

Prise en charge des dermatoses aiguës en médecine générale: état des lieux des connaissances et besoins des médecins généralistes en matière d'aide à la prise en charge

Vincent Saury

▶ **To cite this version:**

Vincent Saury. Prise en charge des dermatoses aiguës en médecine générale: état des lieux des connaissances et besoins des médecins généralistes en matière d'aide à la prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01285019

HAL Id: dumas-01285019

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01285019

Submitted on 22 Apr 2016

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 de NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS
Année universitaire 2014-2015

Prise en charge des dermatoses aigues en médecine générale : état des lieux des connaissances et besoins des médecins généralistes en matière d'aide à la prise en charge.

Thèse
Présentée et publiquement soutenue le 22 septembre 2015

Vincent SAURY
Né le 8 Avril 1982

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT
Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Philippe LACOUR
Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON
Monsieur le Docteur Fabrice LOUIS
Membre exceptionnel : Monsieur le Professeur Jean-Claude ROUJEAU

Directrice de Thèse : Madame le Docteur Diana MURR

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine
M.C.U. Honoraires	M. ARNOLD Jacques M. BASTERIS Bernard Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie Mme DONZEAU Michèle M. EMILIOZZI Roméo M. FRANKEN Philippe M. GASTAUD Marcel M.GIRARD-PIPAU Fernand M. GIUDICELLI Jean M. MAGNÉ Jacques Mme MEMRAN Nadine M. MENGUAL Raymond M. POIRÉE Jean-Claude Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Levraut, merci d'avoir bien voulu présider mon jury de thèse et ainsi, juger mon travail. Vous savez tout le respect que j'ai pour vous et une gratitude énorme pour m'avoir permis d'exercer ma passion : la médecine d'urgence.

Au Professeur Sautron, voyez dans ce modeste travail une conclusion et non une fin. J'espère vous prouver tout au long de ma carrière, par mon travail et les soins que je prodigue à mes patients, la qualité de ma formation et les efforts que j'ai décuplés pour me former. J'aimerais que vous gardiez de moi l'image d'un interne combatif et motivé, qui met du cœur à l'ouvrage pour sa formation.

Au Professeur Lacour, vous me faites un immense honneur de juger mon modeste travail, celui-ci est la première pierre à un édifice que nous souhaitons ériger avec le Dr Murr, pour permettre une meilleure prise en charge de la dermatologie en soins primaires.

Au Docteur Louis, merci d'avoir accepté de ne pas être dans le public mais de juger mon travail. Il ne pouvait pas en être autrement, compte tenu de l'énergie que vous avez déployée à me soutenir dans mon projet. J'espère vous prouver que vous n'avez pas fait le mauvais choix !

Au Professeur Roujeau, merci pour vos conseils dès le début de mon travail et votre expertise tout au long de la réalisation de celui-ci. Votre gentillesse et votre disponibilité m'ont permis de ne pas me perdre, notamment dans l'interprétation des résultats.

Au Dr Murr, merci de votre disponibilité, de vos idées, de votre soutien, de votre motivation. Vous m'avez permis non seulement de débuter mon dernier travail d'interne mais vous m'avez surtout énormément facilité ma tâche. Merci pour votre réactivité et votre soutien.

A Sylvie, merci pour votre aide inestimable et votre disponibilité, je n'oublie pas, au moment ou je soutiens ma thèse, que vous avez largement participé à sa gestation.

A mon fils Baptiste. Tu es arrivé à la fin de mes études, au moment ou mes efforts allaient enfin être récompensés. Je t'offre mon amour, mon soutien, tu es ma fierté et ma priorité dans la vie. Ce modeste travail n'est pas représentatif des efforts que maman et moi avons enduré toutes ces années, des sacrifices que j'ai pu concéder depuis le début, néanmoins ceci est un symbole, qu'il représente pour toi un modèle, qu'il te pousse a réaliser tes rêves professionnels le jour ou tu en auras.
N'oublie jamais que si passionnante soit ta destinée professionnelle, elle ne remplacera jamais ta famille et l'amour que tu portes aux autres et que te manifestent ceux qui t'aiment.
Ne te perds jamais dans aucune passion mais travaille dur pour réaliser tes rêves, ton papa sera la pour t'y aider, il est d'ores et déjà excessivement fier de toi.

A mes parents. Il était certes difficile de croire en l'adolescent que j'étais mais qui avait un rêve. J'espère vous avoir convaincu et honoré par ma réussite, d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenu, par le passé comme dans le présent. Merci de votre présence à mes cotés.

A mes sœurs Astrid et Candice et mes beaux-frères. Vous avez été la dans les moments heureux comme dans les plus difficiles de ma vie. J'espère un jour vous rendre la pareille et pouvoir vous soutenir comme vous m'avez soutenu dans toutes les sphères de votre vie.

A Thiemo et Jérôme. Voilà de nombreuses années que nous nous connaissons, que nous nous aimons comme des frères. Votre place comme témoins à mes cotés le jour de mon mariage était une évidence, votre soutien dans mon divorce tout autant. Je fais de vous aujourd'hui les témoins de ce travail qui vient conclure ma vie d'étudiant et j'en profite pour vous souhaiter une vie familiale et professionnelle heureuse et épanouie.

A mon ami Christophe, nous avons attaqué ce périple ensemble et avons mené nos projets à bout. J'espère réussir ma vie professionnelle comme toi tu es entrain de réussir la tienne et te rendre un jour le soutien que tu m'as apporté.

A mon amie Catherine, « Miss Kanokad ». Tu as été la dans les bons moments de ma vie professionnelle et tu m'as soutenu dans les pires moments de ma vie. Pour tout cela, merci.

A mon ami Vincent. Tu es plus qu'un ami pour moi mais ça nous le savons tous les deux! Ce travail est là pour témoigner de nos longues heures à étudier. Il commémore pour moi ces nuits blanches, ces week-ends, ce stress et notre volonté de réussir et de laisser notre empreinte dans l'histoire médicale. Ce n'est pas le prix Nobel, juste ma modeste thèse d'exercice qui fait de moi ce pourquoi nous nous sommes battus : devenir Docteur en Médecine.

A mon ami Zoubir, partenaire de chambrée lors de nos déplacements pour nos cours de DESC, ami et confrère, tu as été une véritable émulation dans notre formation. Nous nous sommes formés avec passion et ambition mais avons su aussi nous distraire au travers de nos efforts.

A mes co-internes et aujourd'hui Confrères et Consoeurs, outre les moments de plaisanteries et de décompression, nous avons su travailler et nous former pour faire en sorte d'être à la hauteur des attentes de nos Maîtres.

A mes potes Math et Flo, Audrey, Pauline, Cyril, Jeanne…, capables de passer du plus gros délire au professionnalisme le plus respectable. Vous avez contribué avec toute l'équipe à la prévention primaire de mon Burn Out !

A Sophie, par son soutient et sa bonne humeur, qui a toujours su me faire voir dans les phases les plus noires de mon travail, le bon coté des choses et me faire émerger lorsque je me noyais… Merci de ton soutien et de ta patience.

A mes amis Daniel, Philippe, Alain, Michel, Xavier, Jean-Pierre, Loïc et tous les autres qui se reconnaitront, car il y en a trop pour tous les nommer et pourtant on n'en a jamais assez ! Sachez qu'au moment de prêter serment je penserai à vous et à la joie que j'ai à vous retrouver, malheureusement pas assez souvent ! Ce travail symbolise mes efforts durant ces dix dernières années au cours desquelles j'ai appris qu'il pouvait être une fin mais aussi un moyen, le tout est de trouver son chemin.

A Monsieur le Doyen, le Professeur Patrick Baqué, vous avez réussi votre mission en cultivant la flamme de la passion avec moi, je me rappellerai toujours de vos enseignements ainsi que des longues heures passées au laboratoire et aux Urgences avec vous, j'espère faire votre fierté.

Au Dr Laurent Heckaiem, mon premier Maître de Médecine d'Urgence. Merci pour ces longues gardes a m'enseigner le sens de la Médecine d'Urgence, vous avez vous aussi instillé la passion en moi.

Au Dr Olivier Perus, merci pour ces heures passées au bloc où je fus ton Padawan, c'est en partie grâce à toi, aujourd'hui, si je n'ai plus d'hésitation lors de mes intubations.

Au Dr Louis et au Dr Polchi, depuis le début vous m'avez soutenu avec vigueur pour que je puisse intégrer le DESC de Médecine d'Urgence, c'est l'occasion pour moi de vous remercier publiquement. Vous connaissez ma passion pour mon métier. Sachez que je ferai tout pour ne pas décevoir votre soutien.

Au Dr Pellat, tu sais modérer mes passions et me pousser à prendre du recul pour mieux prendre en charge mes patients. Tu sais à quel point j'admire ton expérience et tes compétences. Tu es un modèle pour moi et j'espère ne jamais décevoir la confiance que tu as en moi.

Aux Drs , Abraham, Griseri, Colombani, Raymond-Germain, Ung, Frickey, Abrous, Coelenbier, Dupeyrat, Mochel, Hintzy, Moreigne, Andolfi, Govciyan, Molimard, Bocciolini… bref tous les Urgentistes Grassois. Vous m'avez appris mon métier et aujourd'hui je passe d'élève à collègue. J'espère être à la hauteur de vos enseignements, tant techniques qu'humains. Vous avez encore beaucoup d'impact dans ma formation et

je n'ai d'autre but professionnel que de me montrer à la hauteur de ce que vous m'avez enseigné.

Au Dr Mouille-Blanc, Cécile tu m'as impressionné dans tes prises en charge et par ta culture médicale, je sais que tu regrettes de n'avoir pas réussi à me motiver à faire de la médecine générale. Saches néanmoins que tes conseils, ta façon de raisonner et de prendre en charge le patient dans son intégralité et non seulement dans le symptôme a une importante influence dans ma pratique. C'est l'occasion pour moi de te remercier pour tout cela.

Au Dr Perrin, mon Maître de Pneumologie. J'étais venu dans votre service pour apprendre à « ventiler les patients » ; j'ai appris beaucoup plus. Je n'oublierai pas de « faire entrer la faculté dans l'hôpital » tout au long de ma carrière.

Au Dr Frêche, Mon Maître de Réanimation. Vous m'aviez promis en arrivant dans votre service, que j'apprendrais autre chose que la médecine. Vous aviez raison. Je n'oublie pas les ultimes conseils que vous m'avez prodigués lors de mon dernier jour d'Internat. C'est également l'heure pour moi de vous remercier de ce très formateur semestre.

Au Dr Bertrand, parce que tu as eu la patience de m'enseigner ce que tu savais, rendre mes prises en charge encore plus conformes aux données de la science ; tu as, toi aussi, cultivé ma passion et le goût de la performance médicale au service du patient. Je n'oublie pas ton soutien dans mes difficultés, ton calme et ce que tu m'as transmis qui ne se mesure pas. Saches que j'ai diversifié mes centres d'intérêt et que je n'oublie pas ta « théorie des camemberts ! ».

Au Dr Césari, ton calme et ta confiance en moi m'ont permis de me dépasser dans ma formation et m'ont poussé à prendre mon envol à la fin de mon internat. Merci de tes enseignements, tes conseils et ta patience.

Au Dr Winter, tu dis souvent que tu m'as plus appris la vie que la médecine ; pourtant dans ma vie professionnelle, je me rends compte que tu as plus d'impact que ce que tu veux bien le dire. Saches que je me souviens, au moment ou j'écris ces lignes, de tous tes conseils, de ton soutien et des coca light bus sur la terrasse de l'hôpital au début tes gardes, quand le travail nous le permettait!

Au Dr Kauert, Gamain et à toute l'équipe de l'UTOH, merci pour votre accueil dès le début de ma formation et pour le plaisir que j'ai a encore venir travailler avec vous.

A toute l'équipe paramédicale, administrative, et d'hôtellerie des urgences de l'hôpital de Grasse que j'ai rencontré depuis 4 ans maintenant, Cathy, Lolo, Fabienne, Fab', Pascale, Loulou Catastrophe, Didier, Arnaud, Laurent, Sandrine, Manon, Marine, J.P., Patrick, Béré, Christelle, Estelle, Anne, Jérome, Kinou, Amélie, Jean Phi, Mumu, Andréa, Aurélie, Sophie, Zineb, Alain, Francine, Cécile P., Mélo, Cécile V., Micka, Laurent T.V., Laurent C. Clément, Anaïs, Marion, Gwen, Melanie, Julien, Brigitte B et Manu C., Isa G., Babeth, Annick, Nadine, et tous celles et ceux que je ne nomme pas parce qu'il y en aurait trop mais à qui je pense ; l'heure est venue pour moi de vous remercier publiquement de votre accueil dès les premiers jours, de ce que vous m'avez appris et

continuez encore à m'apprendre, de votre patience, de votre professionnalisme impressionnant. Travailler à vos côtés est un réel plaisir et un immense honneur.

A tous les médecins Généralistes qui ont eu la patience de répondre à mon étude avec sérieux, Je suis bien placé pour savoir que votre exercice ne vous laisse que peu de temps pour aider les internes, mais vous vous êtes débrouillés pour m'accorder quelques minutes en vue de faire avancer mon travail. Sans vous rien n'aurait été possible.

ABREVIATIONS UTILISEES :

ALD=Affection Longue Durée

ANAES= Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CHR=Centre Hospitalier Régional

CHU=Centre Hospitalier Universitaire

CIVD=Coagulation Intra Vasculaire Disséminé

DCEM=Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DERMG=Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale

DES=Diplôme d'Etudes Spécialisées

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

ECN=Epreuve Classantes Nationale

EPP= Evaluation des pratiques professionnelles

FMC=Formation Médicale Continue

GEASP=Groupe d'Entrainement à l'Analyse des Situations Professionnelles

HAS=Haute Autorité de Santé

HHV=Human Herpes Virus

IFOP=Institut Français d'Opinion Publique

INSEE=Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INVS=Institut National de Veille Sanitaire

MMG=Maison Médicale de Garde

MST/IST : Maladies Sexuellement Transmissibles/Infections Sexuellement Transmissibles

PEAG=Pustulose Exanthématique Aigue Généralisée

MASS=Malignancy Associated Sweet Syndrom

OMG=Observatoire de la Médecine Générale

PCEM2=Premier Cycle des Etudes Médicales 2ème année

NET=Nécrolyse Epidermique Toxique

RSCA=Résumé de Situations Complexes Authentiques

SAPHO=Synovite Acnée Pustulose Hyperostose Ostéite

SAU=Service d'Accueil des Urgences

UPATOU=Unité de Proximité Accueil Traitement et Orientation Urgence

TCEM=Troisième cycle des études Médicales

SOMMAIRE :

1-Introduction……18

1-Définition de l'urgence en médecine……18
2-Place du médecin généraliste dans la gestion des urgences……18
3-les affections dermatologiques urgentes……20
4-formation médicale initiale du médecin généraliste en dermatologie……20
5-La formation pratique à la faculté de médecine de Nice……22
6-Formation des internes TCEM3/DES de médecine générale……22
7-Etat de la littérature sur la prise en charge des atteintes dermatologiques aigues……24

2-Matériel & Méthode……27

1-Objectifs de l'étude……27
1-Objectif principal……27

2-Objectifs secondaires……27
2-Audit clinique……28
1-Objectif principal
1-Choix du thème……29
2-Choix des items……29
3-Choix de la méthode de mesure……30
4-Recueil des données……30
5-Analyse des résultats……31
6-Plan d'action d'améliorations et réévaluation……31
3-Objectifs secondaires……32
4- Définition des pathologies et symptômes étudiés……33
1-Abcès……33
2-Acné fulminans……33
3-Angiomes……33
4-Anthrax-Furoncles……33
5-Borrelioses/maladie de Lyme……34
6-Brulures……34
7-Bulles……35
8-Dermite des près……35
9-Dermohypodermite bactérienne nécrosante……35
10-Eczéma aigu……35
11-Engelures et gelures……36
12-Exanthème……36
13-Erosions muqueuses……36
14-Erysipèle……37
15-Erythème polymorphe……37
16-Erythème pigmenté fixe……37
17-Erythrodermie……37
18-Fièvre boutonneuse méditerranéenne……38
19-Gale……38

20-Grosse jambe rouge fébrile……38
21-Herpes……39
22-Hypersensibilité médicamenteuse (DRESS Syndrome)……39
23-Impetigo……39
24-Syndrome de Kaposi-Juliusberg……40
25-Syndrome de Kasabach-Merritt……40
26-Syndrome de Kawasaki……40
27-Livedo……41
28-Lucite estivale bénigne……41
29-Pathologies de la misère……42
30-Morsures……42
31-MST/IST……42
32-NET/syndrome de Lyell/syndrome de Stevens-Johnson……42
33-Nécroses cutanées……43
34-Œdème aigu du visage……43
35-Ongle incarné……44
36-Photosensibilité médicamenteuse……44
37-Pieds diabétiques……44
38-Pytiriasis rosé de Gibert……44
39-Poux et pédiculose du corps et du pubis……45
40-Prurit……45
41-Prurigo Strophulus……45
42-Psoriasis Pustuleux……46
43-Pustulose exanthématique aigue généralisée……46
44-Purpura fulminans……46
45-Pyoderma gangrenosum……47
46-Rougeole……47
47-Roséole……47
48-Mégalérythème épidémique……48
49-Syndrome pieds-main-bouche……48
50-Staphylococcal Scalded Skin Syndrom……49
51-Syndrome de Sweet……49
52-Syndrome de choc toxique staphylococcique……50
53-Ulcères des membres inférieurs……50
54-Urticaire aigue/Angioedème……51
55-Varicelle/Zona……51
56-Vascularite……52
57-Vésicules……52

5-Analyse statistique……53

3-Résultats……54
1-Taux de réponse……55
2-Description de la population……55
3-Critère principal d'évaluation……57
1-Résultats bruts par médiane……57
2-Commentaires libres……59
3-Résultats en médiane par ville d'exercice……60
4-Comparaison de niveau de connaissance selon la ville d'exercice……69

4-Critères secondaires d'évaluation……72
1-Définition de l'urgence dermatologique selon les médecins généralistes……72
2-Conception d'un outil d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues en médecine générale :besoin des médecins généralistes, formes de l'outil……74

4-Discussion……75
1-Intêret de l'étude……76
2-Résultats de l'objectif principal……77
1-Etude des médianes obtenues……77
2-Etude des médianes par ville d'exercice……80
3-Résultats des objectifs secondaires……83
1-L'urgence dermatologique……83
2-Besoin des médecins généralistes en terme d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues……84
4-Biais de l'étude……86
1-Type de questionnaire……86
2-Méthode statistique……87
5-Perspectives……88
1-Formation médicale initiale……88
2-Formation médicale continue……89
3-Mise à disposition d'un outil d'aide à la prise en charge……90

5-Conclusion……92

6-Résumé……95

7-Bibliographie……97

7-Annexes……103
1-Lettre explicative……104
2-Questionnaire……105
3-Serment d'Hippocrate……117

INTRODUCTION

INTRODUCTION

1-Définition de l'urgence en médecine

L'urgence est définie par le dictionnaire Larousse comme étant toute situation impliquant l'intervention rapide d'un médecin, seul compétent pour administrer les soins ou prescrire les médicaments nécessaires.
Le Code de Déontologie médicale définit l'urgence par tout ce qui est ressenti par le patient comme étant d'ordre médical et qui ne peut souffrir de retard.
Tout médecin, et en particulier le médecin traitant, est amené à assurer la permanence des soins et à assurer les consultations d'urgence.
Le Conseil National de l'Ordre des Médecins distingue 5 niveaux d'urgences :

1-Pas de justification d'accès à un plateau technique en urgence.
2-Pronostic vital non engagé, le pronostic est stable mais nécessite un plateau technique.
3-Pronostic incertain et instable nécessitant l'accès rapide à un plateau technique parfois spécialisé.
4-Pronostic vital engagé avec nécessité d'une intervention immédiate et mise en alerte du SMUR.
5-Situation d'extrême urgence nécessitant des gestes symptomatiques de réanimation, destinés à préserver le pronostic vital en attendant l'arrivé du SMUR.

