale.

Il y a souvent plusieurs localisations associées.
Evolution souvent chronique et récidivante

Thérapeutique

- Prise en charge des facteurs favorisants
- Topiques antifongiques 1 ou 2 applications/ jour en fonction des molécules pendant 2 à 4 semaines (imidazolés +++, polyènes, pyridones, allylamines).
- TTT local des foyers réservoirs (muqueuse buccale, digestive, vaginale).

Stratégie :

Candidose des plis et folliculites: Traitement topique pendant 4 semaines.

Candidose unguéales : éviction de l'eau, des détergents, du citron, traitement topique plusieurs fois par jour

Candidose oropharyngée : Suspension buvable plusieurs fois par jour entre les repas pendant 10 à 15 jours dans les formes aiguës et 3 semaines dans les formes chroniques.

Candidoses Génitales : Ovule. Un traitement local de la vulve est associé sous forme de lait, de solution ou de crème azolée. Si échec ou en cas de récurrences et dans les formes chroniques, traitement systémique par fluconazole 150mg en dose unique ou 100mg /j pendant 7 jours.



Onychomycose

Clinique

Au niveau des ongles des pieds, atteinte souvent associée à celle des espaces interdigitaux et/ou des plantes due le plus souvent à des dermatophytes (*T. rubrum* ++, *T. mentagrophytes*).

Au niveau des ongles des mains, association avec un périonyxis, le plus souvent due au *candida albicans*.

Il faut réaliser un prélèvement pour confirmer le diagnostic (éliminer psoriasis, atteinte traumatique) et préciser le type de champignon.

Thérapeutique

- TTT locaux : antifongiques (crème, lotion, vernis)
- TTT systémiques antifongiques, **uniquement après identification mycologique**

En fonction du nombre d'ongles atteints, du type d'atteinte (distale ou proximale) TTT local seul ou associé à un TTT systémique.

Durée prolongée :

- 4 à 6 mois pour les mains,
- 9 à 12 mois pour les pieds



Scabiose

Clinique

Elle est due à *Sarcoptes scabiei var humanis*.

Forme habituelle : prurit diffus à recrudescence nocturne, lésions cutanées de grattage, plus rarement lésions spécifiques, vésicules, sillons, nodules.

Localisations préférentielles : espaces interdigitaux des mains, face antérieure du poignet, ombilic, fesses, face interne des cuisses, mamelons chez la femme, organes génitaux chez l'homme, paumes, plantes et régions axillaires chez le nourrisson.

Autres formes :

-Gale hyperkératosique chez les sujets immunodéprimés. Atteinte diffuse, prurit souvent absent >> contagion +++

- forme surinfectée (**impétigo de l'adulte: chercher une gale**)

Traitement :

-Ivermectine : 200 microg/kg en 1 prise unique à répéter 15 jours après .

Traitement local par :

- benzoate de benzyle (Ascabiol®) : application après la douche sur l'ensemble du corps, laisser sécher, mettre des vêtements propres, ne pas laver pendant 24 heures, puis prendre une douche. Ensuite, émouillier pour corriger la sécheresse cutanée.

- Autres topiques possibles les pyréthriinoïdes.

-Désinfection des vêtements, literie, linge de maison avec anti-parasitaires ou lavage à haute température

-Traitement simultané des personnes ayant eu des contacts intimes avec le patient (famille, soignants..)



FICHE PATIENT :

LA GALE

Qu'est ce que c'est ?

La gale est une maladie due à la présence d'un insecte microscopique, un acarien appelé : « *sarcoptes scabiei hominis* ». L'organisme réagit contre cet insecte et ses déjections, ce qui provoque la plupart des symptômes. C'est une maladie très contagieuse transmise par contact direct.

Le principal symptôme est la démangeaison. Elle est diffuse et plus importante la nuit. Elle est responsable de lésions de grattage qu'on retrouve principalement sur les régions suivantes : les espaces entre les doigts, les poignets, les coudes, les fesses, les faces internes des cuisses, les organes génitaux chez l'homme, les seins chez les femmes.

Il est essentiel de traiter en même temps toutes les personnes ayant un contact proche avec le malade pour éviter les réinfestations.

Le Traitement :

Il faut traiter le patient, les sujets contacts, mais aussi l'environnement.

Le traitement des malades, pourra comporter des comprimés à prendre en une fois (mais pas chez l'enfant) et des traitements locaux à appliquer sur l'ensemble du corps.

Pour les lésions au niveau des mains, penser à réappliquer du produit après chaque lavage des mains.

