HAL
open science

La pratique de la dermatologie en médecine générale recours au spécialiste et besoins de formation en Picardie

Amel Ben Kacem

To cite this version:

Amel Ben Kacem. La pratique de la dermatologie en médecine générale recours au spécialiste et besoins de formation en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02299190

HAL Id: dumas-02299190

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02299190v1

Submitted on 27 Sep 2019

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2019 Thèse n° 2019-60

LA PRATIQUE DE LA DERMATOLOGIE EN MEDECINE GENERALE : RECOURS AU SPECIALISTE ET BESOINS DE FORMATION EN PICARDIE.

THESE D'EXERCICE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 2019
Par Madame BEN KACEM Amel.

Président du jury : **Madame le Professeur Anne TOTET**

Membres du jury : **Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN**

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Monsieur le Docteur Abdallah AL-SALAMEH

Directeur de thèse : **Monsieur le Docteur Manuel VINCENT**

Remerciements

A mes juges,

A *Madame le Professeur Anne TOTET, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Parasitologie et mycologie), Chef de service du laboratoire de Parasitologie et Mycologie médicales, Pôle biologie, pharmacie et santé des populations,*
Vous me faites l'honneur d'accepter de présider mon jury. Je vous prie de trouver en ces mots l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma plus grande estime.

A *Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière), Laboratoire de Bactériologie et Virologie, Pôle biologie, pharmacie et santé des populations,*
Merci d'avoir accepté de participer à mon jury. Je vous adresse mes plus sincères remerciements.

A *Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier Médecine interne,*
Vous me faites l'honneur de participer à mon jury. Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon profond respect.

A *Monsieur le Docteur Abdallah AL-SALAMEH, Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier (Endocrinologie),*
Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en suis très reconnaissante. Soyez assuré de mes plus sincères remerciements.

A *Monsieur le Docteur Manuel VINCENT*, mon cher directeur de thèse, merci pour ta bienveillance depuis toutes ces années, tu m'as vu débuter, tu m'as fait progresser et tu m'as donné ce goût pour la médecine générale. Et en plus, tu m'as fais l'honneur de me guider avec générosité dans ce travail de thèse. Je t'en remercie infiniment.

A mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel tout au long de ce chemin vers la réussite. Merci pour tout.

A mon frère et ma sœur, merci pour votre présence et votre soutien à chaque étape de ma vie.

A mes grands-parents, ma famille de Tunisie et du Nord, merci pour ces beaux souvenirs d'enfance. Je pense à vous.

A mon petit poussin, Jean-François, avec qui je partage tout. Merci pour ta patience, ton amour, ton soutien infaillible, ta gentillesse inégalable, ton sens de l'humour, tes délicieux petits plats. Que j'aime cette vie à tes côtés. L'avenir s'annonce radieux.

A ma belle famille, merci pour votre accueil chaleureux, merci d'avoir pris soin de moi et de le faire encore aujourd'hui.

A mes amis, Elodie, Paul, Agathe, Aurélie et toute la team « Algarve », merci pour ces moments de joie, de fête et de complicité qui rendent la vie plus belle encore.

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

A toute l'équipe des urgences de l'hôpital de Doullens, merci pour votre sympathie et votre sens de l'enseignement même dans les moments parfois difficiles.

A toute l'équipe de dermatologie du CHU d'Amiens, merci pour ce semestre de formation dans la bonne humeur et la bienveillance.

A toute l'équipe de gynécologie de l'hôpital d'Abbeville, en particulier les sage-femmes, merci pour votre accueil chaleureux, vous faites un travail admirable.

A tous les médecins généralistes qui m'ont accueilli en stage dans leur cabinet, en particulier Docteur Bilbault et Docteur Vives, merci pour votre qualité d'enseignement et votre sympathie. Votre savoir-faire m'impressionne.

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

Liste des abréviations

IFOP : Institut français d'opinion publique

CHU : Centre hospitalier universitaire

DES : Diplôme d'études spécialisées

ECN : Épreuves classantes nationales

SFMG : Société française de médecine générale

SFTG : Société de formation thérapeutique du généraliste

DPC : Développement professionnel continu

URPS : Union régionale des professionnels de santé

ARS : Agence régionale de santé

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

Table des matières

I. Introduction

1) Consultation de dermatologie en médecine générale..... 9
   1.a) Place de la dermatologie en médecine générale..... 9
   1.b) Et à l'étranger ?..... 9
2) L'accessibilité au dermatologue.....10
   2.a) Démographie des dermatologues.....10
   2.b) Délai d'obtention d'un rendez-vous chez le dermatologue.....10
3) Formation des médecins généralistes en dermatologie.....11
   3.a) Formation universitaire.....11
      3.a.1) Deuxième cycle des études médicales.....11
      3.a.2) Troisième cycle des études médicales.....11
   3.b) Formation médicale continue.....11
4) Télémédecine, télé-expertise.....12
   4.a) La télémédecine.....12
   4.b) Télé-expertise : tarification.....13
   4.c) Expérimentation des Hauts-de-France pour la détection de tumeurs cutanées.....13