2-Place du Médecin Généraliste dans la gestion des urgences

Le parcours de soins coordonnés, organisé depuis le 1er janvier 2006, qui met en place la notion de médecin traitant et favorise un accès logique et coordonné aux soins

par l'intermédiaire d'un seul médecin désigné par le patient, en accord avec ce médecin qui peut être généraliste ou spécialiste. Les rôles de ce médecin traitant sont multiples(1) :

- Assurer les soins de premiers recours et coordonner le suivi médical.
- Orienter dans le parcours de soins coordonné.
- Gérer le dossier médical.
- Etablir un protocole de soins en cas d'affection longue durée.
- Assurer une prévention personnalisée.

Le Médecin Généraliste est dans l'immense majorité des cas le premier professionnel de santé consulté face à l'émergence de symptômes ou de syndromes non caractéristiques d'une pathologie telle que nous l'apprennent la littérature scientifique et médicale.

Face à cette affluence de patients se présentant avec un ou plusieurs signes et une ou plusieurs plaintes, il lui appartient le plus souvent de conclure sa consultation par l'énoncé d'un diagnostic ou d'une orientation diagnostique et d'organiser la prise en charge tant thérapeutique que de suivi de son patient.

En 2004, les médecins généralistes d'Ile-de-France ont dévolu 12% de leur activité à assurer des consultations en urgences auprès de leurs patients. Dans 3% des cas, ces consultations en urgences impactent l'organisation quotidienne des visites et consultations. Selon la DREES[2](2) , Ces patients consultant en urgence leur médecin généraliste sont des enfants de moins de 13 ans ou des adultes de moins de 45ans, dont 57% sont des femmes et pour lesquels 1 patient sur 5 consultant en Urgence est atteint d'une ALD. Seuls 18% de ces patients consultent en dehors des horaires de consultations signifiant que la patientelle des médecins libéraux consultant en urgence est différente de la patientelle des médecins hospitaliers exerçant dans les SAU/UPATOU.

3-Les affections dermatologiques urgentes

Les affections dermatologiques sont un motif de recours fréquent de ces patients consultant leur médecin traitant ou le service d'accueil des urgences. L'enquête de la DREES de 2004(2) retrouve 2,4% des consultations non programmées, tous âges confondus, pour un motif dermatologique chez le médecin généraliste. Dans près de 30% des cas, le recours urgent pour un motif dermatologique est motivé par la douleur et dans 22% des cas, ces consultations révèlent une pathologie de nature infectieuse.

4-Formation médicale initiale du médecin généraliste en dermatologie

Depuis la réforme des études médicales, les étudiants hospitaliers du deuxième cycle des études médicales apprennent la dermatologie par items bien décomposés en 3 parties :

- Modules transversaux
- Orientation diagnostique
- Maladie et grands syndromes

Les items en rapport avec la dermatologie lors du deuxième cycle des études médicales (DCEM) selon le programme officiel de 2013(3) sont :

Unité d'enseignement 4 : Perception-système nerveux-Revêtement cutané

109-Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique
110-Dermatoses bulleuses touchant la peau et/ou les muqueuses externes
111-hémangiomes et malformations vasculaires cutanées
112-Exanthème et érythrodermie de l'adulte et de l'enfant
113-Prurit
114-Psoriasis

Unité d'enseignement 6 : Maladie transmissible-Risque sanitaire-Santé au travail

148-Méningite, Méningo-encéphalite chez l'adulte et chez l'enfant
152-Infection cutanée muqueuse des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant
158-Infection sexuellement transmissible : gonococcies, chlamidioses, syphilis, papillomavirus humain, trichomonoses
160-Exanthème fébrile de l'enfant
164-Infection à Herpès virus du sujet immunocompétent
167-Gales et pédiculoses

Unité d'enseignement 7 : Inflammation-Immunopathologie-Poumon-Sang

182-Hypersensibilité et allergie chez l'enfant et l'adulte, aspect physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostic et principe de traitement
183-Hypersensibilité et allergie cutanéo-muqueuse de l'adulte et de l'enfant : urticaire, dermatite atopique et de contact

Unité d'enseignement 8 : Circulation-métabolisme

275-Ictère

Unité d'enseignement 9 : Cancérologie-Oncohématologie

299-Tumeur cutanée épithéliale et mélanique

Unité d'enseignement 10 : Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses

322-Identification et gestion des risques liés aux médicaments et aux biomatériaux, risques iatrogènes erreurs médicamenteuses.

5-La formation pratique à la faculté de médecine de Nice

La formation pratique à la faculté de Médecine de Nice commence dès la deuxième année du premier cycle des études médicales (anciennement PCEM2) avec les stages de formation à la séméiologie médicale. Il s'agit de stages de 2 semaines au cours desquelles les étudiants apprennent l'examen clinique du patient dans les services de médecine et de chirurgie du CHU. Le service de Dermatologie du CHU de Nice accueille 4 étudiants en médecine à la fois et 4 sessions se succèdent durant l'année 2013/2014.

Les Etudiants Hospitaliers à la faculté de Médecine de Nice ont accès au cours de leur stage en médecine adulte accès au choix du service de Dermatologie du CHU de Nice. Les stages s'articulent en bimestres et sont ouverts à 3 étudiants hospitaliers au cours desquels ceux-ci se forment à l'examen clinique du patient malade et développent leurs connaissances et leur raisonnement médical.

6-Formation des Internes TCEM 3/DES de Médecine Générale.

Nous nous intéressons ici à la formation des Internes de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nice.

La formation dispensée pour les étudiants ayant commencé leur troisième cycle en Novembre 2011 s'articule selon 3 axes :

-Une formation pratique au cours de l'internat proprement dit ou chaque Interne doit réaliser 6 stages d'un semestre avec obligatoirement un semestre chez le Maître de Stage en cabinet de Médecine Générale, un semestre dans un Service d'Urgences (SAU proprement dit ou UPATOU), un semestre de gynécologie et/ou pédiatrie, un semestre en médecine adulte et un semestre libre. Ceci permet donc à l'interne de pouvoir choisir un stage de dermatologie s'il le souhaite, validant un terrain de stage en CHU obligatoire pour valider la maquette. Durant les 3 ans du TCEM3, 2 Internes de Médecine Générale ont pu bénéficier de l'accès au Service de Dermatologie du CHU de Nice (Hôpital l'archet 2- 151 Route de Saint Antoine de

Ginestière 06200 Nice sous la direction du Professeur Lacour) et 1 Interne de Médecine Générale a pu bénéficier de l'accès au service de Dermatologie-Infectiologie du Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus/St Raphael (Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus/St Raphael 240 avenue St Lambert BP110, 83608 Fréjus Cedex sous la direction du Dr Del Giudice).
Soit un total de 3 Internes de Médecine Générale par semestre et un total de 6 semestres, ce qui donne 18 Internes au total ayant pu bénéficier d'une formation pratique en dermatologie au cours de leur troisième cycle des études médicales.
Par ailleurs, les promotions d'Internes de Médecine Générale sont de plus en plus importantes, environs 120 étudiants par an avec pour mémoire un total de 77 étudiants en TCEM3 en première année de DES de Médecine Générale, en novembre 2011, lorsque j'ai commencé mon Internat.

-Une formation théorique essentiellement donnée sous la forme de GEASP, les internes sont répartis par groupe d'une dizaine d'étudiants réunis autours d'un conducteur de GEASP et présentent chacun à leur tour des situations leur ayant posé problème au cours de leur formation. Ils tentent de répondre à ce problème de façon collégiale, dans un premier temps, puis par le biais de recherches scientifiques personnelles.
D'autre part, le DERMG de Nice demande la réalisation au cours des 3 ans d'Internat, de RSCA. Il s'agit de travaux complexes, traitant d'une situation authentique décrite par l'interne au cours d'un travail écrit détaillé. Ce travail est composé d'une partie « récit » ou l'Interne décrit la situation qu'il a vécue le plus fidèlement possible avec analyse de la situation, suivie d'une partie « problèmes posés ». Il s'en suit la résolution autonome de problème par le biais de recherche puis d'en tirer une autoévaluation de sa pratique en vue de la corriger.
Ces travaux longs et complexes à réaliser permettent d'adapter l'interne à un nouveau mode de raisonnement et de résolution de problème pour lui permettre d'aborder au mieux son futur exercice.

7-Etat de la littérature sur la prise en charge des atteintes dermatologiques aigues.

Ruzza & coll. dans leur travail de mars 2014(4), ont étudié les caractéristiques de la population consultant en urgence le service de dermatologie. Le plus souvent ces patients consultent pour de l'eczéma (24,8%), des dermatomycoses (5,1%) et des dermatoses non spécifiques (4,8%). Les traitements entrepris sont généralement des topiques (corticostéroïdes, émollients, antibiotiques…), des antihistaminiques et des antibiotiques et virostatiques par voie générale. Cette étude soulève le fait que la majorité des patients consultant en urgence ne nécessitent pas d'avis spécialisé en dermatologie sinon la compétence du médecin traitant dans la reconnaissance et la prise en charge de ces atteintes cutanées.

L'équipe espagnole de Grillo &coll.(5) a étudié les profils de patients consultant aux urgences générales pour un motif dermatologique. Comme dans les études françaises, il s'agit le plus souvent de femmes (58%) et 131 diagnostics validés par un dermatologue ont pu être retenus avec, parmi les plus fréquents : la cellulite infectieuse, l'urticaire aigue et l'herpès. D'autre part, seule la moitié des visites au SAU était justifiée comme urgence. Le dermatologue a été consulté dans 58% des cas et le taux de revisite pour le même motif était de 1%. D'autre part, dans 4 cas sur 5 le diagnostic était exclusivement clinique. Ceci introduit le flou autour de la notion d'urgence en terme d'atteinte dermatologique aigue, la primauté de la clinique dans la prise en charge diagnostique soulignant l'indispensable formation du médecin généraliste à la dermatologie pratique. De plus, cette étude confirme que le médecin traitant est le plus souvent capable de prendre en charge seul un patient présentant une atteinte dermatologique aigue sans avoir recours à un avis spécialisé et le reste du temps une aide complémentaire (le dermatologue était joignable par téléphone) suffit à la prise en charge de ces patients sans nécessiter de consultation spécialisée urgente.
La littérature identifie déjà les principales urgences dermatologiques auxquelles le médecin généraliste peut être confronté(6) : il s'agit essentiellement des manifestations allergiques, des atteintes infectieuses, telles que les cellulites/dermohypodermites/fasciites, les photodermatoses aigues médicamenteuses

ou non, les toxidermies médicamenteuses et les pathologies circonstancielles potentiellement graves telles que les brûlures.

Pour combler les lacunes ou substituer le recours à l'avis complémentaire, les sociétés savantes de Médecine Générale ont mis a disposition soit des articles de formation au sein de revue médicale reconnues(7) ainsi qu'en France à la FMC en dermatologie des médecins généralistes(8).

Néanmoins, il est communément reconnu par les Internes de Médecine Générale niçois et les médecins généralistes du département des Alpes-Maritimes que leur niveau de compétence en dermatologie est insuffisant pour prendre en charge correctement leurs patients consultant pour des atteintes dermatologiques aigues. L'objectif de ce travail de thèse est donc d'évaluer le niveau de connaissance des médecins généralistes en dermatologie aigue par le biais d'une liste d'items prédéfinie avec deux experts dermatologues.
Ensuite, il n'existe aucune définition de l'urgence en dermatologie et les études antérieures à ce travail de thèse identifient très clairement que beaucoup de patients consultant leur médecin ou un SAU pour un motif dermatologique en urgence n'ont pas un caractère urgent selon les dermatologues. Les objectifs secondaires sont donc de détecter les situations nécessitant une meilleure formation des médecins généralistes pour déterminer l'intérêt d'un outil d'aide à la prise en charge des patients présentant une dermatose aigue et consultants en soins primaires.

MATERIEL & METHODE

MATERIEL ET METHODE

1-Objecifs de l'étude

1-Objectif principal

L'objectif principal est d'estimer, par autoévaluation, le niveau des connaissances des médecins généralistes sur un nombre limité de dermatoses aigues graves pouvant être rencontrées en soins primaires et réaliser un état des lieux sur les besoins en terme d'outil d'aide à la prise en charge diagnostique, thérapeutique et au suivi ultérieur des dermatoses aigues en cabinet de médecine générale.

2-Objectifs secondaires

Ils sont multiples :

Dans les situations ou les praticiens de médecine générale reconnaissent des lacunes dans leurs connaissances, déterminer en fonction de l'incidence et de la gravité des maladies en cause, les priorités de formation complémentaire.

Définir la notion d'urgence dermatologique en soins primaires selon les praticiens.

Définir la forme préférée des praticiens pour un outil d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues en Médecine Générale.

2-Audit Clinique :

L'objectif principal est étudié par audit clinique auprès d'un panel de Médecins Généralistes installés dans une des 3 grandes villes des Alpes-Maritimes : Cannes, Grasse et Nice. Ces 3 villes ont été choisies en raison du grand nombre de Médecins Généralistes installés, de la variété des consultants en soins primaires et de l'importance (en nombre) de la population prise en charge en cabinet de Médecine Générale.

Nous avons choisi, dans cette étude, d'utiliser la méthode de l'audit clinique.
L'audit clinique est une technique d'évaluation des pratiques professionnelles mise en place à la fin des années 1990 par l'ANAES(9).

L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

L'audit clinique distingue 6 étapes bien individualisées et nécessairement successives :

1. Choix du thème
2. Choix des critères/items
3. Choix de la méthode de mesure.
4. Recueil des données.
5. Analyse des résultats.
6. Plan d'actions d'amélioration et réévaluation.

1-Choix du thème

Le thème ici choisi est la connaissance en terme de prise en charge diagnostique, thérapeutique et au suivi des atteintes dermatologiques aigues susceptibles d'être vues en urgence par un médecin généraliste.

2-Choix des items

Les items analysés correspondent à 58 maladies et grands syndromes ou symptômes dermatologiques sélectionnés par 2 experts dermatologues comme étant des critères comme pouvant être rencontrés en soins primaires et dont la connaissance est jugée nécessaire à l'activité clinique du médecin généraliste. L'objectif final étant de déterminer les besoins, en terme d'outils d'aide à la prise en charge, et étant attendu que l'activité de soins d'un médecin dermatologue est différente de l'activité de soins d'un médecin généraliste, le questionnaire se conclut par une question à choix ouvert ou chaque personne enquêtée peut proposer des sujets non abordés dans notre questionnaire.

Ici le référentiel est le niveau maximum de formation sur le thème attendu correspondant à la formation d'un médecin spécialiste en dermatologie (titulaire d'un DES de dermatologie). Ce référentiel est dans notre étude coté 9. A contrario, la méconnaissance totale du sujet par le médecin enquêté est cotée 1.
Comme tout audit clinique, le médecin enquêté répond par autoévaluation à une série de 58 items concernant chacun un point essentiel d'atteinte aigue dermatologique (maladie et grands syndromes ou symptômes cliniques), ainsi que 4 items correspondant à leurs désidérata sur la forme concernant la réalisation d'un outil d'aide à la prise en charge de ces atteintes dermatologiques aigues. Enfin une partie du questionnaire est dévolue à la définition du terme d'urgence dermatologique.
Bien entendu, ce questionnaire reste ouvert avec la possibilité pour le sujet de mentionner des items qui ne feraient pas partie des sujets proposés ainsi qu'un commentaire libre concernant la forme de l'outil que nous pourrions leurs proposer.

3-Choix de la méthode de mesure

La méthode de mesure correspond à la mesure des médianes pour chaque item. Nous avons établi une échelle de 1 à 9 en répartissant les médianes a posteriori en 3 groupes : de 1 à 3, de 4 à 6, de 7 à 9. Nous choisissons la médiane car il s'agit d'un paramètre simple, voire le plus simple en méthodologie statistique, permettant de séparer la population étudiée en 2 groupes répartis de façon gaussienne(10) ; c'est donc une valeur dite de position nous permettant de déterminer le niveau de formation mesuré par autoévaluation. D'autre part, la médiane ne varie pas car elle dépend de la valeur d'observation du milieu contrairement à la moyenne pour laquelle les valeurs extrêmes, ainsi que le nombre de sujets interrogés, ont une influence considérable. Pour chaque item, nous déterminons non seulement la médiane mais également les intervalles interquartiles.

Les intervalles interquartiles correspondent au variables Q1 et Q3 désignant les premier et troisième quartiles excluant donc les valeurs extrêmes. Cet intervalle concerne 50% des répondeurs.
Le calcul des écarts interquartiles est donné par la différence entre le premier et le troisième quartile.

4-Recueil des données

Le recueil des données se fait de manière prospective par entretien direct, téléphonique ou par courrier adressé aux médecins généralistes, avec lettre explicative et enveloppe de retour, au moyen d'un questionnaire que le médecin enquêté devra compléter sans être orienté par l'enquêteur.
Le questionnaire est soumis aux médecins soit de manière directe au cours d'un entretient en face à face, soit par l'administration du questionnaire par téléphone, soit

par courrier postal dès lors que le médecin en fait la demande. Chaque participant est contacté par téléphone avant toute réalisation du questionnaire.
Le questionnaire est précédé d'une lettre explicative me présentant, présentant les objectifs de ce travail de thèse. Cette explication est donnée soit par téléphone, soit en direct au cours d'un rendez-vous, soit par notice explicative en première page du questionnaire et dont le modèle est disponible en annexe.

5-Analyse des résultats

L'analyse de ces données doit permettre d'évaluer les priorités de formation en terme de symptômes et de maladie et grands syndromes à faire apparaître dans l'outil d'aide à la prise en charge, que nous avons l'objectif de mettre au point.
Elle permettra également de donner une définition, selon les médecins généralistes interrogés, de l'urgence en dermatologie.
Enfin, un des objectifs est de faire l'état des lieux sur la prise en charge des dermatoses aigues en soins primaires, c'est à dire de savoir comment les médecins généralistes des Alpes-Maritimes prennent en charge leur patient les contactant pour un motif dermatologique aigue.

6-Plan d'action d'amélioration et réévaluation

Une fois l'outil développé, une étude ultérieure devrait évaluer son impact sur la prise en charge des urgences dermatologiques dans la pratique quotidienne des Médecins Généralistes des Alpes-Maritimes et en particuliers chez les Médecins Généralistes enquêtés.

3-Objectif secondaire

Il consiste à définir la notion d'urgence dermatologique selon le point de vue des médecins généralistes répondant à l'enquête.
La notion d'urgence dermatologique est, en effet, très floue est mal définie. Aucun critère solide n'existe pour définir cette urgence qui malgré tout est utilisée dans différentes études. Et aucune étude n'a tenté de cibler les critères caractérisant une telle urgence.