Attention les démangeaisons peuvent persister jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement.

L'environnement du malade : vêtements, draps, serviettes, si possible en machine à 60° ou plus. Il est utile de traiter avec un insecticide les sièges dans lequel les personnes peuvent être en contact avec le parasite.

La literie et les vêtements traités ne doivent pas être utilisés dans les 12 heures suivant l'application.

Les mesures associées :

- Un arrêt de travail 48h après le traitement pour les adultes et une éviction scolaire pendant 3 jours après le traitement de la gale commune.
- Il faut informer les sujets contacts éventuels qu'ils doivent consulter leur médecin

Naevus pigmentaire acquis commun

Clinique

Tumeurs mélanocytaires bénignes très fréquentes commençant à apparaître vers l'âge de 4-5 ans dont la multiplication est fonction de l'exposition solaire et de facteurs personnels (naevus congénitaux dans moins de 1% des naissances).

Il y a 2 types cliniques de N. communs:

- N. pigmentaires (lésion < 10 mm, plane ou bombée, d'une teinte brune variable, topographie variable sur la peau et/ou les muqueuses).
- N. tubéreux (peu ou pas pigmenté, surtout sur le visage).

Les facteurs favorisant la présence d'un grand nombre de naevus sont l'exposition solaire et le phototype clair.

Le risque de transformation des N. communs en mélanome est possible mais très rare (**la plupart des Mélanomes apparaissent en peau saine**). Le risque est plus élevé pour les naevus congénitaux géants mais ils sont exceptionnels.

Ils deviennent des marqueurs de mélanome si leur nombre est élevé, la taille >5mm, et les lésions atypiques (couleur rosée ou brune, asymétrie des bords, couleur inhomogène, forme irrégulière), ainsi que les antécédents familiaux de mélanome.

Thérapeutique

Pas d'exérèse systématique préventive des N. communs :

- Information sur les risques solaires
 - Apprentissage de l'auto-surveillance
- surveillance médicale régulière chez les sujets à risque (photos, dermoscopie)

Les critères ABCDE :

- A asymétrie
- B bord irréguliers
- C couleur inhomogène
- D diamètre \geq 6mm
- E extension en surface

Exérèse de toute lésion pigmentée suspecte sous anesthésie locale au bistouri à lames avec analyse histologique systématique.



Kératose Séborrhéique

Clinique

Lésions bénignes très fréquentes à partir de 50 ans, siégeant sur le visage, la face antérieure du thorax, le dos, et l'abdomen.

Les lésions sont comme posées sur la peau, bien circonscrites, la couleur variant du jaune grisâtre au noir foncé. Leur surface est kératosique.

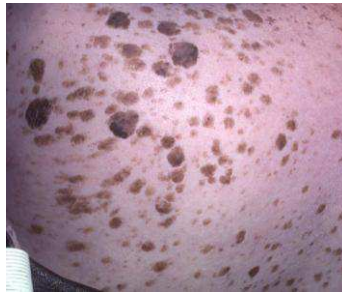
Le problème essentiel posé par les kératoses séborrhéiques est leur possible ressemblance avec des nævus pigmentaires ou des mélanomes.

Traitement

Réaliser une biopsie en cas de doute diagnostique.

En cas de préjudice esthétique, on peut utiliser

- Cryothérapie par azote liquide.
- Ablation à la curette
- Electrocoagulation superficielle



Mélanome

Clinique

Le mélanome est une tumeur agressive au potentiel métastatique important dont l'incidence est en augmentation dans tous les pays développés. L'information des patients est essentielle afin de modifier les comportements solaires « à risque ».

Facteurs de risques :

- Environnementaux : expositions solaires
- Génétiques : 10% de formes familiales
- Phototype clair
- Nombre élevé de nævus de grande taille.

Mais la plupart des mélanomes surviennent *de novo*. Le diagnostic est suspecté cliniquement (ABCDE) aidé par la dermoscopie, confirmé par l'histologie.

Classification anatomo-clinique :

-Mélanomes à extension horizontale

- * Mélanome superficiel extensif : 60 à 70%
- * Mélanome de Dubreuilh 5 à 10% (visage, sujets âgés)
- * Mélanome acral lentigineux 2% (fréquence ++ chez les sujets à peau noire (paumes, plantes, doigts, orteils),
- * Mélanome des muqueuses.

-Mélanome sans phase d'extension horizontale

- * Mélanome nodulaire d'emblée (10 à 20%)

Risques évolutifs (récidive, métastases, survenue d'un 2^{ème} mélanome). Le bilan d'extension et le rythme du suivi sont déterminés en fonction du stade de la tumeur.