II. Matériel et méthode

1) Objectifs de l'étude.....16
2) Type d'étude.....16
3) Population étudiée.....16
4) Recueil des données.....16
5) Analyse statistique des données.....17

III. Résultats

1) Caractéristiques de la population à l'étude.....19
2) Le recours au dermatologue.....21
3) La pratique de la dermatologie.....27
4) Les besoins de formation en dermatologie.....33
5) Analyse multivariée.....38
   5.a) Selon l'âge.....38
   5.b) Selon le lieu d'exercice.....40

5.c) Selon le fait d'avoir été formé récemment.....41

IV. Discussion

1) Limites de l'étude.....44
1.a) Points forts de l'étude.....44
1.b) Biais de l'étude..... 45
2) Le recours au dermatologue..... 46
2.a) Accessibilité au dermatologue..... 46
2.b) Les motifs de recours..... 46
2.c) Les moyens de recours..... 47
2.c.1) La télé-expertise..... 47
2.c.2) Les consultations avancées..... 48
2.c.3) Sites communautaires et réseaux sociaux.....49
3) Promouvoir les gestes en médecine générale.....50
3.a) La dermoscopie.....50
3.b) La biopsie cutanée.....50
3.c) Prélèvement de phanères.....50
3.d) La cryothérapie.....51
4) Promouvoir la formation continue en médecine générale.....51
4.a) Un sentiment de formation initiale insuffisante.....51
4.b) Maîtrise perfectible de la dermatologie.....52
4.c) Formation continue : une efficacité prouvée.....52
4.d) Modes de formation plébiscités.....52
4.e) Thèmes de formation plébiscités.....53

V. Conclusion.....55

Références bibliographiques.....56

Annexe : Le questionnaire.....60
Résumé.....65

INTRODUCTION

La dermatologie fait partie intégrante du quotidien du médecin généraliste. Néanmoins, cette spécialité parfois complexe semble les mettre en difficulté.
En effet, il s'agit d'une discipline transversale qui nécessite des connaissances globales dans tous les domaines.
Les pathologies dermatologiques seraient source d'incertitudes pour les omnipraticiens qui solliciteraient régulièrement l'avis de leurs confrères dermatologues. [1]
Elles sont pourtant au quatrième rang mondial des pathologies reconnues comme affectant le plus la qualité de vie. [2]
Parallèlement, le nombre de dermatologues tend à diminuer, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez le spécialiste augmente, et l'incidence de certaines affections potentiellement dangereuses comme le mélanome ne cesse d'augmenter.
La réforme du parcours de soins coordonnés, née avec la loi du 13 août 2004, place le médecin généraliste au cœur de la prise en charge du patient et de la coordination des soins.
Parmi ses rôles multiples, il doit assurer un premier niveau de recours aux soins, coordonner le suivi médical, et orienter dans le parcours de soins coordonnés. [3]

1) Consultation de dermatologie en médecine générale

1.a) Place de la dermatologie en médecine générale

Il existe peu de données en France indiquant ce que représente la dermatologie sur l'ensemble des consultations en médecine générale.
Les dernières données de l'Observatoire de Médecine Générale en 2009 indiquent que les dermatoses sont au 23ème rang sur 50 des diagnostics les plus fréquents en médecine générale. Ce qui représente entre 5 et 20% de résultats de consultation selon les tranches d'âge ; 8% tous âges confondus, 20% pour les patients de 0 à 1 an, 18% de 2 à 9 ans. [4]
Selon l'étude ECOGEN de 2012, 5% des résultats de consultation sont en rapport avec la peau. La dermatologie arrivait en 8ème position lors de la distribution des motifs de consultation par appareil (sur 17 au total). [5]

1.b) Et à l'étranger ?