D'autre part, on cherche à évaluer a forme idéale que devrait revêtir, pour les médecins généralistes interrogés, un outil d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues en médecine générale.

4- Définition des pathologies et symptômes étudiés

1-Abcès(11) :

Il s'agit d'une tuméfaction localisée et douloureuse superficielle et inflammatoire, fluctuante à la palpation et dont l'évolution conduit à la fistulisation. L'abcès peut être associé à des signes infectieux systémiques (fièvre, adénopathie…).
L'abcès touche préférentiellement l'adulte jeune .

2-Acné fulminans(12):

L'acné fulminans est également connue sous le titre d'acné maligne. Il s'agit d'une forme aigue, fébrile, ulcéreuse de l'acné conglobata décrite en 1958. Les principaux signes cliniques sont une apparition soudaine de lésions acnéiformes étendues, grave associée à une fièvre, avec polyarthralgie. Cette maladie est en outre insensible aux antibactériens. Cette acné peut faire partie d'un syndrome SAPHO.

3-Angiomes(13):

Il s'agit d'un groupe hétérogène de malformation vasculaire (ectasies vasculaires) pouvant toucher différents organes dont la peau. Le diagnostic est essentiellement clinique et l'évolution dépend du type d'angiome.

4-Antrax-Furoncle(11):

Il s'agit d'une tuméfaction acuminée indurée et centrée par un poil débutant par une pustule puis évoluant vers le bourbillon. L'association en conglomérat de furoncle donne un anthrax, tandis que la présence de nombreux furoncles donne une furonculose.
Ces furoncles/anthrax peuvent être associés à des signes généraux septiques (fièvre, adénopathie…). Ces anthrax/furoncles touchent préférentiellement l'adulte dans la deuxième et la quatrième décennie.

5-Boreliose/maladie de Lyme(14):

Il s'agit d'une zoonose transmise par une tique de genre ixodes (Ixodes ricinus) dûe à une bactérie de type Borrelia dont la plus courante est Borrelia burgdorferii.

Cette maladie évolue classiquement en 3 phases :
Phase précoce : atteinte dermatologique localisée conduisant au stade primo-secondaire de diffusion systémique de la bactérie.
Phase secondaire : infection tissulaire focalisée unique ou multiple.
Phase tertiaire : manifestations focalisées avec atteinte multiviscérale (dont la gravité est due à l'atteinte cardiaque et neurologique).
En France, l'incidence moyenne serait de 41 pour 100000 habitants {31 ;51}.

6-Brûlure(15):

Il s'agit d'une pathologie traumatique liée à un agent, physique, chimique ou thermique atteignant le revêtement cutané ou muqueux selon une profondeur variable en fonction de la durée d'exposition à l'agent vulnérant et le type d'agent. Le diagnostic est clinique. Il s'agit le plus souvent d'un accident domestique lié à un agent thermique et touchant l'enfant de moins de 5ans dans 1/3 des cas. Dans 64% des cas le patient est de sexe masculin de plus il existe des pics saisonniers des brûlures avec un pic de fréquence de mai à octobre surtout dans les régions à fort ensoleillement (brulures par phototoxicité)

7-Bulles(16):

Une bulle est une collection liquidienne superficielle à contenu clair ou séro-hématique de taille supérieure à 5 mm. Elle peut siéger sur la peau ou sur les muqueuses.

8-Dermite des près(17):

C'est une phytodermatose dûe à l'action combinée d'une plante photo-sensibilisante et des rayons ultraviolets que l'on qualifie de phototoxicité.

9-Dermohypodermite bactérienne nécrosante(18):

Il s'agit d'infections bactériennes cutanées du derme et de l'hypoderme s'accompagnant de nécrose, le plus souvent due au streptocoque A béta-hémolytique. Il s'agit d'affections graves, mortelles dans un tiers des cas.

10-Eczema Aigu(11):

C'est une dermo-épidermite très prurigineuse avec oedème. Sa variante de dermatite atopique touche surtout les nourrissons et les enfants jeunes. L'eczéma de contact se rencontre à tout âge se retrouve ensuite chez le sujet très âgé.

11-Engelure et gelure(11):

Les engelures sont des enflures limitées et localisées aux extrémités, survenant par temps froid et humide, persistant pendant tout l'hiver, douloureuses et rouge cyanique, disparaissant à la vitropression.
Elles sont à distinguer des gelures, survenant dans des conditions extrêmes, beaucoup plus sévères et pouvant conduire à des amputations.

12-Exanthème(19):

Un exanthème est une éruption cutanée d'apparition brutale et transitoire pouvant s'accompagner ou non d'une atteinte muqueuse (énanthème). Il existe 3 types d'exanthème :

-Morbiliforme : maculo-papuleux, rouge, apparaissant en plaques confluentes avec espace de peau saine. La palpation retrouve une peau douce et veloutée.
-Roséoliforme : petites macules rosées, pâles, bien séparées les unes des autres par des plages de peau saine.

-Scarlatiniforme : éruption en plaque rouge vif, granitée à la palpation, sans intervalle de peau saine, chaude ou cuisante, intenses dans les plis et pouvant évoluer en desquamations secondaires superficielle en larges lambeaux.

Les étiologies de ces exanthèmes se regroupent en 2 grandes classes nosologiques : les infections et les toxidermies médicamenteuses.

13-Erosions muqueuses(20):

Une érosion se définit comme une perte de substance superficielle (intéressant l'épithélium ou le chorion superficiel) souvent post vésiculeuse, post bulleuse ou post traumatique et qui guérira généralement ad integrum.

14-Erysipèle(21):

C'est une dermohypodermite non nécrosante caractérisée par un placard inflammatoire extensif d'apparition rapide, siégeant le plus souvent au niveau des jambes.

15-Erythème polymorphe(22):

Il s'agit de lésions polymorphes, érythémateuses en cocarde, papuleuses en général centrées sur une vésicule et entourées d'un halo érythémateux. La distribution de ces lésions est généralement acrale : touchant les extrémités des membres ainsi que le visage, d'autre part ces lésions ont une répartition symétrique le plus souvent. Elles sont associées dans 55 à 60% des cas à des érosions muqueuses.
Leur étiologie est infectieuse la plupart du temps

16-Erythème pigmenté fixe(23):

Il se manifeste par des plaques érythémateuses prurigineuse et parfois douloureuses en réponse à la prise d'un médicament. Ces lésions réapparaissent toujours aux mêmes sièges, à la réintroduction du médicament.

17-Erythrodermie(24):

L'érythrodermie se différencie de l'érythème par l'atteinte universelle de ses téguments et sa durée ainsi que son caractère squameux.
L'érythrodermie peut faire partie des toxidermies médicamenteuses ou compliquer une maladie dermatologique préexistante.
Elle expose à des complications graves (défaillance cardiaque, sepsis…).

18-Fièvre Boutonneuse Méditerranéenne(25):

C'est une infection liée à Rickettsia conorii présentant une incubation de 1 semaine. La clinique associe une fièvre à 40 pendant 4 à 8 jours avec céphalées et myalgies, ainsi qu'une éruption érythématopapuleuse avec parfois éléments purpuriques évoluant en petites poussées avec extension palmoplantaires. L'examen clinique peut retrouver un chancre escarotique centré sur la piqure de tique responsable de la contamination.

19-Gale(26):

C'est une dermatose cosmopolite, fréquente, prurigineuse et extrêmement contagieuse due à un acarien : Sarcoptes Scabiei.

20-Grosse jambe rouge fébrile(27):

La grosse jambe rouge aigue fébrile correspond à un placard érythémateux assez bien limité et parfois extensif associé à un œdème, en général unilatéral, avec souvent des signes infectieux d'installation rapide, souvent en quelques heures ou en quelques jours. La cause la plus fréquente est une dermohypodermite aigue streptococcique-érysipèle.

21-Herpès(28):

Il s'agit d'une éruption cutanée en bouquet de petites vésicules claires ou louches, parfois désiquées (laissant une croute), pouvant siéger au niveau buccal ou péribuccal, génital ou oculaire mais également dans d'autres localisations plus insolites (panaris

herpétique). L'éruption est précédée d'une asthénie prodromique avec sensation de cuisson ou douleur, parfois de fièvre (« bouton de fièvre ») avec adénopathie satellite. Il s'agit d'une dermatose infectieuse récidivante pour lequel un événement déclenchant doit être recherché.

22-Hypersensibilité médicamenteuse-DRESS Syndrome (29):

Le Syndrome d'Hypersensibilité médicamenteuse avec hyperéosinophilie est une atteinte dermatologique aigue sévère et rare dont la prévalence est inconnue (sous déclaration) caractérisée par une éruption cutanée généralisée accompagnée de signes systémiques tels qu'une forte fièvre avec hyperlymphocytose et hyperéosinophilie et pouvant présenter une atteinte multiviscérale allant jusqu'à la défaillance multiviscérale. Ce syndrome survient 2 à 6 semaines après l'administration de l'agent causal. La mortalité de ce syndrome est possible et les symptômes peuvent persister plusieurs semaines après la suppression de l'agent causal.

23-Impetigo(11):

Il se manifeste par des lésions cutanées superficielles, non folliculaires avec atteintes bulleuses éphémères et vésiculopustuleuses, rapidement recouverte de croutelles, suintantes. Des lésions grattées puis ulcérées correspondant à l'ecthyma.
Le plus souvent périorificiel (narine, œil, buccal), l'impétigo peut se rencontrer dans d'autres localisations.
Il peut se développer sur une dermatose prurigineuse préexistante (gale par exemple) avec adénopathie satellite. L'impétigo est une dermatose aigue infectieuse contagieuse et un des arguments diagnostic est la présence de plusieurs cas dans l'entourage.

24-Syndrome de Kaposi-Juliusberg(28):

Il correspond à la surinfection herpétique étendue de la dermatite atopique. Ce diagnostic doit être systématiquement évoqué face à l'aggravation, la rechute ou l'échec thérapeutique de toute dermatose vésiculeuse, bulleuse ou érosive. L'infection

herpétique peut en outre compliquer certains actes thérapeutiques comportant une abrasion cutanée (dermabrasion, laser…).

25-Syndrome de Kasabach-Merritt(30):

Le phénomène ou syndrome de Kasabach-Merritt est la modification brutale d'un angiome, tumeur vasculaire rouge violacée rapidement extensive avec thrombopénie de degré variable liée à un phénomène de coagulation intravasculaire disséminé (CIVD) et parfois d'une anémie. Il survient habituellement chez un nouveau-né ou un nourrisson de moins de 6 mois.

26-Syndrome de Kawasaki(31):

C'est une vascularite aigue fébrile systémique, touchant préférentiellement le jeune enfant et le nourrisson de sexe masculin, caractérisée par une atteinte des vaisseaux de petit et de moyen calibre. La gravité est liée à l'atteinte coronaire (microanévrismes coronaires) qui entraine 25 à 30% de complications cardiovasculaires chez des patients non traités. Il existe 5 critères diagnostiques associés de manière diverse :

- Eruption le plus souvent polymorphe, non-spécifique, diffuse et maculopapuleuse dont le siège est l'une des localisations caractéristiques.
- Conjonctivite aigue apparaissant avec la fièvre et l'atteinte bulbaire est plus fréquente que l'atteinte palpébrale et il n'y a pas d'exsudat. L'examen à la lampe à fente montre parfois une uvéite antérieure aigue.
- Atteinte oropharyngée avec érythème des lèvres, sècheresse muqueuse, fissures et parfois saignements. La langue est framboisée avec papilles saillantes et accompagnée d'un énanthème.
- Adénopathies cervicales antérieures supracentimétriques.
- Oedème et érythème palmo-plantaire avec desquamation en gant et en chaussette péri-unguéale et des lignes transversales de Beau.

L'incidence est de 8,1/100000 au Royaume-Uni et de 112/100000 au Japon.

27-Livedo(32):

C'est une coloration bleuâtre-rouge en maille de la peau retrouvée le plus souvent au niveau du tronc, des jambes et des avant-bras. Accentuée par le froid mais persistant après le réchauffement. Elle est provoquée par la stagnation du sang dans les veines capillaires et de minuscules veinules des zones atteintes. Les causes ainsi que les manifestations cliniques en sont très diverses. La forme idiopathique du livedo réticularis se présente essentiellement chez les jeunes adultes, ainsi que les femmes ayant atteint la cinquantaine, et peut être associée à des ulcères de jambes dans une minorité de cas. Cette pathologie peut aussi représenter un signe révélateur de maladie systémique (Lupus, PAN…).

28-Lucite estivale bénigne(33):

Il s'agit d'une éruption érythématopapuleuse parfois urticarienne, survenant après exposition solaire sur les zones découvertes. Les lésions primaires sont des vésicules donnant lieu à une desquamation. Il s'agit d'une éruption prurigineuse survenant au printemps ou lors de l'été, récidivante et pouvant être favorisée par un traitement systémique ou topique.

29-Pathologies de la misère :

Il s'agit d'un conglomérat de pathologies variées favorisées et aggravées par la misère et la promiscuité : parasitoses, infection cutanée, ulcérations chroniques, gelures…

30-Morsures :

En général par des animaux de compagnie, elles peuvent nécessiter un débridement chirurgical rapide.

31-MST/IST :

Nous regroupons ici les principales IST : VIH, Syphilis, Chlamidioses, Gonococcies, papillomatoses. Un diagnostic et un traitement précoce sont essentiels pour le pronostic personnel et pour limiter la dissémination.

32-NET/ Syndrome de Lyell/ Syndrome de Stevens-Johnson(34):

Il s'agit de toxidermies médicamenteuses rares mais extrêmement graves caractérisées par la destruction brutale de la couche superficielle de la peau (épiderme) et des muqueuses (épithélium). Le terme de nécrolyse traduit bien le phénomène. Le syndrome de Lyell correspond à une nécrolyse étendue, tandis que celui de Stevens-Johnsonn correspond à une atteinte nécrolytique limitée.
L'incidence du syndrome de Lyell est de 1 cas par million d'habitant et par an.
En France, l'incidence des cas de NET/Syndrome de Lyell/ Syndrome de Stevens-Johnson est de 120 cas par an.

33-Nécroses cutanées(35):

Une nécrose résulte de la mort non programmée d'un tissu. Au plan cutané, une nécrose se traduit par des plaques noirâtres et insensibles dont l'élimination fait place à des ulcérations. Les mécanismes sont plurifactoriels rendant toute classification difficile. Les causes sont souvent graves.

34-Œdème aigu du visage(36):

Ils correspondent à un Oedème sous cutané touchant tout ou partie du visage et peuvent être lié à :

- Une staphylococcie maligne du visage
- Un érysipèle
- Un eczéma aigu du visage
- Une photoallergie
- Une dermatomyosite aigue

- Une trichinose
- Un syndrome carcinoïde
- Un Oedème aigu hémorragique du nourrisson
- Un Oedème de Quincke ou un Oedème angioneurotique

35-Ongle incarné(37):

C'est le développement latéral excessif de l'ongle, généralement de l'hallux, dans le repli unguéal qui se comporte comme un corps étranger et peut donc entrainer une inflammation avec survenue d'un granulome.

36-Photosensibilité médicamenteuse:

C'est l'apparition d'un érythème ou de tout autre lésion dermatologique secondaire à une exposition solaire favorisée par un médicament pris préalablement.

37-Pieds diabétiques(38):

C'est l'ensemble des atteintes d'origine infectieuse du pied du patient diabétique caractérisé par l'augmentation de volume, la chaleur locale ou encore la présence de pus. L'absence de douleur (neuropathie) conduit à sous estimer la gravité.

38-Pytiriasis rosé de Gibert(39):

Le pityriasis rosé est une dermatose commune d'origine virale probable, qui guérit spontanément. Elle débute par une lésion érythémato-squameuse de forme annulaire (le médaillon initial) sur le tronc, le cou ou un membre supérieur. Dans de rares cas, l'éruption peut être précédée d'un prodrome associant malaise général, céphalées et angine. Dans un délai de quelques jours, on voit apparaître, généralement sur le dos, une éruption à répartition symétrique, souvent impossible à distinguer de celle de la syphilis secondaire (encore qu'elle soit modérément prurigineuse). Cette éruption secondaire persiste généralement 6 semaines, mais peut durer jusqu'à 12 semaines. Chez les sujets

à la peau foncée, l'hyperpigmentation post-inflammatoire peut laisser des traces définitives.

39-Poux/Pédiculose du corps et du pubis(40):

Il s'agit de parasitoses cutanées de transmission directe le plus souvent (transmission indirecte par le linge rare). Les pédiculoses sont des affections cosmopolites retrouvées surtout dans les endroits surpeuplés. La pédiculose corporelle est favorisée par le manque d'hygiène tandis que la pédiculose du cuir chevelu se développe indifférent sur cheveux propres ou sales. La pédiculose se caractérise par un prurit intense, des nodules, des lésions de grattage et souvent une impétiginisation des lésions.

40-Prurit(41):

Il s'agit d'une sensation spontanée de démangeaison extrêmement pénible et symptôme de nombreuses dermatoses. Parfois ce symptôme est lié à la trop forte libération d'histamine et il passe avec un traitement antihistaminique. Par contre, compte tenu de la grande variété de maladies causales, il convient d'éliminer de nombreuses dermatoses (gale, poux, puces).

41-Prurigo strophulus(42):

C'est une éruption érythématomaculeuse prurigineuse centrée sur une petite pustule secondaire à une piqure d'insecte et d'origine allergique. Elle est très fréquente chez l'enfant. Cette dermatose préférentiellement tropicale est à l'origine d'un prurit intense et parfois de cicatrices hyperpigmentées permanentes irréversibles.

42-Psoriasis pustuleux(43):

Les formes pustuleuses de psoriasis sont hétérogènes. Néanmoins, toutes ont en commun l'existence de lésions pustuleuses aseptiques sur des plaques de psoriasis ou généralisées. La fièvre est fréquente.

43-Pustulose Exanthématique Aigue Généralisée(44):

Il s'agit d'une toxidermie médicamenteuse le plus souvent mais pouvant être liée à différents types d'éléments déclencheurs. Il s'agit d'une réaction pustuleuse généralisée mimant un psoriasis pustuleux chez des patients sans antécédents de psoriasis, caractérisée par la présence de nombreuses et très petites pustules non folliculaires sur un fond érythémateux et oedémateux, principalement localisées dans les plis : axillaires, inguinaux, cervical, le tronc et les membres supérieurs. La confluence des pustules peut entraîner une détachement superficiel. L'éruption dure quelques jours et laisse place à une fine desquamation.

44-Purpura fulminans(45):

Le purpura fulminans est défini comme la survenue de manière aigue d'au moins une tache nécrotique ou ecchymotique, ne disparaissant pas à la vitropression, mesurant au minimum 3mm et en général rapidement extensif en nombre et en taille. Ce purpura apparaît généralement dans un contexte de l'altération de l'état hémodynamique. Il est souvent du à une méningite à méningocoque.

45-Pyoderma gangrenosum(46):

C'est une « dermatose neutrophilique » inflammatoire stérile caractérisée par des ulcérations cutanées récurrentes avec exsudat mucopurulent ou hémorragique. Son incidence a été mesurée à 3 à 10 par million d'habitants et par an et l'âge de survenue est le plus souvent compris entre 20 et 50 ans. Le pyoderma gangrenosum touche préférentiellement les femmes.