Thérapeutique

- Exérèse chirurgicale avec des marges dépendant de l'épaisseur de la tumeur.

- TTT adjuvant par interféron dans certains cas :

- Si métastases ganglionnaires, curage
- Si métastases viscérales, chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie

Prévention :

Le dépistage des lésions suspectes constitue la base de la prévention.

- Primaire : information sur les risques des expositions solaires et réduction de ces expositions (vêtements, produits anti-solaires)
- Secondaire ou dépistage précoce chez tous les sujets mais tout particulièrement chez ceux à risque et à haut risque (dermoscopie, photos)
- Tertiaire : dépistage précoce des mélanomes : stand dans les lieux publics, Journée de dépistage annuelle.

Principe de dépistage : Diagnostic/Dépistage :

- A Asymétrie des contours
- B Bord Irrégulier
- C Couleur inhomogène
- D Diamètre >6mm
- E Evolution récente



Kératose Actinique

Clinique

Lésions érythémateuses ou pigmentées, squameuses ou kératosiques, souvent multiples, siégeant dans les zones photo-exposées (visage, dos des mains, cuir chevelu alopécique), donnant un aspect rugueux à la palpation, saignant facilement après grattage.

Il s'agit de lésions précancéreuses pouvant évoluer vers un Carcinome Epidermoïde (CE).

Il existe 3 modes d'évolution d'une kératose actinique non traitée :

- la disparition spontanée,
- la persistance,
- la progression vers un CE.

Thérapeutique

Cryothérapie par vaporisation d'azote liquide (TTT de 1^{ère} intention)

- Autres TTT possibles

- Electrocoagulation
- Laser O2
- Applications locales de 5-fluorouracile (Efudix®), diclofénac disodique (Solaraze®), imiquimod (Aldara®)
- Photothérapie dynamique

TTT préventif +++ : mesures de prévention solaire (stratégie d'évitement, protection vestimentaire, produits anti-solaires)



Carcinome Baso Cellulaire

Clinique

Papule arrondie, translucide (perlée), télangiectasique qui s'étend progressivement, siégeant dans les zones photo-exposées (visage+++).

Il existe 3 variétés cliniques :

- CBC nodulaire,
- CBC superficiel,
- CBC sclérodermique.

Ces formes peuvent s'ulcérer ou se pigmenter. Il n'y a pas de localisations muqueuses.

Facteurs prédisposants : expositions solaires (2/3 siègent dans les zones photos exposées) et phototype clair.

Facteurs de mauvais pronostic :

- localisation sur le nez et zones péri-orificielles,
- formes mal limitées (sclérodermiques),
- taille.

Risques évolutifs: récurrence, extension loco-régionale (pas de métastases)

Thérapeutique

Exérèse chirurgicale : TTT de 1^{ère} intention avec biopsie au préalable dans certains cas.

TTT alternatifs en cas de contre-indications à la chirurgie : radiothérapie, cryochirurgie, photothérapie dynamique ou imiquimod pour les CBC superficiels uniquement

TTT préventif : mesures de prévention solaire (stratégie d'évitement, protection vestimentaire, produits anti-solaires)

Surveillance clinique au moins 1 fois par an pendant 5 ans (idéalement à vie)



Carcinome Epidermoïde

Clinique

L'exposition solaire est le principal facteur causal des carcinomes épidermoïdes (CE) qui résultent souvent de la transformation de lésions pré-cancéreuses (kératoses actiniques).

Il y a 2 phases évolutives

- C intraépithélial ou Carcinome in situ ou maladie de Bowen (plaque érythémateuse et /ou pigmentée, squameuse ou croûteuse, bien limitée dans les zones photo-exposées),
- C épidermoïde primitif cutané invasif (lésion croûteuse, jaunâtre, ulcérée, indurée et/ou lésion bourgeonnante)

Tout CE est potentiellement agressif (extension locale, métastase, récurrence), particulièrement chez les immunodéprimés.

Contrairement au CBC une localisation au niveau des muqueuses est possible (rôle de certains HPV).

Thérapeutique

- Exérèse chirurgicale en 1^{ère} intention avec biopsie préalable dans certains cas,
- En cas de contre-indications à la chirurgie :
 - * radiothérapie
 - * chimiothérapie avant la chirurgie ou si tumeur inopérable
 - * Pour la maladie de Bowen, photothérapie dynamique possible.