46-Rougeole(47):

La rougeole est une maladie virale grave extrêmement contagieuse et grave (2,6 millions de décès par an dans le monde) due à un paramixovirides. Elle se caractérise par une forte fièvre à la phase initiale de la maladie 10 à 12 jours après le contage, associée à une

rhinorrhée avec toux, des yeux rouges et larmoyants ainsi que des petits points blanchâtres en regard des prémolaires à la face interne des joues (signes de Koplic).
La phase éruptive se caractérise par un début plusieurs jours après la phase de virose aspécifique, habituellement sur le visage et le haut du cou. En trois jours environ, elle progresse pour atteindre les mains et les pieds. Elle persiste 5 à 6 jours avant de disparaître sous la forme de fine desquamation.
Les décès sont dus aux complications de la rougeole. Une politique vaccinale très active a pour objectif d'éradiquer la maladie.

47-Roséole(47):

Il s'agit de la sixième maladie touchant l'enfant de 6 à 24 mois et due à l'HHV6 ou l'HHV7, caractérisée par une incubation de 10 à 15 jours, suivie d'une forte fièvre aux alentours de 40°C tombant à 37°C lors de l'apparition de l'éruption.
La lésion élémentaire correspond à des maculopapules roses pâles touchant le cou puis le tronc et les membres et le visage est toujours respecté. Un énanthème associant des papules érythémateuses du palais mou réalise le signe des spots de Nagayama.
L'éruption s'accompagne de petites adénopathies cervicales avec possible bombement de la fontanelle. La guérison survient 1 à 2 jours après l'éruption et la maladie est définitivement immunisante.

48-Mégalérythème épidémique(47):

Il touche l'enfant de 5 à 10 ans et l'adulte et est du au Parvovirus B19. L'incubation dure 10 à 14 jours ; s'ensuit alors une phase d'état sans prodrome avec lésion maculeuse donnant un aspect soufflété du visage et s'étendant aux membres avec un aspect en « maille de filet » et chez l'adulte une éruption en gant et en chaussette. Il s'y associe un énanthème avec de rares macules mais surtout des lésions aphtoïdes. La guérison survient 6 à 10 jours après l'éruption et la maladie est définitivement immunisante.

49-Syndrome pieds-main-bouche:

Il est dû au virus Coxsackie A16 et parfois à d'autre virus Coxsackie ou à l'entérovirus 71 avec dans ce cas un risque de complications neurologiques. Cette maladie est très contagieuse via les gouttelettes de Pfluggue ou par contamination orofécale. Elle touche l'enfant de moins de 10 ans et l'incubation dure 3 à 6 jours. S'installe ensuite des prodromes non spécifiques avec asthénie, fièvre, syndrome grippal et douleur abdominale. La stomatite est érosive et douloureuse avec atteinte du palais dur, de la luette, des gencives, de la partie antérieure de la langue et des lèvres. La lésion élémentaire est une vésicule entourée d'un halo érythémateux. Les vésicules se rompent rapidement et laissent place à des lésions grisâtres érosives et confluentes. Dans deux tiers des cas elles s'accompagnent de lésions cutanées maculeuses puis vésiculeuses douloureuses de la face dorsale des mains et des pieds. Un exanthème diffus des fesses, des organes génitaux externes et des cuisses est fréquent. Une diarrhée avec douleur abdominale peut accompagner ce tableau.
L'atteinte régresse le plus souvent en une semaine.

50-Staphylococcal Scalded Skin Syndrome(29):

Autrement appelé épidermolyse staphylococcique aigue, c'est une affection potentiellement grave touchant le plus souvent le nourrisson, due à des souches de Staphylococcus aureus productrice de toxines exfoliantes.
Le début est brutal avec altération de l'état général, fièvre et érythème scarlatiniforme, débutant aux plis. En 24 à 48h apparaissent des décollements bulleux flasques aux zones de frottements avec signe de Nikolsky. Une érythème, des croutes et des fissures péribuccales peuvent aussi être observées. Il n'y a pas de troubles hémodynamiques contrairement au tableau de syndrome de choc toxique.

51-Syndrome de Sweet(48):

C'est une dermatose aigue neutrophilique fébrile caractérisée par l'association d'anomalies cliniques et biologiques. Cliniquement on retrouve une fièvre, des lésions dermatologiques érythémateuses douloureuses à la pression (macules, papules et

plaques). Une neutrophilie constante peut être associée à un syndrome inflammatoire biologique ou à des marqueurs biologiques de l'étiologie (médicamenteuse, post-infectieuse ou précédant ou accompagnant un cancer, entéropathies inflammatoires,MASS…).

52-Syndrome de choc toxique staphylococcique(49):

C'est un syndrome lié à des Staphylococcus aureus productrice de toxine : la toxine de Paton-Valentine Leucocidine.
Cette toxine à une action de lyse sur la membrane cellulaire des leucocytes, ce qui libère des médiateurs pro-inflammatoires à l'origine de nécrose tissulaire.
Dans les formes graves, les toxines produites par le Staphylococcus aureus donnent des infections extensives, fasciites nécrosante, abcès profond, thrombose veineuse profonde avec évolution rapide vers le choc septique.
En France, une trentaine de cas sont déclarés chaque année, ce qui en fait une maladie rare mais dont la sévérité reste effroyable ; la plupart des cas est liée à une souche sensible à la méticilline. Le tableau clinique associe une fièvre avec hypotension artérielle et érythrodermie scarlatiniforme dont l'évolution aboutie à la desquamation débutant aux extrémités dans les 2 semaines suivant son apparition.
Le plus souvent, aucune porte d'entrée n'est retrouvée. Au niveau biologique, on retrouve un syndrome inflammatoire biologique avec une défaillance multiviscérale et l'hémoculture est systématiquement positive.

53-Ulcères des membres inférieurs(50):

L'ulcère de jambe se définit comme une plaie du membre inférieur ne cicatrisant pas depuis plus d'un mois. Il complique généralement une maladie vasculaire souvent grave ou ancienne. On distingue l'ulcère veineux lié à une hypertension veineuse ambulatoire associée à des reflux dans les veines superficielles et perforantes, des reflux dans les veines profondes et/ou une obstruction dans les veines profondes et/ou une déficience de la pompe musculaire du mollet. D'autre part, l'ulcère artériel est en rapport avec une ischémie du membre.

Au plan clinique, l'ulcère veineux se caractérise par une lésion dermo-épidermique de type plaque érythémato-squameuse, prurigineuse débutant souvent en région malléolaire interne (eczéma variqueux) associée avec des lésions de dermite ocre (la couleur est liée aux dépôts indélébiles d'hémosidérine), l'atrophie blanche qui précède quelques fois l'ulcère et qui correspond à une plaque irrégulière, atrophique, de couleur ivoire pouvant être parcourue de fines télangiectasies et souvent douloureuse. Enfin on retrouve souvent une capillarite hypertrophique (aspect de chevelus capillaires du dos du pied ou de la malléole). L'hypodermite accompagne généralement cet ulcère et prend un aspect de grosse jambe rouge non fébrile, la répétition de ces hypodermites donne des lésions de lipodermatosclérose irréversibles.
L'ulcère artériel se caractérise par une peau luisante et dépilée avec baisse de la température cutanée, pâleur à la surélévation du pied, cyanose de déclivité et allongement du temps de recoloration pulpaire. La lésion ulcéreuse est bien limitée, suspendue, froide, atone et douloureuse.

54-Urticaire aigue/Angioedème(51):

L'urticaire est une dermatose inflammatoire fréquente, cliniquement définie par la survenue de lésions maculopapuleuses cutanées et/ou muqueuses fugaces et migratrices appelées plaques associées parfois à des oedèmes sous cutanés ou sous muqueux appelés angioedème.
On distingue l'urticaire aigue de l'urticaire chronique qui dure plus de 6 semaines.
La prévalence de l'urticaire aigue dans la population générale est de 15 à 20%(51).

55-Varicelle/Zona(52):

La varicelle est une dermatose aigue liée à la primo-infection par herpes virus alpha humain de type 3 caractérisé par une éruption maculopapuleuse apparaissant après de brefs prodromes associant fièvre, douleurs localisées et sensation de malaise.
L'éruption survient quelques jours après et est marquée par l'apparition de vésicules à contour érythémateux développées sur peau saine d'abord claires puis se troublant et laissant place à une croutelle en se desséchant après quelques jours. La surinfection est fréquente.

La réactivation du virus latent contenu dans les ganglions sensitifs des nerfs spinaux donne un zona. Le zona est caractérisé par une éruption limité mais douloureuse de sémiologie identique mais présent dans un seul dermatôme en général thoracique. Il est lié à la réactivation du virus dans une ou plusieurs racine(s) sensitive(s).

56-Vascularites(53):

Il s'agit d'un groupe hétérogène de maladies caractérisées par une atteinte inflammatoire des vaisseaux. Nous parlons ici principalement du lupus, de la sclérodermie, du syndrome de Gougerot-Sjoegren et de la periartérite noueuse, les vascularites aigues virales et les cryoglobulinémie.

57-Vésicules :

Il s'agit de lésions élémentaires dermatologiques translucides dues à la formation d'une cavité de petite taille (1 à 3mm) dans la peau. Cette lésion clinique se traduit par un soulèvement de petite taille hémisphérique et saillant sur le reste du tégument.

5-Analyse statistique

Pour l'ensemble des données recueillies, en ce qui concerne les diagnostics retenus, la caractérisation de l'urgence dermatologique et les besoins en terme d'outil d'aide à la prise en charge, une analyse des médianes avec intervalle interquartile comme paramètre de dispersion est utilisée.

Une analyse par groupe correspondant à la ville d'exercice sera réalisée, celle-ci permettra d'identifier si l'éloignement du centre de référence a un impact avec la prise en charge de ces atteintes dermatologiques aigues. Pour les groupes de ville d'exercice nous calculerons les médianes associé à leur intervalle interquartile puis une analyse en comparaison selon le test de Mood sera réalisé. Ces comparaisons sont faites en utilisant un seuil de 5% dans le cas d'un test bilatéral.

Pour les objectifs secondaires, les résultats seront exprimés par médiane avec écart interquartiles.

L'ensemble des calculs est effectué au moyen du logiciel libre R fonctionnant sous Mac OsX (R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL http://www.R-project.org/).

RESULTATS

RESULTATS

1-Taux de réponse

L'enquête s'est déroulée du 20 Décembre 2014 au 1 Avril 2015. Elle concerne des praticiens installés en cabinet de médecine générale sur 3 grandes villes des Alpes-Maritimes (Cannes, Grasse, Nice). 69 médecins généralistes sur Cannes, 35 médecins généralistes sur Grasse et 68 sur Nice ont été interrogés. Sur l'ensemble des médecins interrogés, 10 questionnaires ont été exclus car il s'agissait d'interne en Médecine Générale non thésés réalisant des remplacements dans un cabinet de Médecine Générale. 62 réponses ont pu être obtenues sur la durée de l'étude répartie en 21 sur Cannes, 19 sur Grasse et 22 sur Nice. Ceci correspond à un taux de réponse global de 36,0% avec un taux de réponse par ville de : 30,4% sur Cannes, 54,2% sur Grasse et 32,3% sur Nice. Pour l'ensemble des questionnaires récupérés, il n'existait pas de données manquantes.

2-Description de la population

L'étude des données anthropomorphique de la population retrouve un âge moyen de 50,6 +/-9,6 ans. Dans 66,6% des cas il s'agit de praticiens de sexe masculin, ayant soutenu leur thèse en 1992+/-10,0ans et installés depuis 1993 +/-9,7 ans. Seul 12 médecins sur les 62 ayant répondu à l'étude ont effectué un stage en dermatologie au cours de leur cursus universitaire ce qui correspond à 19%. 15 médecins soit 23% participent à la permanence des soins dans une structure d'urgence essentiellement de type Maison Médicale de Garde (MMG). 22 médecins travaillent uniquement sur rendez-vous soit 35,5%, 13 exercent sans rendez-vous soit 20,9% et 27 ont une activité mixte soit 43,5%. 30,1% (n=19) des médecins interrogés déclarent avoir participé à des FMC de dermatologie non esthétique.

La patientelle de ces médecins est essentiellement féminine (45% d'hommes) ; la population gérontologique représente 56,1% +/-14,3% tandis que la population pédiatrique représente 30,8% +/-13,1%. Les consultations pour motif dermatologique chez les médecins ayant répondu au questionnaire représentent 2,5% +/-1,3.

Les Médecins Généralistes prennent en charge des dermatoses chroniques dans 3,2% des cas (n=2) et des dermatoses aigues dans 79,0% des cas (n=49). 17,7% (n=11), les Médecins Généralistes ayant répondu ont déclaré prendre en charge indifféremment des patients présentant des dermatoses aigues et des dermatoses chroniques.

Enfin, le délai de consultation déclaré est de moins de 24h pour 75,8% des répondeurs (n=47) et 24,2% des répondeurs (n=15) déclarent recevoir leurs patients dans les 48h suivant leur demande.

3-Critère principal d'évaluation

1-Résultats bruts par médiane

Pour l'ensemble des diagnostics testés on rappelle que les résultats sont exprimés en médiane associée à l'intervalle interquartile.
Un résultat obtenu entre 1 et 3 signifie un niveau faible et une nécessité indispensable d'aide à la prise en charge, un score de 4 à 6 révèle un niveau moyen et une nécessité moyenne d'aide à la prise en charge, un score entre 7 et 9 signifie un bon niveau de connaissance et de compétence dans la pathologie et l'absence de nécessité absolue d'aide à la prise en charge.

Tableau1-Résultat par médiane des diagnostics évalués

Diagnostic	**Médiane**	**Intervalle interquartile**	**Niveau de connaissance**
Syndrome de Kasabach-Merritt	1,00	(1,00 ;3,00)	Faible
Syndrome de Sweet	1,00	(1,00 ;3,00)	Faible
Syndrome de Kaposi-Juliusberg	3,00	(2,00 ;5,00)	Faible
Pathologie de la misère	3,00	(2,00 ;5,00)	Faible
Pyoderma gangrenosum	3,00	(1,00 ;6,00)	Faible
Staphylococcal Scalded Skin Syndrom	3,00	(1,00 ;5,00)	Faible
Angiomes	4,00	(2,00 ;5,00)	Moyen
Bulles	4,00	(3,00 ;7,00)	Moyen
Syndrome de Kawasaki	4,00	(2,25 ;5,00)	Moyen
Prurigo strophulus	4,00	(3,00 ;6,00)	Moyen
PEAG	4,00	(2,00 ;5,00)	Moyen
Syndrome de choc toxique	4,00	(1,00 ;6,00)	Moyen
Erythème pigmenté fixe	4,50	(3,00 ;6,00)	Moyen
Engelure/gelure	5,00	(3,25 ;6,00)	Moyen
Erythème polymorphe	5,00	(4,00 ;6,00)	Moyen

Erythrodermie	5,00	(4,00 ;6,00)	Moyen
Fièvre boutonneuse méditerranéenne	5,00	(3,00 ;7,00)	Moyen
DRESS syndrome	5,00	(3,00 ;7,00)	Moyen
Livedo	5,00	(3,00 ;6,00)	Moyen
Lucite estivale bénigne	5,00	(2,00 ;7,00)	Moyen
NET/Lyell/Stevens-Johnson	5,00	(4,00 ;6,00)	Moyen
Psoriasis pustuleux	5,00	(4,00 ;6,00)	Moyen
Mégalérythème épidémique	5,00	(3,00 ;7,00)	Moyen
Borréliose/Lyme	5,50	(4,00 ;7,00)	Moyen
Pityriasis	5,50	(3,00 ;7,00)	Moyen
Vascularites et purpuras	5,50	(4,00 ;7,00)	Moyen
Abcès	6,00	(4,00 ;8,00)	Moyen
Acnée fulminans	6,00	(4,00 ;7,00)	Moyen
Anthrax	6,00	(4,00 ;7,00)	Moyen
Dermites des près	6,00	(3,25 ;7,00)	Moyen
Dermohypodermite bactérienne	6,00	(5,00 ;7,00)	Moyen
Exanthème	6,00	(4,00 ;7,00)	Moyen
Erosion muqueuse	6,00	(4,00 ;7,00)	Moyen
Pathologies cutanées du grand âge	6,00	(4,00 ;7,00)	Moyen
Grosse Jambe rouge aigue	6,00	(4,00 ;7,00)	Moyen
Piqure d'insecte	6,00	(4,00 ;8,00)	Moyen
Piqure de méduse	6,00	(3,00 ;8,00)	Moyen
Morsures	6,00	(4,00 ;7,00)	Moyen
Nécroses cutanées	6,00	(3,25 ;7,00)	Moyen
Œdème aigu du visage	6,00	(5,00 ;7,00)	Moyen
Photosensibilité	6,00	(4,25 ;7,00)	Moyen
Pieds diabétiques	6,00	(5,00 ;7,00)	Moyen
Prurit aigu	6,00	(5,00 ;8,00)	Moyen
Syndrome Pieds-main-bouche	6,00	(4,00 ;7,00)	Moyen
Ulcères des membres inférieurs	6,00	(4,25 ;7,00)	Moyen

Urticaire/Angioedème	6,00	(5,00 ;7,00)	Moyen
Vésicules	6,00	(5,00 ;7,00)	Moyen
Impétigo	6,50	(4,00 ;8,00)	Moyen
MST/IST	6,50	(5,00 ;7,00)	Moyen
Brulures	7,00	(5,00 ;8,00)	Bon
Eczema aigu	7,00	(5,25 ;8,00)	Bon
Erysipèle	7,00	(5,00 ;8,00)	Bon
Gale	7,00	(5,00 ;8,00)	Bon
Herpes	7,00	(3,25 ;8,00)	Bon
Ongle incarné	7,00	(3,00 ;8,00)	Bon
Rougeole	7,00	(4,00 ;8,00)	Bon
Roséole	7,00	(3,00 ;8,00)	Bon
Varicelle	7,00	(6,00 ;8,00)	Bon
Zona	7,00	(5,00 ;8,00)	Bon
Poux/pédiculose corps et tête	8,00	(4,00 ;9,00)	Bon
Purpura fulminans	8,00	(6,00 ;9,00)	Bon

2-Commentaires libres

Parmi les 62 réponses obtenues, 2 praticiens ont manifesté un besoin d'aide à la prise en charge pour le psoriasis soit 3% des réponses obtenues ; un (1,6%) a souhaité une aide à la prise en charge pour les ulcères variqueux ; un (1,6%) une aide à la prise en charge pour les maladies rares dermatologiques ; un (1,6%) pour les dermatoses staphylococciques. Trois (4,8%) ont exprimé un besoin d'aide à la prise en charge pour les maladies systémiques à expression cutanéo-muqueuse, pour les tumeurs cutanées (y compris les mélanomes) ainsi que pour les pathologies pédiatriques.