TTT préventif : mesures de prévention solaire (stratégie d'évitement, protection vestimentaire, produits anti-solaires)

Surveillance clinique au moins 1 fois par an pendant 5 ans (idéalement à vie)



Les

TRAITEMENTS

DERMOCORTICOÏDES :

Activité anti Inflammatoire	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Galéniques	Remboursement
Très Forte Classe IV	Clobétasol propionate	Dermoval	Crème, gel capillaire	65%
		Clobex	shampoing	
Forte Classe III	Bétaméthasone dipropionate	Diprolène	Crème pommade	65%
		Diprosone	Crème pommade, lotion	65%
	Bétaméthasone valérate	Betnéval	Crème pommade	65%
		Betnéval Lotion	Emulsion	
		Célestodem	Crème	NR
	Bétésil 2.25mg	Emplâtre médicamenteux		
	Acéponate d'hydrocortisone	Efficort	Crème hydrophile, crème lipophile	
	Difluprednate	Epitopic 0.05%	Crème gel	65%
	Fluticasone	Flixovate	Crème, pommade	
	Désonide	Locatop	Crème	65%
	Hydrocortisone butyrate	Locoïd	Crème épaisse, crème, émulsion fluide, lotion, pommade	65%
Diflucortolone valérate	Nérisone Nérisone Gras	Crème, pommade, pommade	65%	
Amcinonide	Penticort0.1%	Crème	65%	
Modérée Classe II	Béthamétasone valérate	Célestoderm relais	Crème	NR
	Difluprednate	Epitopic 0.02%	Crème	65%
	Désonide	Locapred	crème	65%
		Tridésonit	Crème	65%
	Fluocinolone acétonide	Synalar 0.01% Synalar 0.025% Synalar gras 0.025%	Solution Crème Pommade	65%
Flucortolone base+caproate	Ultralan	Pommade	65%	
Faible Classe I	Hydrocortisone	Aphilan démangeaison	Crème	
		Biacort	Crème	
		Hydracort crème	Crème	NR
		Dermaspraid démangeaison	Crème Solution	
		Mitocortyl	Crème	
		Hydrocortisone kérapharm	Crème	NR
		Calmicort 0.5%	crème	
		Cortapaisyl 0.5%	Crème	NR
Dermofenac démangeaison 0.5%	Crème			

ANTIFONGIQUES :

Molécule	Nom Commerciaux	Galéniques	Indication
Azolé			
Miconazole	Loramyc	Gel, lotion, poudre, gel buccal, ovules	PV, levures, dermatophytes, érythrasma
	Daktarin		
Éconazole	Pevaryl	Crème, poudre, émulsion fluide, solution, lotion moussante, ovules	PV, levures, dermatophytes, érythrasma, moisissures
	Demazol		
Isoconazole	Fazol	Crème, poudre, émulsion fluide, ovules	PV, levures, dermatophytes, Gram positif
Tioconazole	Trosyl	Crème	PV, levures, dermatophytes, érythrasma
Sulconazole	Myk	Crème, poudre, solution	PV, levures, dermatophytes, érythrasma
Butoconazole	Gynomyk	Ovules	Levures
Bifonazole	Amycor	Crème, poudre, solution, préparation à l'urée à 4 %	PV, levures, dermatophytes, érythrasma, Gram positif
	Onychoset		
Kétoconazole	Kétoderm	Crème, gel moussant	PV, levures, dermatophytes
Omoconazole	Fongamil	Crème, poudre, solution	PV, levures, dermatophytes
	Fongarex		
Oxiconazole	Fonx	Crème, poudre, solution	PV, levures, dermatophytes
Fenticonazole	Lomexin	Crème, ovules	PV, levures, dermatophytes
Sertaconazole	Monazole	Crème, ovules	Levures, dermatophytes
Polyènes			
Nystatine	Mycostatine	Suspension buvable, comprimés vaginaux	Levures
Amphotéricine B	Fungizone	Lotion dermique 3 %	Levures, moisissures
Autres Classes			
Ciclopiroxolamine	Mycoster 1%	Crème, solution	PV, levures, dermatophytes, Gram positif, Gram négatif
	Mycoster 8%	Solution filmogène à 8 %	
	Sebiprox	Shampoing	
Terbinafine	Lamisil	Crème, solution, gel	PV, levures, dermatophytes
Amorolfine	Locéryl	Solution filmogène	Levures, dermatophytes
Acide undécylénique	Mycodécyl	Crème, poudre, solution	Dermatophytes
Tolnaftate	Sporiline	Lotions, crème	PV, dermatophytes, <i>Aspergillus niger</i>