3-Résultats en médiane par ville d'exercice

Tableau 2-Résultats par ville : Nice

Diagnostic	Médiane	Intervalle interquartile	Niveau de connaissance
Angiomes	2,00	(2,00 ; 5,00)	Faible
Kasabach-Merritt	2,50	(1,00 ; 5,25)	Faible
Ongle incarné	2,50	(2,00 ; 5,00)	Faible
Herpes	3,00	(2,75 ; 8,00)	Faible
Lucite estivale bénigne	3,00	(2,00 ; 6,25)	Faible
Méduse	3,00	(2,00 ; 8,00)	Faible
Pathologie de la misère	3,00	(2,50 ; 5,50)	Faible
Pytiriasis	3,00	(2,00 ; 7,00)	Faible
Sweet Syndrome	3,00	(1,00 ; 5,00)	Faible
Abcès	3,50	(3,00 ; 7,25)	Moyen
Roséole	3,50	(2,00 ; 8,00)	Moyen
Rougeole	3,50	(2,75 ; 8,00)	Moyen
Impétigo	4,00	(2,75 ; 8,00)	Moyen
Morsures	4,00	(2,00 ; 7,00)	Moyen
Zona	4,00	(3,00 ; 8,00)	Moyen
poux	4,50	(4,00 ; 8,25)	Moyen
Prurigo strophulus	4,50	(2,00 ; 5,00)	Moyen
Brulures	5,00	(4,75 ; 8,00)	Moyen
Engelures/gelures	5,00	(4,00 ; 6,00)	Moyen
Erysipèle	5,00	(3,75 ; 9,00)	Moyen
insectes	5,00	(4,00 ; 8,00)	Moyen
Livedo	5,00	(3,00 ; 6,00)	Moyen
Mégalérythème épidémique	5,00	(2,75 ; 7,25)	Moyen
Prurit aigu	5,00	(4,00 ; 7,25)	Moyen
Psoriasis pustuleux	5,00	(4,00 ; 5,25)	Moyen
Staphylococcal Scalded Skin Syndrome	5,00	(1,00 ; 5,25)	Moyen

Urticaires/Oedème angioneurotique	5,00	(4,00 ; 8,00)	Moyen
Gale	5,50	(5,00 ; 7,50)	Moyen
Kaposi-Juliusberg	5,50	(1,00 ; 6,00)	Moyen
Kawasaki	5,50	(2,75 ; 6,00)	Moyen
Anthrax	6,00	(3,75 ; 7,00)	Moyen
Dermites des près	6,00	(2,75 ; 7,00)	Moyen
Eczema aigu	6,00	(4,25 ; 8,00)	Moyen
Erosions muqueuses	6,00	(3,00 ; 7,00)	Moyen
Erythème pigmenté fixe	6,00	(2,00 ; 7,00)	Moyen
Erythème polymorphe	6,00	(4,00 ; 6,00)	Moyen
Erythrodermie	6,00	(3,00 ; 7,00)	Moyen
Exanthèmes	6,00	(3,00 ; 7,00)	Moyen
Fièvre boutonneuse méditerranéenne	6,00	(3,00 ; 6,25)	Moyen
MST	6,00	(3,00 ; 8,00)	Moyen
Pathologie cutanées du grand âge	6,00	(5,00 ; 7,00)	Moyen
PEAG	6,00	(3,00 ; 7,00)	Moyen
Photosensibilité	6,00	(4,75 ; 7,25)	Moyen
Pieds diabétique	6,00	(3,75 ; 8,00)	Moyen
Pieds-main-bouche	6,00	(4,50 ; 8,00)	Moyen
Syndrome de choc toxique	6,00	(1,00 ; 6,00)	Moyen
Ulcères des membres inférieurs	6,00	(4,00 ; 8,00)	Moyen
Varicelle	6,00	(5,00 ; 8,00)	Moyen
Vascularite et purpura	6,00	(4,75 ; 7,00)	Moyen
Vésicule	6,00	(5,00 ; 7,00)	Moyen
Pyoderma gangrenosum	6,50	(2,00 ; 7,00)	Moyen
Acnée Fulminans	7,00	(4,00 ; 7,00)	Bon
Purpura fulminans	7,00	(4,50 ; 9,00)	Bon
Borreliose/Lyme	7,00	(5,00 ; 7,50)	Bon
Bulles	7,00	(3,00 ; 8,00)	Bon

Dermohypodermite	7,00	(5,00 ; 7,00)	Bon
DRESS Syndrome	7,00	(3,00 ; 7,25)	Bon
Grosse jambe rouge fébrile	7,00	(3,75 ; 8,00)	Bon
Nécrose cutanée	7,00	(3,75 ; 8,00)	Bon
NET/Lyell/Stevens-Johnson	7,00	(4,75 ; 7,75)	Bon
Oedème aigu du visage	7,00	(5,00 ; 8,00)	Bon

Tableau 3-Résultats par ville : Cannes

Diagnostic	Médiane	Intervalle interquartile	Niveau de connaissance
Kasabach-Merritt	1,00	(1,00 ; 3,00)	Faible
Sweet Syndrome	1,00	(1,00 ; 5,00)	Faible
Kaposi-Juliusberg	3,00	(2,00 ; 6,00)	Faible
Pyoderma gangrenosum	3,00	(2,00 ; 5,75)	Faible
Syndrome de choc toxique	3,00	(2,50 ; 7,00)	Faible
PEAG	3,50	(2,25 ; 6,75)	Moyen
Angiomes	4,00	(2,00 ; 5,00)	Moyen
Bulles	4,00	(4,00 ; 8,00)	Moyen
Erythème pigmenté fixe	4,00	(3,25 ; 6,50)	Moyen
Kawasaki	4,00	(2,00 ; 5,75)	Moyen
NET/Lyell/Stevens-Johnson	4,00	(4,00 ; 7,00)	Moyen
Pathologie de la misère	4,00	(2,00 ; 6,00)	Moyen
Prurigo strophulus	4,00	(3,25 ; 7,00)	Moyen
Staphylococcal Scalded Skin Syndrom	4,00	(1,00 ; 5,00)	Moyen
DRESS Syndrome	4,50	(3,50 ; 6,75)	Moyen
Borréliose/Lyme	5,00	(4,25 ; 7,75)	Moyen
Engelures/gelures	5,00	(4,25 ; 5,75)	Moyen
Erythème polymorphe	5,00	(4,25 ; 7,00)	Moyen
Erythrodermie	5,00	(4,25 ; 7,00)	Moyen
Fièvre boutonneuse méditerranéenne	5,00	(3,00 ; 7,75)	Moyen
Livedo	5,00	(2,25 ; 6,00)	Moyen
Psoriasis pustuleux	5,00	(3,25 ; 7,00)	Moyen
Anthrax	5,50	(4,25 ; 8,00)	Moyen
Dermites des près	5,50	(4,25 ; 8,00)	Moyen
Acnée Fulminans	6,00	(3,50 ; 7,00)	Moyen
Exanthèmes	6,00	(4,25 ; 7,00)	Moyen
Lucite estivale bénigne	6,00	(2,25 ; 8,00)	Moyen

Nécrose cutanée	6,00	(4,25 ; 7,75)	Moyen
Pathologie cutanées du grand âge	6,00	(4,00 ; 7,00)	Moyen
Photosensibilité	6,00	(3,00 ; 7,00)	Moyen
Vascularite et purpura	6,00	(5,00 ; 7,00)	Moyen
Vésicule	6,00	(4,25 ; 7,00)	Moyen
Dermohypodermite	6,50	(5,00 ; 7,75)	Moyen
Mégalérythème épidémique	6,50	(3,00 ; 7,75)	Moyen
Morsures	6,50	(4,25 ; 7,00)	Moyen
Ulcères des membres inférieurs	6,50	(2,25 ; 7,75)	Moyen
Abcès	7,00	(3,00 ; 8,00)	Bon
Brulures	7,00	(5,00 ; 7,00)	Bon
Erosions muqueuses	7,00	(3,25 ; 8,00)	Bon
Gale	7,00	(4,25; 7,00)	Bon
Méduse	7,00	(3,00 ; 8,75)	Bon
MST	7,00	(5,00 ; 7,00)	Moyen
Oedème aigu du visage	7,00	(5,25 ; 7,75)	Bon
Ongle incarné	7,00	(3,00 ; 7,00)	Bon
Pieds diabétique	7,00	(4,50 ; 8,00)	Bon
Pieds-main-bouche	7,00	(5,25 ; 7,75)	Bon
Prurit aigu	7,00	(5,00 ; 7,75)	Bon
Pytiriasis	7,00	(3,25 ; 8,00)	Bon
Roséole	7,00	(4,00 ; 8,00)	Bon
Urticaires/Oedème angioneurotique	7,00	(6,00 ; 8,00)	Bon
Herpes	7,50	(4,25 ; 8,75)	Bon
insectes	7,50	(5,00 ; 8,00)	Bon
Eczema aigu	8,00	(6,00 ; 9,00)	Bon
Erysipèle	8,00	(5,00 ; 8,00)	Bon
Grosse jambe rouge fébrile	8,00	(6,00 ; 8,00)	Bon
Impétigo	8,00	(3,00 ; 8,00)	Bon
Purpura fulminans	8,00	(7,00 ; 8,75)	Bon

Rougeole	8,00	(4,00 ; 8,00)	Bon
Varicelle	8,00	(6,00 ; 9,00)	Bon
Zona	8,00	(5,00 ; 9,00)	Bon
poux	8,50	(4,00 ; 9,00)	Bon

Tableau 4-Résultats par ville : Grasse

Diagnostic	Médiane	Intervalle interquartile	Niveau de connaissance
Kasabach-Merritt	1,00	(1,00 ; 1,75)	Faible
Pyoderma gangrenosum	1,00	(1,00 ; 4,75)	Faible
Sweet Syndrome	1,00	(1,00 ; 2,50)	Faible
PEAG	2,00	(1,25 ; 5,50)	Faible
Staphylococcal Scalded Skin Syndrome	2,00	(1,00 ; 3,75)	Faible
Bulles	3,00	(2,00 ; 6,00)	Faible
Erythème pigmenté fixe	3,00	(3,00 ; 6,00)	Faible
Kaposi-Juliusberg	3,00	(1,00 ; 4,00)	Faible
Kawasaki	3,00	(2,00 ; 5,00)	Faible
Pathologie de la misère	3,00	(2,00 ; 3,00)	Faible
Syndrome de choc toxique	3,00	(1,00 ; 5,50)	Faible
Angiomes	4,00	(2,00 ; 7,00)	Moyen
DRESS Syndrome	4,00	(3,00 ; 7,00)	Moyen
Erythème polymorphe	4,00	(3,00 ; 6,00)	Moyen
Erythrodermie	4,00	(3,25 ; 5,75)	Moyen
Fièvre boutonneuse méditerranéenne	4,00	(2,25 ; 6,75)	Moyen
Nécrose cutanée	4,00	(3,00 ; 6,75)	Moyen
NET/Lyell/Stevens-Johnson	4,00	(2,25 ; 6,00)	Moyen
Pathologie cutanées du grand âge	4,00	(2,25 ; 6,00)	Moyen
Vascularite et purpura	4,00	(2,25 ; 6,75)	Moyen
Acnée Fulminans	5,00	(4,00 ; 8,00)	Moyen
Borréliose/Lyme	5,00	(3,00 ; 6,75)	Moyen
Dermites des près	5,00	(4,25 ; 7,75)	Moyen
Exanthèmes	5,00	(3,25 ; 6,75)	Moyen
Livedo	5,00	(2,00 ; 6,75)	Moyen
Lucite estivale bénigne	5,00	(2,00 ; 6,00)	Moyen

Mégalérythème épidémique	5,00	(2,25 ; 6,75)	Moyen
Oedème aigu du visage	5,00	(4,25 ; 7,00)	Moyen
Prurigo strophulus	5,00	(2,25 ; 6,00)	Moyen
Psoriasis pustuleux	5,00	(4,25 ; 6,00)	Moyen
Anthrax	6,00	(2,00 ; 6,00)	Moyen
Dermohypodermite	6,00	(5,25 ; 7,75)	Moyen
Engelures/gelures	6,00	(3,00 ; 6,75)	Moyen
Erosions muqueuses	6,00	(4,00 ; 7,75)	Moyen
insectes	6,00	(4,00 ; 6,75)	Moyen
Méduse	6,00	(2,25 ; 6,75)	Moyen
MST	6,00	(5,00 ; 7,00)	Moyen
Photosensibilité	6,00	(4,25 ; 7,00)	Moyen
Pieds diabétique	6,00	(5,00 ; 6,00)	Moyen
Pieds-main-bouche	6,00	(4,00 ; 7,00)	Moyen
Prurit aigu	6,00	(5,00 ; 7,75)	Moyen
Pytiriasis	6,00	(2,50 ; 7,00)	Moyen
Ulcères des membres inférieurs	6,00	(5,25 ; 7,00)	Moyen
Vésicule	6,00	(4,00 ; 7,00)	Moyen
Brulures	7,00	(4,00 ; 8,00)	Bon
Gale	7,00	(5,25 ; 8,00)	Bon
Impétigo	7,00	(5,00 ; 8,00)	Bon
Morsures	7,00	(4,25 ; 7,75)	Bon
Ongle incarné	7,00	(5,00 ; 8,00)	Bon
Roséole	7,00	(3,00 ; 7,00)	Bon
Rougeole	7,00	(3,25 ; 7,25)	Bon
Urticaires/Oedème angioneurotique	7,00	(4,25 ; 7,75)	Bon
Zona	7,00	(5,00 ; 8,00)	Bon
Abcès	8,00	(5,25 ; 8,75)	Bon
Eczema aigu	8,00	(5,25 ; 8,75)	Bon
Erysipèle	8,00	(5,50 ; 8,75)	Bon
Grosse jambe rouge fébrile	8,00	(7,25 ; 8,75)	Bon

Herpes	8,00	(3,25 ; 9,00)	Bon
poux	8,00	(2,50 ; 9,00)	Bon
Purpura fulminans	8,00	(6,00 ; 9,00)	Bon

4-Comparaison de niveau de connaissance selon la ville d'exercice

Tableau 5-Comparaison des résultats selon la ville d'exercice

	Nice	**Grasse**	**Cannes**	**p**
Abcès	3,50	8,00	7,00	0,00
Bulles	7,00	3,00	4,00	0,00
DRESS Syndrome	7,00	4,00	4,50	0,00
Erysipèle	5,00	8,00	8,00	0,00
Erythrodermie	6,00	4,00	5,00	0,00
Grosse jambe rouge fébrile	7,00	8,00	8,00	0,00
Herpes	3,00	8,00	7,50	0,00
Impétigo	4,00	7,00	8,00	0,00
Kasabach-Merritt	2,50	1,00	1,00	0,00
Méduse	3,00	6,00	7,00	0,00
Morsures	4,00	7,00	6,50	0,00
NET/Lyell/Stevens-Johnson	7,00	4,00	4,00	0,00
Ongle incarné	2,50	7,00	7,00	0,00
PEAG	6,00	2,00	3,50	0,00
Pieds-main-bouche	6,00	6,00	7,00	0,00
poux	4,50	8,00	8,50	0,00
Prurit aigu	5,00	6,00	7,00	0,00
Pyoderma gangrenosum	6,50	1,00	3,00	0,00
Pytiriasis	3,00	6,00	7,00	0,00
Roséole	3,50	7,00	7,00	0,00
Rougeole	3,50	7,00	8,00	0,00
Zona	4,00	7,00	8,00	0,00
Brulures	5,00	7,00	7,00	0,01
insectes	5,00	6,00	7,50	0,01
Nécrose cutanée	7,00	4,00	6,00	0,01
Sweet Syndrom	3,00	1,00	1,00	0,01
Borrélioses/Lyme	7,00	5,00	5,00	0,02

Eczema aigu	6,00	8,00	8,00	0,02
Erythème pigmenté fixe	6,00	3,00	4,00	0,02
Gale	5,50	7,00	7,00	0,02
MST	6,00	6,00	7,00	0,02
Pathologie cutanées du grand âge	6,00	4,00	6,00	0,02
Syndrome de choc toxique	6,00	3,00	3,00	0,02
Varicelle	6,00	8,00	8,00	0,02
Erythème polymorphe	6,00	4,00	5,00	0,04
Kawasaki	5,50	3,00	4,00	0,05
Oedème aigu du visage	7,00	5,00	7,00	0,05
Pieds diabétique	6,00	6,00	7,00	0,05
Angiomes	2,00	4,00	4,00	0,06
Staphylococcal Scalded Skin Syndrome	5,00	2,00	4,00	0,07
Urticaires/Oedème angioneurotique	5,00	7,00	7,00	0,08
Vascularite et purpura	6,00	4,00	6,00	0,08
Mégalérythème épidémique	5,00	5,00	6,50	0,12
Dermohypodermite	7,00	6,00	6,50	0,14
Kaposi-Juliusberg	5,50	3,00	3,00	0,17
Erosions muqueuses	6,00	6,00	7,00	0,19
Lucite estivale bénigne	3,00	5,00	6,00	0,21
Exanthèmes	6,00	5,00	6,00	0,22
Fièvre boutonneuse méditerranéenne	6,00	4,00	5,00	0,25
Purpura fulminans	7,00	8,00	8,00	0,26
Engelures/gelures	5,00	6,00	5,00	0,31
Photosensibilité	6,00	6,00	6,00	0,35
Psoriasis pustuleux	5,00	5,00	5,00	0,35
Ulcères des membres inférieurs	6,00	6,00	6,50	0,39
Pathologie de la misère	3,00	3,00		0,45
Anthrax	6,00	6,00	5,50	0,49

Acnée Fulminans	7,00	5,00	6,00	0,50
Vésicules	6,00	6,00	6,00	0,55
Livedo	5,00	5,00	5,00	0,56
Prurigo strophulus	4,50	5,00	4,00	0,84
Dermites des près	6,00	5,00	5,50	0,99

Il existe des différences statistiques entre les 3 villes dans 65,5% des cas (n=38), néanmoins, vu qu'il s'agit de comparaisons multiples, la prudence exige de multiplier les valeurs de p par le nombre de tests et dans ce cas la valeur de p considérée comme significative est $p<0,0008$. Ceci nous donne 22 items (37,9%) pour lesquels il existe une différence statistique.

4-Critères secondaires d'évaluation

1-Définition de l'urgence dermatologique selon les médecins généralistes

Nous attribuons, comme pour le critère de d'évaluation principal, un accord faible pour une médiane comprise entre 1 et 3, un accord moyen pour une médiane entre 4 et 6 et un accord fort pour les médianes comprises entre 7 et 9.

Les Médecins Généralistes interrogés estiment être confrontés à l'urgence dermatologique avec une médiane à 3 et un écart interquartile à 2 ce qui correspond à un accord faible pour ce critère. Pour ces derniers, l'urgence est justifiée avec une médiane de 3 et un écart interquartile de 2 donnant là aussi un accord faible. Le recours au confrère Dermatologue est peu fréquent avec une médiane à 3 et un écart interquartile également à 3.

Dans 80,6% des cas (n=50) les Médecins Généralistes déclarent prendre en charge seul le patient consultant pour un motif urgent d'origine dermatologique. 14,5% (n=9) ; ils déclarent adresser le patient à un confrère Médecin Dermatologue et 4,8% disent transférer dans un SAU/UPATOU leurs patients présentant une atteinte dermatologique aigue.

Les Médecins interrogés disposent dans leur réseau professionnel d'un interlocuteur dermatologue dans 59,6% des cas (n=37).

Le délai moyen de consultation d'un Médecin Dermatologue en urgence sans l'appui du Médecin Généraliste mais s'incluant dans un parcours de soin coordonné est estimé, par les Médecins Généralistes ayant participé à l'étude, entre 15 jours et un mois dans 38,7% des cas (n=24) ; 8 à 14 jours dans 30,6% des cas (n=19) ; 14,5% (n=9) estiment ce délai à 4 à 7 jours ; 9,6% (n=6) à moins de 72 heures et 6,4% considèrent qu'une consultation en urgence auprès d'un dermatologue sans leur appui s'obtient en 2 à 3 mois.