ANTI HISTAMINIQUES :

Noms	Présentation	Posologie Adulte	Posologie Enfant
Anti histaminiques classiques			
Polaramine	2mg, 6mg, sirop 0.01% IV 5mg	12mg/j	>6 ans 1/2cp 2 à 3/j
Atarax	25mg, 100mg sirop 2mg/ml lv 50mg/ml	50à 10mg/j 30 à 120mg/j 1 à 3 amp/jour	1mg/kg/jour
Primalan	10mg Sirop 0.5ml	1cp/j	0.25mg/kg/j
Anti histaminiques récents			
Zyrtec, Virlix	10mg Sirop 10mg/ml	1cp/j	>6 ans: 10mg/j >2ans : 5mg/j
Telfast 180	180mg	1cp/j	>12 ans : 1cp/j
Kestin	10mg	1cp/j	>12 ans : 1cp/j
Clarityne	Cp 10mg Sirop 1mg/ml	1cp/j	>12 ans : 1cp/j 2ans :>30kg 10mg/j <30kg : 5mg/j
Mizollen	10mg	1cp/j	>12 ans : 1cp/j
Aerius	5mg	1cp/j	>12 ans : 1cp/j

ANNEXE X- Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

ANNEXE XI- Résumé

Etat des lieux des connaissances des Internes de Médecine Générale et concordance diagnostique dans la Prise En Charge de la pathologie dermatologique en soins santé primaires.

L'activité de dermatologie en médecine générale s'est intensifiée et le généraliste a désormais un rôle clef dans sa Prise En Charge(PEC).

Objectif : L'objectif de notre étude était de déterminer si les IMG en fin de cursus savaient reconnaître, traiter et dépister les pathologies cutanées les plus fréquentes et/ou graves.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle, multicentrique sur la région Aquitaine via un questionnaire standardisé et anonyme. Il a été présenté, aux IMG en troisième année lors du dernier cours de DES. Les IMG devaient répondre aux 21 cas-cliniques qui leur étaient présentés.

Résultats : Nous avons recruté 73 % des TCEM3, avec un taux de participation à 94 %. Les résultats sont : 74 % de diagnostic juste, avec une PEC adaptée dans 59 % des cas, une certitude diagnostique de 56 % et une orientation vers un spécialiste de 24 %. Les 5 pathologies les mieux diagnostiquées étaient : l'érysipèle, l'herpès, l'acné, le pied d'athlète, et la varicelle. Tandis que les 5 pathologies les mieux prises en charge étaient: la varicelle, le pied d'athlète, le mélanome, la gale, et la candidose des grands plis.

Conclusion : Les IMG possèdent des compétences satisfaisantes pour la gestion des pathologies cutanées, bien que leur PEC puisse être améliorée par la réalisation d'un SASPAS ou d'un stage d'Internat en dermatologie, un intérêt pour la matière accrue, et/ou la présence d'un outil de référence en dermatologie disponible au cabinet.

Mots-clés : IMG, Dermatologie, Formation, diagnostic, prise en charge, compétences, pathologie cutanées, médecine générale.

Evaluation skills of general practice interns and diagnostic agreement in the management of skin disorders in primary health care

Since few years, the dermatological activity in general practice grown and the GP got a central function in their management.

Objective: The main goal of our study is to define if the Interns of GP are able at the end of their interne ship to recognize, treat and screen the most frequent and/or serious skins diseases.

Method: We've realized an observational and multicenter study in the region of Aquitaine by an anonymous and standardized questionnaire. It been presented to all interns in GP in third years of study. They had to answer to a slideshow including 21 clinical cases.

Results : We recruited 73 % of the third years with a turnout of 94 %. The results obtained to the slideshow were: 74 % of accurate diagnosis, 59% of correct supported, 56 % of certitude and 24 % referral to a specialist. The percentage of people whom not given an answer is low: 7 % for diagnosis and 13 % for the support. The 5 diseases best diagnosed are: the erysipelas, the herpes, the acne, the small pleats candidiasis, and the chickenpox. The 5 diseases best supported are: the chickenpox, the small pleats candidiasis, the melanoma, the scabies and the big pleats candidiasis.

Conclusion: The interns have good abilities in the management of cutaneous diseases, even if the support can be easily improve by making a traineeship in dermatology or a SASPAS, by exacerbate the interest into cutaneous diseases and having a dermatological tool at the doctor's office.

Key words : General Practice Intern, General Practice, Dermatolgy, Cutaneous diseases, Training, Diagnosis, Support, Knowledge.