Par ailleurs, les Médecins Généralistes ont un accord moyen quant à leur satisfaction pour obtenir un rendez-vous auprès d'un confrère Dermatologue dans les 48h, avec leur appui téléphonique avec une médiane retrouvée à 4 et un écart interquartile à 2,5.

Pour les Médecins Généralistes ayant répondu au questionnaire proposé, l'urgence dermatologique concerne une atteinte menaçant le pronostic vital avec une médiane de 8 soit un accord fort et l'écart interquartile est retrouvé à 2 ; une atteinte menaçant le pronostic fonctionnel avec, là encore, un accord fort avec une médiane à 7 et un intervalle interquartile à 3 ; ils considèrent qu'une atteinte dermatologique traduisant un marqueur précoce de maladie grave (par exemple un purpura) peut être considéré comme une urgence dermatologique avec un accord fort (médiane=7 et écart interquartile à 3). Les pathologies dermatologiques provoquant une altération de la qualité de vie (par exemple un prurit) ne sont considérées comme urgence dermatologique qu'avec un accord moyen traduit par une médiane à 6 et un écart interquartile à 2.
L'inquiétude de l'entourage face à la survenue récente d'une atteinte dermatologique fait l'objet d'un accord moyen avec une médiane à 5 et un écart interquartile large à 4.
Enfin, le caractère affichant de l'atteinte dermatologique, ne fait l'objet que d'un accord faible avec une médiane à 3 et un écart interquartile à 3.

2-Conception d'un outil d'aide à la prise en charge des dermatoses aigue en Médecine Générale : besoins des médecins généraliste, forme de l'outil.

Les Médecins Généralistes interrogés déclarent que, s'il en existaient un, ils utiliseraient un outil d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues avec un accord moyen (médiane=4 et écart interquartile à 2). Ils jugent que l'outil serait utile avec un accord fort (médiane=7 et écart interquartile=3).

Lorsqu'on les interroge sur la forme de l'outil la mieux adaptée, ceux-ci citent la télémédecine interactive avec un accord fort (médiane à 8 mais écart interquartile à 4), un guide photographique des lésions dermatologiques avec un accord fort (médiane à 8 mais un écart interquartile à 4), une recherche internet sur un site web validé avec un accord fort (médiane à 7 mais un écart interquartile à 5) et enfin un guide descriptif des lésions dermatologiques avec un accord moyen (médiane retrouvée à 5,5 et écart interquartile à 3).

A la question sur l'approche à utiliser quant à la conception d'un outil d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues, les médecins ayant répondu à l'étude préfèrent une approche avec description sémiologique des lésions avec un accord fort (médiane=7 et écart interquartile à 2), une approche avec une description des lésions selon le contexte clinique avec un accord moyen (médiane=5,5 et écart interquartile à 2), une approche selon le diagnostic avec un accord moyen (médiane=5 et écart interquartile à 2) et enfin une approche selon la topographie des lésions cutanées avec un accord faible (médiane=2 et écart interquartile =2).

DISCUSSION

DISCUSSION

1-Interet de l'étude

Il s'agit d'un audit clinique original, à travers lequel nous avons voulu juger par autoévaluation le niveau de connaissance dans la prise en charge des dermatoses aigues en soins primaires. Comme nous l'avons vu en introduction, les pathologies dermatologiques représentent une part faible des consultations en médecine générale puisque selon l'OMG, les derniers résultats datant de 2011 (fermeture de l'OMG depuis) la dermatologie est le 23ème motif de recours en Médecine Générale et représente 3,27% des motifs de consultation(54). Depuis lors, l'étude nationale ECOGEN prend le relais pour évaluer les motifs de consultations en médecine générale. La thèse d'exercice du Dr Brunet de 2013 retrouve un motif dermatologique plus fréquent avec, chez les patients bénéficiant de la CMU-C, à partir des données de l'étude ECOGEN(55), un résultat de 4,5% et de 5,8% pour les patients ne bénéficiant pas de la CMU-C sous tendant une évolution globalement croissante de l'activité de dermatologie chez le médecin généraliste, en partie liée à la mise en place du parcours de soins coordonné en 2004(56). Ce parcours de soins encourage le patient à passer par son médecin traitant avant de consulter (sauf urgences ou spécialiste à accès direct) un médecin spécialiste. Notre étude retrouve des résultats similaires, alors qu'il s'agissait de données déclaratives provenant des médecins généralistes interrogés.

Par ailleurs, la thèse d'exercice du Dr Jouanin en 2006, retrouve un motif initial de consultation du médecin généraliste d'ordre cutané dans 8,8% des cas et une demande de fin de consultation d'ordre cutané dans 12,8% des cas. Ces résultats s'écartant des données de la littérature ainsi que de nos données, nous suggèrent que la « demande » dermatologique grandit en soins primaires.

Selon une enquête de l'IFOP, 46% des patients jugent assez difficile, voire très difficile d'obtenir un rendez-vous avec un dermatologue et évaluent le délai d'obtention de rendez-vous à 34,8 jours (en réalité 25,4 jours)(57) ce qui est concordant avec l'estimation des médecins généralistes ayant répondu à notre étude qui estiment l'obtention d'un rendez-vous urgent avec un dermatologue par le patient seul (c'est à

dire sans l'appui direct du médecin généraliste) entre 15 jours et 1 mois. D'autre part, malgré l'appui du médecin généraliste, ces derniers estiment leur satisfaction comme moyenne avec une médiane de 4/9. Ces délais, la densité de population (notre panel de médecins interrogés couvrent une population totale de 454377 habitants sur les 3 grandes villes des Alpes-Maritimes) et la faiblesse de l'offre en dermatologues sur les Alpes-Maritimes, poussent les médecins généralistes interrogés à prendre en charge seul ces patients dans la grande majorité des cas et ce, malgré leur niveau de connaissance qu'ils jugent moyen.

2-Les résultats de l'objectif principal

1-Etude des médianes obtenues

D'une manière générale, les résultats de cette études montrent que le niveau de connaissance dans la prise en charge des dermatoses aigues en soins primaires est considéré comme moyen (moyenne des médianes 5,48+/-1,48) alors qu'il s'agit d'un motif non négligeable de consultation et parfois un motif caché derrière un renouvellement d'ordonnance, un syndrome fébrile, un tout autre problème de santé. On note aussi que le niveau de connaissance pour des pathologies fréquentes telle que les pathologies pédiatriques est moyen (moyenne des médianes 5,04+/-2,47) de même que les pathologies infectieuses (moyenne des médianes 6,06+/-1,40) alors qu'il s'agit des principaux motifs dermatologiques de consultation en soins primaires. Les pathologies circonstancielles, quoique plus fréquentes dans les SAU/UPATOU qu'au cabinet de médecine générale, font l'objet d'un niveau de connaissance moyen également (moyenne des médianes 5,43+/-1,27).
Les toxidermies médicamenteuse font l'objet également d'un niveau de connaissance moyen (moyenne des médianes 4,75+/-0,42) alors qu'il s'agit de pathologies plutôt rares mais potentiellement graves puisque la fréquence des formes sévères est de l'ordre de 2%(44). Les maladies inflammatoires ou symptômes dermatologiques font également l'objet d'un niveau de connaissance moyen.

La liste des pathologies étudiées était volontairement limitative et définie par avance. En effet, il semblait difficile de proposer un questionnaire ouvert, pour une étude dont le but final était d'évaluer les besoins des médecins généralistes en terme d'aide à la prise en charge des atteintes dermatologiques aigues, alors que notre impression initiale était celle d'une formation insuffisante. Cela est en partie confirmé dans notre étude par la faible minorité des médecins ayant effectué un stage, au cours de leur formation initiale, en dermatologie et, par le faible nombre de répondeurs participant à des FMC de dermatologie non esthétique.

Certaines maladies ou grands symptômes font l'objet d'un niveau de connaissance faible selon les médecins interrogés, il s'agit de maladies le plus souvent très rares telles que le syndrome de Kaposi-Juliusberg pour lequel il existe un traitement efficace si celui-ci est mis en place précocement ce qui a permis de faire chuter la mortalité de cette atteinte, le syndrome de Kasabach-Merritt touchant l'enfant pour lequel la prévalence est de l'ordre de 1/1000000(30) (la prévalence réelle est inconnue), le pyoderma gangrenosum touchant préférentiellement la femme entre 20 et 50ans et dont l'incidence est estimée entre 3 et 10 cas par million et par an(46), le syndrome de Sweet touchant la femme jeune entre 30 et 50ans dont la prévalence est inférieure à un pour un million(48), le Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (ou syndrome de la peau ébouillantée) dont l'incidence, quoique plus fréquente, reste elle également inestimable(58).

Cependant, des pathologies ou symptômes fréquemment rencontrées en Médecine Générale telles que le prurit pour laquelle la prévalence en France est de 29,8%(41), ou l'urticaire et les réactions d'allergies touchant à peu près 20% de la population(59) font l'objet d'un niveau de connaissance tout juste moyen.

Les borrélioses et maladie de Lyme font l'objet d'un niveau de connaissance moyen avec une médiane à 5,5 et un écart interquartile de 3 soulignant un besoin d'aide à la prise en charge de ces pathologies infectieuses pourtant non exceptionnelles puisque le réseau sentinelle de l'INVS retrouve une incidence pour l'année 2013 de 55 pour 100000 habitants(60). Cet écart entre la fréquence de la pathologie et le niveau de connaissance des médecins généralistes répondeurs peut être expliqué par le fait que sur la région

Sud-Est, et en particulier dans les Alpes-Maritimes, la maladie de Lyme est extrêmement peu répandue(61).

Le niveau de connaissance des médecins généralistes des Alpes-Maritimes semble donc être globalement moyen ce qui se traduit par leur impression initiale lors de la présentation de l'étude: « la dermatologie c'est compliqué et souvent on a pas de réponse… » cela conforte donc notre hypothèse de départ : il existe une carence de formation des médecins généralistes en dermatologie aigue, donc ces derniers doivent bénéficier une aide à la prise en charge.

La médiane était la valeur que nous avons choisie comme référence dans notre étude car elle permettait à la fois d'interpréter facilement les résultats et d'autre part évitait d'être trop influencée par les valeurs extrêmes ; elle paraissait donc plus « robuste » pour déterminer un niveau de connaissance par autoévaluation car elle permettait de couper notre échantillon en 2 parts égales en nombre.
L'utilisation d'un paramètre de dispersion absolue tel que l'écart interquartile permet de supprimer 25% des valeurs les plus faibles et 25% des valeurs les plus fortes. L'écart interquartile permet donc, après exclusion des extrêmes de pouvoir analyser sur les 50% de données restantes le niveau de connaissance médian sur les pathologies dermatologiques testées. Ceci permet, sur des items courant tel que la lucite estivale bénigne pour laquelle on retrouve une médiane de 5 mais présentant un écart interquartile de 5 de réévaluer les résultats et de déterminer les items pour lesquels la dispersion est telle qu'une aide à la prise en charge semble indispensable pour au moins 50% des médecins généralistes. Ceci traduit une disparité du niveau de connaissance que nous pouvons expliquer par l'expérience de chaque médecin (l'écart type de l'âge moyen étant de presque 10ans) et par la place occupée dans l'enseignement initial et la FMC. Par exemple, certaines pathologies sont exceptionnelles mais graves telles que le purpura fulminans et font l'objet de cours du DCEM, de nombreux dossiers cliniques et conférences d'internat, de recommandations. Sans surprise, le purpura fulminans est la mieux connue des urgences vitales évaluées dans notre étude. D'autres sont des pathologies beaucoup plus courantes en médecine générale telle que la varicelle

(incidence de 25 pour 100000 habitants à la semaine 29 de l'année 2015 selon le réseau sentinelle de l'INVS(62)) expliquant un écart interquartile retrouvé étroit.

Après analyse des résultats, on s'aperçoit que seulement 12 des items explorés présentent un écart interquartile étroit (=2) tandis que 7 de ces mêmes items ont un écart interquartile large (=5) suggérant une grande dispersion des réponses obtenues. Il s'agit de pathologies variées : la lucite estivale bénigne, la piqure de méduse, les ongles incarnés, les poux et pédiculoses, le pyoderma gangrenosum, la roséole, le syndrome de choc toxique.

2-Etude des médianes par ville d'exercice

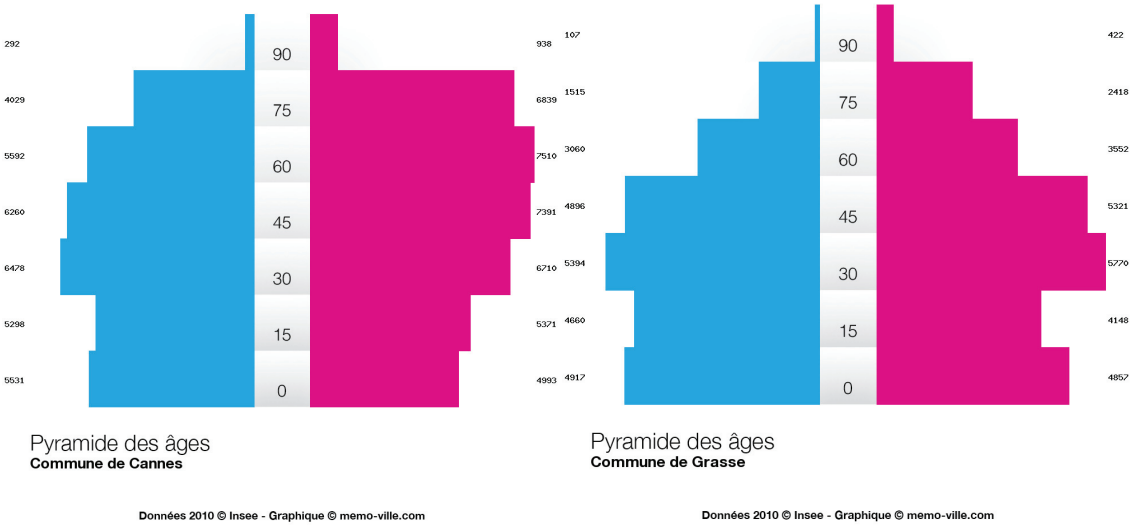
Nous avons choisi de calculer les médianes par ville d'exercice pour évaluer l'existence de potentielles différences entre le niveau de connaissance des praticiens installés en médecine libérale et leur éloignement du CHU.
En effet, il existe une distance de 32km entre Cannes et le CHU de Nice l'Archet 2 ou se trouve le service de dermatologie, une distance de 42km entre Grasse et le CHU.
Notre hypothèse est que l'éloignement du centre de référence pourrait avoir une conséquence sur le niveau de connaissance en dermatologie aigue des médecins généralistes.

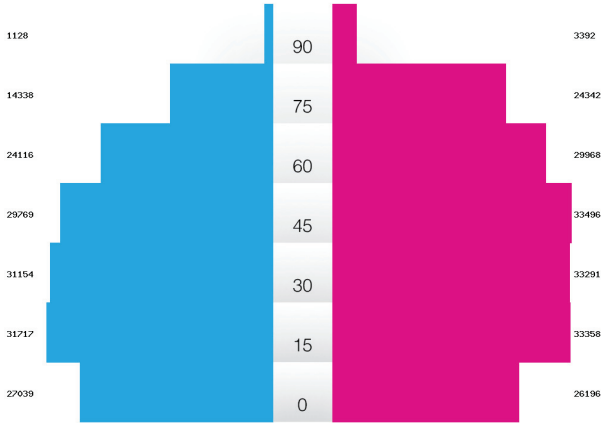
Or, dans notre comparaison de médiane, il existe des différences. On identifie deux groupes prépondérants : les niçois d'une part et les praticiens de Cannes et Grasse d'autre part.

Les médecins généralistes de Nice présentent des autoévaluations statistiquement plus élevées dans des pathologies plus rares telles que le DRESS Syndrome, le syndrome de Kasabach-Merritt, les toxidermies, le Pyoderma gangrenosum, le syndrome de Sweet, l'érythème pigmenté fixe ou le syndrome de Kawasaki. Ceci peut s'expliquer soit par la proximité avec le centre de référence dermatologique habitué à recevoir, à traiter et suivre ce type de patients, on peut aussi avancer que l'offre en matière de FMC en dermatologie sur Nice est plus riche qu'en périphérie.

Les médecins généralistes de Cannes et Grasse, situés en périphérie du CHU ont un niveau de connaissance statistiquement plus élevé dans la prise en charge d'infections cutanées fréquentes telles que les érysipèles, l'herpès, les impétigos, les pédiculoses, les pathologies pédiatriques ainsi que dans la prise en charge de pathologies circonstancielles telles que les brulures, morsures, piqures de méduses ou d'insectes. La première explication est liée à l'offre de soins, moins pourvue en pédiatres et en dermatologues, les médecins généralistes de périphérie sont plus habitués à prendre en charge ce type de pathologies. Ces pathologies sont par ailleurs plus fréquentes (par exemple l'érysipèle présente une incidence de 10 à 100 cas par an et par 100000 habitants(21)). D'autre part, Nice est une des plus grandes régions balnéaires de France, les pathologies circonstancielles que nous avons étudiées sont rencontrées essentiellement l'été ou le nombre de touristes augmente significativement. Ces touristes, loin de leur médecin traitant, consultent préférentiellement le SAU ou ces pathologies sont donc beaucoup plus fréquentes.

Enfin, il existe des pathologies pour lesquelles le groupe de médecins répondeurs installés à Cannes ont une autoévaluation statistiquement meilleure. Il s'agit des IST/MST, du pieds diabétique et des pathologies cutanées du grand âge, du syndrome pied-main-bouche.
Pour les pieds diabétiques, leur incidence augmente en toute logique avec l'âge du patient or, la proportion de la patientelle gérontologique est importante à Cannes comme le montre les pyramides des âges(63)(64)(65). Il en est de même pour les pathologies cutanées du grand âge.





Les résultats concernant les IST et le syndrome pieds-mains-bouche sont plus surprenant et aucune hypothèse ne peut être clairement formulée.

3-Les résultats des objectifs secondaires

1-L'urgence dermatologique

Les pathologies dermatologiques aigues constituent, dans la très large majorité des cas, le motif de consultation d'ordre dermatologique des patients consultants leur médecin généraliste. Par ailleurs, les médecins généralistes n'estiment être confrontés à l'urgence dermatologique qu'avec un accord faible ce qui signifie que toute pathologie cutanée aigue n'est pas considérée comme « urgence dermatologique » par le patient et/ou son médecin traitant, de plus, ces derniers allèguent prendre en charge seul le patient dans la majorité des cas ce qui signifie qu'ils sont les mieux à même de caractériser une urgence dermatologique. D'autre part, lorsque le patient allègue une urgence dermatologique, celle-ci semble peu justifiée selon le médecin généraliste. L'objectif secondaire de notre étude était de définir ce qu'était, au selon les médecins généralistes interrogés, une urgence dermatologique. Selon Blaise & al., on identifie en dermatologie les urgences vraies définies comme pathologie aigue et/ou grave évoluant depuis 48h et nécessitant un traitement d'instauration immédiat ainsi que les urgences relatives correspondant aux dermatoses aigues évoluant depuis moins de 5 jours(66). D'autre part, Murr & al. ont choisi de définir comme urgence dermatologique toute pathologie dermatologique apparaissant ou aggravée dans les 5 jours(67). Nous avons choisi de ne plus nous concentrer sur le délai de survenue des signes pour caractériser l'urgence dermatologique mais sur le type de signes et leur impact sur la santé du patient. Ainsi selon notre étude, il existe un accord fort parmi les médecins généralistes interrogés pour caractériser l'urgence dermatologique par une atteinte menaçant le pronostic vital ou fonctionnel et avec un accord modéré, une atteinte provoquant une altération de la qualité de vie et une maladie dermatologique dont la survenue récente inquiète le patient et/ou son entourage. On note cependant qu'après avoir analysé les écarts interquartiles, seul le caractère d'atteinte, inquiétant le patient ou son entourage par sa survenue récente, obtient un accord suffisant pour caractériser l'urgence dermatologique, et que malgré tout il s'agit d'un accord modéré. Cet état de fait est également mis en évidence par l'étude de Wakosa & al. sur l'intérêt d'une consultation d'urgence en dermatologie dans un CHR ou les 2 principaux motifs de consultation

étaient les éruptions cutanées (48% réparties en 24% d'infection et 14% d'eczéma) et le prurit (16%)(68).Ceci nous pousse à nous interroger encore sur la définition de l'urgence dermatologique, en terme de délai d'apparition ou en termes de symptômes d'apparition récente, dans ce cadre, une étude qualitative avec un nombre suffisant de médecins généralistes interrogés pourrait, selon nous, répondre avec un accord fort à cet objectif.

2-Besoin des médecins généralistes en terme d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues

Avec le parcours de soin coordonné, le médecin généraliste est amené à prendre, en première intention, en charge le patient consultant pour un motif dermatologique et à rationnaliser l'accès au dermatologue. Certes, le parcours coordonné de soin n'empêche pas l'accès direct au dermatologue mais encourage les patients à se référer en premier lieu au médecin traitant. Notre étude a montré que plus de 80% des médecins généralistes ayant répondu, prennent en charge seuls le patient présentant une dermatose aigue. Elle montre également que ces derniers nécessiteraient un outil d'aide à la prise en charge de manière quasi-équivalente à l'avis de leur confrère dermatologue. Nous pouvons donc en conclure que même si cet outil ne remplacerait pas un avis spécialisé, celui-ci permettrai encore de restreindre le nombre de patients adressés au dermatologue, libérant les agendas de ces derniers souvent pleins de nombreux mois à l'avance eu égard à la carence de dermatologues en France. En effet, sur l'ensemble des Alpes maritimes seul 106 dermatologues sont installés en médecine libérale pour 1313 médecins généralistes libéraux couvrant une population totale dans les Alpes-Maritimes de 1082014 personnes recensée par l'INSEE en 2012. Au niveau national, pour une population totale de 66,3 millions d'habitants, on retrouve 4065 dermatologues au total contre 102485 omnipraticiens au total en 2015(69) soit 16310 patients par dermatologue et 647 patients par médecin généraliste.
De plus, les médecins ayant répondu à notre étude ont estimé que les délais de consultations en urgence d'un dermatologue, malgré leur appui téléphonique sont longs

puisque leur satisfaction à obtenir un rendez-vous pour leur patient dans les 48h n'est validée que d'un accord moyen.
Un point essentiel à été soulevé dans cette thèse : la capacité des dermatologues à ne pas pouvoir prendre en charge rapidement le patient. En matière d'urgence médicale, tout délai de prise en charge supérieur à 72h ne semble pas acceptable, or dans notre étude plus de 90% des médecins généralistes estiment impossible d'obtenir un rendez-vous en urgence avec un dermatologue pour un tel motif. Sachant que certaines de ces dermatoses nécessitent une prise en charge très rapide (comme les toxidermies par exemple) dans la journée ou la demi-journée au mieux, les médecins généralistes sont les mieux placés pour prendre en charge ces urgences dermatologiques vu que plus de 60% exercent sans rendez-vous et que 76% des répondeurs déclarent recevoir leurs patients demandant une consultation urgente dans les 24h et 100% dans les 48h.
D'autre part, selon notre travail de thèse, plus de 90% des médecins généralistes prennent en charge des patients présentant une dermatose aigue.

Une aide à la prise en charge de ces patients paraît donc selon notre étude, nécessaire. Cette aide à la prise en charge de ces patients sous la forme d'un outil facilement accessible par les praticiens de soins primaires est jugée utile avec un accord fort par les médecins ayant répondu à notre étude.

4-Biais de l'étude

1-Type de questionnaire

Il s'agit d'un audit clinique c'est à dire d'une étude visant à évaluer une situation à un temps T par le biais d'un investigateur externe. Le recueil de données a consisté en une autoévaluation. L'intérêt de l'autoévaluation est de permettre à chacun des médecins interrogés une remise en question avec des objectifs bien définis, ce qui nous a encouragé à réaliser un questionnaire fermé avec des diagnostics sélectionnés par deux experts dermatologues.

L'autoévaluation est entachée d'un biais d'information. En effet, les médecins doivent s'auto juger et malgré le fait que le questionnaire soit purement anonyme, ceux-ci peuvent se surestimer par crainte d'un jugement quelconque, ou se sous-estimer par manque de confiance dans leur prise en charge. Ce biais est surtout obtenu lors des enquêtes par entrevue directe ou entretien téléphonique. Ce biais d'information est le risque pris par quiconque réalise une enquête type audit externe et on ne peut présumer de la tendance de ce biais, et la taille de notre échantillon ne paraît pas suffisamment importante pour écarter de tels biais.

De même, la recherche de facteurs explicatifs par la division en sous-groupes à une valeur qui doit être interprétée avec prudence en raison du faible effectif de chaque groupe. Ceci est illustré par l'élargissement des écarts interquartiles lors de l'analyse par ville d'exercice des résultats obtenus.

Une limite du questionnaire fermé est de ne pas pouvoir tenir compte des besoins ressentis par le médecin interrogé contrairement à un questionnaire ouvert voire à une étude qualitative, néanmoins, il existait une possibilité de réponse ouverte dans le questionnaire. Si nous analysons les réponses ouvertes proposées par les médecins interrogés, il existe peu de réponses obtenues dans la question « proposition libre », ceci est certainement en rapport avec le fait que le questionnaire couvrait une vaste gamme

de diagnostics et grands syndromes. D'autre part, beaucoup de ces réponses couvraient des items déjà proposés dans le questionnaire notamment en dermatologie pédiatrique. D'autres proposaient d'être dévolus à des pathologies dermatologiques chroniques telles que les maladies systémiques et les maladies néoplasiques cutanées.

2-Méthode statistique

L'objectif de cette étude était d'évaluer un niveau de connaissance pour une série d'items sélectionnés. Nous avons utilisé une échelle visuelle numérique à l'image des échelles existantes pour l'évaluation de la douleur (type Echelle Visuelle Analogique). Nous avons choisi ce type de moyen car il est courant et familier aux médecins enquêtés, simple et rapide d'utilisation par ces derniers. Par ailleurs le questionnaire était long à compléter : alors qu'a la phase de test il a été rempli en 6mn, celui-ci a nécessité lors des entretiens direct ou téléphonique 10 à 15mn ; l'utilisation d'échelles simple permettait une meilleure acceptation du questionnaire.

L'utilisation des médianes associées à l'intervalle interquartile, nous a semblé être le meilleur choix car il s'agit d'une variable de position ne dépendant pas du nombre d'observations et surtout n'étant pas influencé par les valeurs extrêmes pouvant être obtenues. Ceci confirme encore une fois le caractère robuste de cette variable simple.

5-Perspectives

Contrairement à notre hypothèse de départ qui présumait un niveau faible de connaissance des médecins généralistes des Alpes-Maritimes en dermatologie, notre étude a révélé un niveau moyen de connaissance.
Néanmoins compte tenu de la fréquence de certaines pathologies dermatologique pour lesquelles les patients consultent leur médecin généraliste telles que les atteintes pédiatriques et les atteintes infectieuses, il semble qu'il existe un réel besoin d'aide à la prise en charge.

Le nombre de dermatologues disponibles et a fortiori, le nombre de dermatologues présents dans les réseaux professionnels des médecins généralistes, ainsi que la surcharge de leurs agendas, ne permet pas aux médecins traitants de s'abstenir de la prise en charge de ces dermatoses aigues.

1-Formation médicale initiale

Pour palier à cette carence, plusieurs propositions peuvent être faites. D'une part augmenter le nombre de postes sur des terrains de stage de dermatologie lors de la formation initiale des médecins généralistes. Ainsi ajouter un poste d'étudiant hospitalier lors du DCEM à Nice permettrait de faire profiter, sur les 3 années du DCEM, à 12 étudiants de plus d'un bimestre en dermatologie. Le problème réside dans le fait qu'avant l'ECN, nous ne pouvons que présumer des étudiants qui poursuivrons un DES de médecine générale. L'autre solution est d'augmenter le nombre de postes d'internes de médecine générale en dermatologie. En augmentant d'un poste d'interne en médecine générale le service de dermatologie du CHU de Nice, cela permettrait de former sur les 3 années du TCEM, 6 internes de médecine générale de plus en dermatologie.

2-Formation médicale continue

Une autre solution réside dans la FMC des médecins généralistes installés. En effet, il est couramment accepté que 50% des informations lors de la formation médicale initiale sont obsolète en l'espace de 7 ans. Or la formation d'un interne de médecine générale dure 3 ans (6 semestres) ce qui conduit à dire que dans le meilleur des cas un médecin généraliste utilisera de manière performante ce qu'on lui a enseigné pendant 4ans. Il apparaît donc nécessaire de faire bénéficier ces professionnels installés de FMC de manière précoce et régulière. D'autre part, la formation médicale continue est une obligation déontologique inscrite dans le code de déontologie médicale : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. »(70). Cette formation est d'autre part devenue une obligation légale avec l'arrêté du 24 avril 1996 complété par l'arrêté du 6 mai 1997 et confirmée par la loi du 4 mars 2002 : « La FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins [...] » (Article 59 I 1° de la loi)(71). Cette obligation de formation médicale continue fait l'objet depuis la loi du 13 aout 2004 d'une évaluation des pratiques professionnelles qui concerne non seulement les médecins libéraux mais également les médecins salariés et les praticiens hospitaliers. Depuis le 1 juillet 2005 cette évaluation des pratiques professionnelles est devenue une obligation légale. Le problème réside dans l'offre de FMC qui semble insuffisante et dans le fait qu'il appartient aux professionnels impliqués de choisir parmi les formations proposées sans obligation légale. Or l'exercice de la médecine générale devenant de plus en plus complexe par la variété de pathologies rencontrées, par l'émergence de nouvelles prises en charge pour certaines maladies chroniques lourdes, les médecins généralistes sont amenés à faire un choix sur les formations proposées.

3-Mise à disposition d'un outil d'aide à la prise en charge

Dans notre étude, tous les médecins interrogés ou presque prenaient en charge des dermatoses aigues et certains prenaient indifféremment en charge des dermatoses aigues et des dermatoses chroniques.
Le recours au dermatologue est peu fréquent, mais les médecins généralistes ayant répondu à l'étude ont estimé que, s'il en existait un, ils auraient plus recours à l'outil d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues en médecine générale qu'à leur confrère dermatologue. D'autre part, les médecins interrogés déclarent qu'ils consulteraient cet outil de façon fréquente.

A ce titre, après toutes les observations que notre travail a permis de mettre en évidence, nous pensons que le meilleur moyen d'aide à la prise en charge de ces patients consultant leur médecin généraliste pour motif dermatologique est de leur fournir un outil d'aide à la prise en charge facile d'utilisation et leur permettant de rationnaliser le recours à un confrère dermatologue. Des outils similaires existent et sont à disposition du médecin généraliste comme par exemple, pour la prise en charge des maladies infectieuses, AntibioClic ©(72).

Dans notre travail, nous avons également évalué la forme idéale selon les médecins généralistes, de cet outil d'aide à la prise en charge. Lorsque l'on étudie ce qui aiderait les médecins généralistes dans leur pratique dermatologique, ceux-ci répondent avec un accord fort la télémédecine immédiate et interactive. Il existe dans les Alpes-Maritimes un réseau déjà en place de télémédecine et de télé expertise notamment en dermatologie, en lien avec le service de dermatologie du CHU de Nice. Néanmoins, l'ensemble des professionnels de santé des Alpes Maritimes n'y ont pas accès lorsqu'on les interroge. Par ailleurs, la thèse du Dr Bureaux retrouve que l'utilisation de la télémédecine en dermatologie pour le médecin généraliste était surtout adaptée pour définir le besoin de consultation en urgence avec le dermatologue(73). Néanmoins il s'agit d'une solution chronophage pour le généraliste comme pour le dermatologue et cette solution nécessite l'adhésion du médecin généraliste, du médecin dermatologue et l'acceptation du patient. On peut donc penser que pour la majeure partie de l'activité de

dermatologie d'un médecin généraliste, la télémédecine n'est pas le média le plus pratique pour l'aider dans ses prises en charge. Par ailleurs, la télémédecine ou télé-expertise dermatologique immédiate et interactive semble intéressante pour les pathologies dermatologiques dont la prise en charge ne peut souffrir d'aucun délai telle que les syndromes de choc toxique, les toxidermies graves, les pathologies rares.

A coté de la télémédecine interactive et immédiate, les médecins généralistes interrogés déclarent avec un accord fort qu'un guide photographique des lésions dermatologiques pourrait les aider dans leur pratique. Malgré l'écart interquartile important, ces résultats sont concordants avec la démarche actuelle des médecins généralistes qui est une démarche analogique visant à transposer à un nouveau contexte une solution déjà connue. Ce système est déjà connu et utilisé en médecine générale notamment en infectiologie pour lequel un site internet interactif développé par le DERMG de la faculté de Paris 7 est utilisé quotidiennement par les généralistes français : il s'agit du site Antibioclic©. Un site internet comparable, interactif à entrées multiples, s'appuyant sur un atlas photographique de lésions dermatologiques semble être la solution la mieux adaptée pour les médecins généralistes pour les aider dans leur prise en charge dermatologique. Néanmoins, la solution du site internet n'obtient qu'un accord faible parmi les professionnels répondeurs et ne revêt pas le même engouement que lors de la diffusion du site Antibioclic©. Par ailleurs on peut penser que compte tenu que les médecins généralistes se servent de sites internet pour les aider dans leur prise en charge quotidienne, ce que retrouve notre étude, un site internet dédié semble être une bonne solution comme média de diffusion.
L'approche de l'outil, selon nos résultats, devra reposer sur la sémiologie des lésions dermatologiques.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les médecins généralistes sont amenés, plus que tout autre spécialiste exerçant en médecine libérale, à prendre en charge des urgences médicales. La part de l'exercice en urgence par un médecin généraliste n'est pas négligeable et son exercice de dermatologie est en augmentation autour de 5% selon les études, en constante augmentation depuis la mise en place du parcours coordonné de soins. Il s'agit surtout de pathologies infectieuses ou de pathologies douloureuses.

Le niveau de connaissance dans la prise en charge des dermatoses aigues en médecine générale, dans les Alpes-Maritimes, est globalement moyen même pour des pathologies cutanées fréquentes en soins primaires telles que le prurit ou les dermatoses infectieuses. Ceci dénote un besoin d'aide à la prise en charge de ces patients.
Ce niveau moyen peut surtout être expliqué par la faible part des praticiens installés en médecine libérale ayant effectué un stage au cours de leur formation initiale et à la faible part de médecins ayant bénéficié de FMC de dermatologie non esthétique pouvant être liée à la faible offre de FMC dans cette discipline ou à l'absence de choix de renouvellement des connaissances des médecins généralistes dans cette spécialité.
Il existe d'autre part des différences de niveau selon la ville d'exercice du médecin généraliste, ces différences peuvent être attribuées à l'offre de soin et à la proximité du centre de référence départemental en dermatologique qu'est le CHU, on observe à ce titre que les médecins généralistes niçois se sont mieux évalués dans les atteintes dermatologiques rares mais graves, tandis que les praticiens de périphérie se sont mieux évalués dans la prise en charge de dermatoses aigues ou d'urgences dermatologiques plus courantes.

Ce niveau dénote d'un besoin d'aide à la prise en charge pour les médecins généralistes installés dans les Alpes-Maritimes. Ce besoin est d'autant plus symptomatique que le médecin généraliste est le premier médecin rencontré face à un tel problème de santé, qu'il est capable dans la grande majorité des cas de prendre en charge seul le patient et qu'il n'existe pas suffisamment de praticiens de dermatologie installés en France en

général, et dans les Alpes-Maritimes en particulier, pour accueillir les patients souffrant d'une dermatose aigue.

La définition de l'urgence dermatologique n'est pas tranchée, si nos prédécesseurs l'ont défini arbitrairement selon la variable temps, nous avons cherché à la faire définir aux médecins généralistes interrogés par les symptômes et conséquences. Notre travail a mis en évidence que, pour les médecins généralistes, une urgence dermatologique se définit comme étant une atteinte menaçant le pronostic vital ou fonctionnel ainsi qu'un marqueur clinique précoce de maladie grave.

L'ensemble des réponses montre que les médecins généralistes jugent qu'un outil d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues leur serait utile dans leur pratique quotidienne. La télémédecine, déjà en place en tant que télé-expertise dermatologique, ne semble, selon d'autres travaux ainsi que le notre, peu adapté à une pratique quotidienne. Selon nos résultats, l'outil le mieux adapté serait un site internet présenté sous forme d'un atlas photographique avec une approche sémiologique des lésions.

RESUME

RESUME

Introduction : L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le niveau de connaissance en dermatologie aigue par le biais d'une liste d'items prédéfinie avec 2 experts dermatologues. Les objectifs secondaires sont de définir la notion d'urgence dermatologique selon les médecins généralistes et de déterminer l'intérêt d'un outil d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues en médecine générale.
Matériel & méthode : Audit clinique par autoévaluation des médecins généralistes sur une liste de 58 diagnostics dermatologiques. L'évaluation est faite par échelles visuelles. L'analyse statistique fait appel à la détermination des médianes et de leur intervalle interquartile, une analyse en sous groupe par ville a été réalisée par comparaison de médiane selon la méthode de Mood avec un seuil de significativité fixé à 5%
Les objectifs secondaires seront évalués également au moyen de ces mêmes échelles et par détermination des médianes avec écarts interquartiles
Résultats : Du 20 décembre 2014 au 1 Avril 2015, 62 questionnaires ont pu être collectés sur Nice, Cannes, Grasse. En moyenne on retrouve une médiane de 5,48+/-1,48 pour les diagnostics testés. Les dermatoses pédiatriques sont sanctionnées en moyenne d'une médiane à 5,04+/-2,47. L'analyse en sous groupe retrouve une différence statistique pour 38 dermatoses.
L'urgence dermatologique est définie par les généralistes comme atteinte menaçant le pronostic vital (médiane 8 et écart interquartile 2), le pronostic fonctionnel (médiane 7 et écart interquartile 3) ou marqueur précoce de maladie grave (médiane 7 et écart interquartile 3).
Un outil d'aide à la prise en charge serait utile aux omnipraticiens (médiane 7 écart interquartile 3).
Discussion : Le niveau de connaissance des médecins généralistes en dermatologie aigue est moyen, leur besoin d'aide à la prise en charge est important en vue de rationnaliser l'accès au dermatologue.
L'urgence dermatologique est encore mal définie et nécessiterait peut être une étude de type qualitative.
Les médecins répondeurs considèrent qu'un atlas photographique avec description sémiologique permettrait d'améliorer leur prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Désignation du médecin traitant [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F163.xhtml

2. Les urgences en médecine générale - seriestat94.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf

3. Microsoft Word - Annexe de l'arrêté du 8 Avril 2013.docx - programme_2eme_cycle_2013.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.anemf.org/images/spip/pdf/programme_2eme_cycle_2013.pdf

4. Ruzza N, Itin PH, Beltraminelli H. Urgent Consultations at the Dermatology Department of Basel University Hospital, Switzerland: Characterisation of Patients and Setting - A 12-Month Study with 2,222 Patients Data and Review of the Literature. Dermatology. 2014;228(2):177-82.

5. Grillo E, Vañó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. Dermatologic emergencies: descriptive analysis of 861 patients in a tertiary care teaching hospital. Actas Dermo-Sifiliográficas. mai 2013;104(4):316-24.

6. Piérard-Franchimont C, Devillers C, Paquet P, Quatresooz P, Nikkels AF, Piérard GE. [First-line dermatologic emergencies]. Rev Médicale Liège. déc 2008;63(12):710-4.

7. Usatine RP, Sandy N. Dermatologic emergencies. Am Fam Physician. 1 oct 2010;82(7):773-80.

8. Formation médicale continue en dermatologie et vénéréologie - www.e-dermato.fr [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.e-dermato.fr/edermato/

9. Audit.PDF - audit_clinique.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique.pdf

10. Médiane d'une série statistique - Homeomath [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://homeomath2.imingo.net/mediane.htm

11. OMG - Données [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php#def

12. Acne Fulminans: Background, Pathophysiology, Frequency. 6 juin 2015 [cité 31 août 2015]; Disponible sur: http://emedicine.medscape.com/article/1072815-overview

13. Cours [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_32/site/html/1.html

14. Données épidémiologiques / Borréliose de lyme / Maladies à transmission vectorielle / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/Dossiers-

thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Borreliose-de-lyme/Donnees-epidemiologiques

15. SFETB - Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.sfetb.org/index.php?rub=epidemiologie

16. Item 110 – UE 4 Dermatoses bulleuses auto-immunes - 042-ITEM-110-dermatoses-bulleuses.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://document.cedef.org/enseignement/em-consulte/2014//042-ITEM-110-dermatoses-bulleuses.pdf

17. Ducombs G. Diagnostic d'une dermatose due aux plantes: le point de vue du clinicien. In: Progrès en dermato-allergologie. Mediscript. Gerda; 1996. p. 231-8.

18. PII: S1164-6756(01)00115-3 - 0105-Reanimation-Vol10-N3-p276_281.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110808-095626-801/src/htm_fullText/fr/0105-Reanimation-Vol10-N3-p276_281.pdf

19. Item 314 – Exanthème. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2008;135(11):F208-13.

20. Orientation diagnostique devant une ulcération ou érosion des muqueuses orales et génitales (343) - Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/dermato/muqorogen/343/lecon343.htm#

21. erysipele-long-60a03bfa8c55af03ef3ec54a1b380a73.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/erysipele-long-60a03bfa8c55af03ef3ec54a1b380a73.pdf

22. Erythème polymorphe [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-dermatologie/Path%20Bucal/erosionsetulcerations/Cours/2400fra.asp

23. DermIS - Erythème pigmenté fixe d'origine médicamenteuse (Information sur le diagnostic) [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.dermis.net/dermisroot/fr/29121/diagnose.htm

24. dermato_39 - cours.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_39/site/html/cours.pdf

25. beh_34_1988.pdf [Internet]. [cité 2 sept 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/1988/34/beh_34_1988.pdf

26. Cours gale [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/gale/site/html/1.html

27. doi:10.1016/j.annder.2008.07.036 - RG9jdW1lbnRzX2RlX0NvdXJzX0NTQ1RfMjAxMi9DU0NUaXRlbTIwNGdyb3NzZWph

bWJlcm91Z2UucGRm [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: https://campusvirtuel.smbh.univ-paris13.fr/claroline/backends/download.php/RG9jdW1lbnRzX2RlX0NvdXJzX0NTQ1RfMjAxMi9DU0NUaXRlbTIwNGdyb3NzZWphbWJlcm91Z2UucGRm?cidReset=true&cidReq=SECPEDD4

28. Histoire naturelle de l'infection à herpes simplex de type 1 et 2 \(Suite\) - herpes_court.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/herpes_court.pdf

29. 20091130043801.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://dermatol-sinica.com/web/data/20091130043801.pdf

30. Orphanet: Syndrome de Kasabach Merritt [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=2330

31. Kawasaki-FRfrPro788.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: https://www.orpha.net/data/patho/Pro/fr/Kawasaki-FRfrPro788.pdf

32. DermIS - Livedo Reticularis (Information sur le diagnostic) [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.dermis.net/dermisroot/fr/42784/diagnose.htm

33. Leroy D, Dompmartin A, Verneuil L, Michel M, Faguer K. La lucite estivale bénigne existe-t-elle ? Httpwwwem-Premiumcomdatarevues01519638012906-7855 [Internet]. 29 avr 2008 [cité 31 août 2015]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/153917/resultatrecherche/2

34. Titre - LyellStevensJohnson-FRfrPro12597.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: https://www.orpha.net/data/patho/Pro/fr/LyellStevensJohnson-FRfrPro12597.pdf

35. 98-32560.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/showarticlefile/53803/98-32560.pdf

36. Deuxième cycle d'études médicales. Médecine. Editions Beauchesne; 1982. 164 p.

37. DermIS - Ongle incarnée (Information sur le diagnostic) [Internet]. [cité 2 sept 2015]. Disponible sur: http://www.dermis.net/dermisroot/fr/35510/diagnose.htm

38. doi:10.1016/j.medmal.2006.09.003 - pieddiabetique2006-long.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/pieddiabetique2006-long.pdf

39. Fiches modèles OMS d'information à l'usage des prescripteurs: Médicaments utilisés en dermatologie: Dermatoses papulo-squameuses: Pityriasis rosé de Gibert [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jh2919f/11.2.html#Jh2919f.11.2

40. Fiches modèles OMS d'information à l'usage des prescripteurs: Médicaments utilisés en dermatologie: Parasitoses: Pédiculoses [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jh2919f/3.html#Jh2919f.3.1

41. Misery L, Taieb C. Épidémiologie du prurit en France. Ann Dermatol Vénéréologie. déc 2011;138(12, Supplement):A165.

42. NGWANE S, A M, D M, R L, H L. Prurigo strophulus simplex banalisé. Httpwwwem-Premiumcomdatarevues015196380134SUP11042 [Internet]. 27 mars 2008 [cité 31 août 2015]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/130994/resultatrecherche/1

43. Bachelez H. Psoriasis pustuleux. Ann Dermatol Vénéréologie. avr 2012;139:S34-8.

44. Lebrun-Vignes B, Valeyrie-Allanore L. Toxidermies. Rev Médecine Interne. avr 2015;36(4):256-70.

45. Microsoft Word - 4 2 thb et sepsis purpura fulminans Dauger.doc - 20110812_Dauger_S_RFE_Thrombopenie_sepsis_purpura_fulminans.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2013/20130419-090659-826/src/htm_fullText/fr/20110812_Dauger_S_RFE_Thrombopenie_sepsis_purpura_fulminans.pdf

46. Orphanet: Pyoderma gangrenosum [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=48104

47. 25-45576.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/showarticlefile/61619/25-45576.pdf

48. Orphanet: Syndrome de Sweet [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=3243

49. Nhan T-X, Gillet Y, Vandenesch F. Diagnostic et traitements des infections toxiniques à Staphylococcus aureus. J Anti-Infect. oct 2012;14(3):117-26.

50. Lazareth I. Ulcères de jambe. Httpwwwem-Premiumcomdatatraitesmgtm-20136 [Internet]. [cité 31 août 2015]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/3086/resultatrecherche/11

51. Soria A, Francès C. Urticaires : diagnostic, prise en charge et traitement. Rev Médecine Interne. sept 2014;35(9):586-94.

52. Chaine B, Janier M. Dermatoses virales : herpès, varicelle, zona, dermatoses à poxvirus et entérovirus. Httpwwwem-Premiumcomdatatraitespg027-48004 [Internet]. 20 avr 2010 [cité 31 août 2015]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/249536/resultatrecherche/11

53. Orphanet: Vascularite [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.orpha.net/consor/cgi-

bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=10704&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=vascularite&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie%28s%29/groupes%20de%20maladies=Vascularite&title=Vascularite&search=Disease_Search_Simple

54. OMG - Top 50 des RC [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php

55. Étude Ecogen | Une production CNGE Recherche [Internet]. [cité 2 sept 2015]. Disponible sur: http://etudeecogen.fr/

56. Le Fur P, Yilmaz E. Modalité d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. 2008.

57. L'observatoire de l'accès aux soins: enquête auprès des français et des Professionnels de santé. IFOP. oct 2011;19743.

58. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome: Background, Pathophysiology, Epidemiology. 4 août 2015 [cité 3 sept 2015]; Disponible sur: http://emedicine.medscape.com/article/788199-overview

59. Staikowsky F, Lepelletier A, Dandine I. Allergies, motif de recours aux urgences. Épidémiologie, l'urgence, l'après-urgence. Rev Fr Allergol Immunol Clin. avr 2001;41(3):325-30.

60. Données épidémiologiques / Borréliose de lyme / Maladies à transmission vectorielle / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Borreliose-de-lyme/Donnees-epidemiologiques

61. Réseau Sentinelles > France > Surveillance continue [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?page=maladies&mal=18

62. Réseau Sentinelles > France > Surveillance continue [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?page=maladies&mal=7

63. Grasse | Alpes-Maritimes | Provence-Alpes-Côte d'Azur | France | Memo-Ville [Internet]. [cité 6 sept 2015]. Disponible sur: http://www.memo-ville.com/provence-alpes-cote-d-azur/alpes-maritimes/grasse/

64. Démographie de Cannes | Alpes-Maritimes | Provence-Alpes-Côte d'Azur | France | Memo-Ville [Internet]. [cité 6 sept 2015]. Disponible sur: http://www.memo-ville.com/provence-alpes-cote-d-azur/alpes-maritimes/cannes/_demographie/

65. Démographie de Nice | Alpes-Maritimes | Provence-Alpes-Côte d'Azur | France | Memo-Ville [Internet]. [cité 6 sept 2015]. Disponible sur:

http://www.memo-ville.com/provence-alpes-cote-d-azur/alpes-maritimes/nice/_demographie/

66. Blaise S, Trividic M, Boulinguez S, Sparsa A, Bonnetblanc J-M, Bédane C. Consultations d'urgence en dermatologie au CHU de Limoges. Httpwwwem-Premiumcomdatarevues01519638013100121098 [Internet]. 29 avr 2008 [cité 31 août 2015]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/154900/resultatrecherche/1

67. Murr D, Bocquet H, Bachot N, Bagot M, Revuz J, Roujeau J-C. Intérêt d'une consultation hospitalière d'urgences dermatologiques. Ann Dermatol Vénéréologie. 2003;130(2):167-70.

68. Wakosa A, Roussel A, Delaplace M, Le Bidre E, Binois R, Valéry A, et al. Intérêt d'une consultation dermatologique d'urgence dans un centre hospitalier régional. Presse Médicale. déc 2013;42(12):e409-15.

69. Insee - Santé - Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015 [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102

70. codedeont.pdf [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf

71. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

72. Jeanmougin P. ANTIBIOCLIC: outil en ligne d'aide à la prescription antibiotique pour une antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.

73. Bureaux V, Schuers M. Les pathologies dermatologiques en médecine générale: difficultés et propositions des généralistes. France; 2012.

ANNEXES

Vincent SAURY
Interne Médecine Générale

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise un questionnaire pour évaluer le niveau de formation et les besoins en médecine générale en terme d'outils d'aide à la prise en charge des dermatoses aigues.
Ceci est la première phase d'un travail dont l'objectif est d'aboutir à la création d'un outil d'aide au diagnostic des atteintes dermatologiques aigues à l'image du site internet Antibioclic pour l'aide à la prescription d'anti-infectieux.

Ceci est un questionnaire pour évaluer vos besoins concernant les **urgences dermatologiques :**

- Votre définition d'une urgence dermatologique.

- Estimer la fréquence à laquelle vous êtes confronté à des urgences dermatologiques.
- Estimer la fréquence à laquelle vous avez besoin d'un avis urgent d'un confrère dermatologue.
- Estimer la fréquence à laquelle vous avez besoin d'un outil d'aide à la prise en charge d'une urgence dermatologique.
- Votre niveau de connaissances sur ce sujet par autoévaluation et anonyme.

Votre avis sur un outil d'aide pour la prise en charge d'une urgence dermatologique

La réponse à ce questionnaire prend 5 minutes de votre temps et reste purement anonyme.
Si vous souhaitez recevoir une copie de la Thèse merci de m'envoyer un email à l'adresse ci-dessus.

Merci de votre collaboration.
Vincent SAURY

1- Date :
2- Sexe :
3- Age ou tranche d'âge :
4- Spécialité :
5- Année de soutenance de la thèse :
6- Avez-vous eu lors de votre cursus un stage en dermatologie ?
7- Année d'installation :
8- Ville du lieu d'exercice:
9- Exercez-vous dans un service d'accueil des urgences ? Si oui, à quelle fréquence ?



10- Participez-vous à des formations médicales continues sur la dermatologie (non esthétique)
11- Type de consultation :

☐ sur rendez-vous
☐ sans rendez-vous
☐ Les 2

Quelle est la répartition de votre patientelle (en pourcentage):

-Homme/Femme :



-Pédiatrie :



-Gynécologie :



-Gérontologie :



-Dermatologie :



Lorsqu'un patient arrive avec un motif de consultation « Dermatologique » s'agit-il :

☐ patient présentant un pathologie dermatologique connue et suivie
☐ patient présentant une pathologie dermatologique aigue

1- Estimez la fréquence à laquelle vous êtes confrontés à des urgences dermatologiques. Echelle visuelle



2- Dans quel délai les recevez-vous ?

3- Dans quelle proportion estimez-vous que c'était réellement une urgence ?



4- Estimez la fréquence à laquelle vous avez besoin d'un avis urgent d'un confrère dermatologue.



5- Estimez la fréquence à laquelle vous auriez besoin d'un outil d'aide à la prise en charge d'une urgence dermatologique.



6- Avez-vous, en cas de besoin, un dermatologue référent disponible en cas de besoin d'avis urgent ?

☐ Oui
☐ Non

7- En cas de besoin d'avis complémentaire, à combien estimez-vous le délai moyen d'obtention de RDV urgent avec un confrère dermatologue, sans votre appui téléphonique?

☐ inférieur à 72h
☐ 4 à 7 j
☐ 8 à 14 j

☐ 15 j à 1 mois
☐ 2 à 3 mois

8- Vous avez besoin d'un avis complémentaire d'un dermatologue dans les 48h : quelle est votre taux de satisfaction à cette demande ? (échelle visuelle)



9- Lorsqu'un patient arrive avec une atteinte dermatologique aigue, quelle est votre attitude :

☐ Vous traitez seul le patient et le reconvoquez
☐ Vous adressez le patient à un confrère dermatologue
☐ Vous adressez le patient aux urgences

10-Si vous prenez seul en charge un patient présentant une atteinte dermatologique aigue, qu'est ce qui pourrait faciliter votre prise en charge diagnostique :

une recherche sur internet



un guide descriptif des lésions nécessitant une prise en charge urgente



un guide photographique des lésions nécessitant une prise en charge urgente



Télémédecine immédiat et interactif avec un dermatologue



Selon vous une urgence dermatologique se définie comme :

Une maladie mettant en jeu le pronostic vital



Une maladie mettant en jeu le pronostic fonctionnel



Un marqueur clinique précoce faisant présager une maladie cutanée grave (purpura par exemple)



Des signes fonctionnels gênant la qualité de vie mais pour lequel un traitement peut soulager rapidement le patient (prurit par exemple)



Une maladie inquiétant le patient et/ou l'entourage par sa brutalité (éruption par exemple)



Une maladie inquiétant le patient et/ou son entourage par son caractère affichant.



Parmi les diagnostics suivants, donnez une note de 1 à 9 selon vos connaissance sur le sujet proposé, 1 correspondant à aucune connaissance/diagnostic inconnu, 9 correspondant à item parfaitement maitrisé pour lequel tout aide à la prise en charge serait superflue:

1-Abcès :



2-Acnée fulminans :



3-Angiomes :



4-Anthrax :



5-Borreliose/maladie de Lyme :



6-Brulures :



7-Bulles :



8-Dermite des près :



9-Dermohypodermite bactérienne nécrosante :



10-Eczema aigu :



11-Engelures et gelures :



12-Exanthèmes :



13-Erosions muqueuses :



14-Erysipèle :



15-Erythème polymorphe :



16-Erythème pigmenté fixe :



17-Erythrodermie :



18-Fièvre boutonneuse méditerranéenne :



19-Gale :



20-Pathologies cutanées du grand-âge :



21-Grosse jambe rouge fébrile :



22-Herpes :



23-hypersensibilité médicamenteuse (DRESS syndrom) :



24-Impétigo :



25-Insectes :



26-Syndrome de Kaposi-Juliusberg :



27-syndrome de Kasabach-Merritt :



28-Syndrome de Kawasaki :



29-Livedo :



30-Lucite estivale bénigne :



31-Méduses :



32-Pathologie de la misère :



33-Morsures :



34-Maladies Sexuellement Transmissibles :



35-NET/Syndrome de Lyell/syndrome de Stevens-Johnson :



36-Nécroses cutanées :



37-Œdème aigu du visage :



38-Ongle incarné :



39-Photosensibilité/phototoxicité médicamenteuse :



40-Pied diabétique :



41-Pytiriasis rosé de Gibert :



42-Poux/pédiculose cheveux ; corps ; pubis :



43-Prurit aigu :



44-Prurigo Strophulus :



45-Psoriasis pustuleux :



46-Pustulose exanthématique aigue généralisée :



47-Purpura fulminans :



48-Pyoderma gangrenosum :



49-Pédiatrie :

a-Rougeole :



b-Roséole :



d-Mégalérythème épidémique :



f-Syndrome pied-main-bouche :



50-Staphylococcal Scalded Skin Syndrome :



51-Sweet syndrome :



52-Toxic Shock syndrome :



53-Ulcères des membres inférieurs :



54-Urticaire aigue/angioedème/Œdème angioneurotique :



55-Varicelle:



56-Vascularites et purpura :



57-Vésicules :



58-Zona :



Y à t'il une/des maladies qui vous préoccupe et pour lequel vous souhaiteriez des informations ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pensez-vous qu'un outil d'aide au diagnostic vous serait personnellement utile ?



Dans le cadre de la création d'un outil d'aide à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des affections cutanées aigue, quelle approche jugez vous la plus pertinente (jugez de 1 à 9 chaque item) :

1-Approche par sémiologie



2-Approche par territoire/topographie des lésions :



3-Approche par diagnostic :



4-Approche par contexte :





SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.