Au Royaume-Uni, la prévalence estimée des affections cutanées en consultation de médecine générale est de 24%. L'incidence des affections cutanées a dépassé l'incidence d'autres

groupes de maladies majeures. [6]
En Australie, 15% des consultations en médecine générale sont en relation avec la peau. [7]

2) L'accessibilité au dermatologue

2.a) Démographie des dermatologues

En région Hauts-de-France, la dermatologie a perdu 9,5% de ses effectifs entre 2007 et 2016, avec une densité de 3,6 dermatologues pour 100 000 habitants, contre 5,1 en France.
En Picardie, on note une inégale répartition des dermatologues avec une différence allant de 1,7 dermatologues pour 100 000 habitants dans l'Oise, 2,7 dans l'Aisne et 4,1 dans la Somme. [8]
En Picardie, on dénombre au total 53 dermatologues en 2018 [9].

En France, trois spécialités seulement, dont la dermatologie, devraient connaître une baisse des effectifs jusqu'en 2030. [10]
En 2030, le nombre de dermatologues actifs en France est estimé à 2717 contre 3918 en 2018. Les scénarios prévisionnels prédisent une baisse de 30% de l'activité des dermatologues français sur les 13 prochaines années. [11] [12]

2.b) Délai d'obtention d'un rendez-vous chez le dermatologue

Selon l'Observatoire d'accès aux soins en 2017, le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous chez le spécialiste est passé de 48 à 61 jours (+13 jours) en 5 ans.
Le délai d'obtention en moyenne d'un rendez-vous chez le dermatologue est de 64 jours soit + 23 jours depuis 2012, la plus forte augmentation. A titre comparatif, le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous chez le rhumatologue et le cardiologue s'obtiennent respectivement après 51 et 53 jours d'attente (+ 14 jours). Il faut en moyenne 8 jours pour un rendez-vous chez le médecin généraliste, deux fois plus qu'en 2012. [13]
Selon un rapport de 2011 de l'IFOP, 46% des français trouvaient l'accès au dermatologue assez voire très difficile. A noter que deux français sur trois renoncent aux soins à cause de la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide. [14]

3) Formation des médecins généralistes en dermatologie

3.a) Formation universitaire en dermatologie

La formation initiale est essentielle et influence la pratique du médecin généraliste.

3.a.1) Deuxième cycle des études médicales

Pendant le deuxième cycle des études médicales, la formation se fait par des enseignements théoriques et des stages hospitaliers. Les items étudiés en rapport avec la dermatologie sont au nombre de 13 sur un total de 362 items répartis en Unités d'enseignement. [15]
Un stage en dermatologie au CHU d'Amiens est ouvert mais le nombre de place est limité : tous les étudiants en médecine ne peuvent donc pas passer dans ce service.

3.a.2) Troisième cycle des études médicales : DES de médecine générale

Le DES de médecine générale s'organise en 6 semestres de stage et une journée par mois d'enseignement théorique.
Aucun stage de dermatologie n'est obligatoire dans cette maquette de stage.
Avant la réforme du DES de médecine générale de 2017, deux places étaient disponibles par semestre en dermatologie au CHU pour les étudiants de la faculté d'Amiens.
Pour exemple, seuls 12 étudiants sur les 79 de ma promotion (ECN 2014) sont passés dans ce service.
De surcroît, avec la réforme, les stages ambulatoires de médecine générale et les stages de médecine d'urgence, gynécologie et pédiatrie sont prioritaires au détriment du stage de dermatologie. La formation pratique dans cette spécialité passerait au second plan et le nombre d'internes effectuant un stage en dermatologie serait encore moindre. [16]

3.b) Formation médicale continue

Il est estimé que 50% des connaissances médicales sont obsolètes en l'espace de 5 ans.
La formation continue est une obligation déontologique « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue » *Code de déontologie médicale*.
Mais c'est aussi une obligation légale, renforcée par la loi du 4 mars 2002. [17]
Pour les médecins généralistes de la Somme, elle s'organise par le biais d'enseignements post

universitaires proposés par différents organismes. [18]
Pour l'ensemble des médecins généralistes, divers organismes nationaux de formation, sociétés savantes (la SFMG, la SFTG) ou revues (La Revue du Praticien par exemple) organisent des formations dans le cadre du DPC, sous forme de séances de e-learning, groupes de pairs ou formations présentielles.
Plusieurs congrès annuels de médecine générale proposent des séances de formation, des ateliers pratiques. Un grand congrès annuel « Les Journées Dermatologiques de Paris » propose des séances de formation continue de dermatologie. [19]
La formation continue se fait aussi par autoformation à travers des articles au sein de revues médicales reconnues, mises à dispositions par les sociétés savantes de médecine générale.

4) Télémédecine, télé-expertise

4.a) La télémédecine

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication.
La télémédecine est officiellement née en France en octobre 2010 suite au décret de l'application de la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST). [20]
Cinq actes de télémédecine sont définis :
La téléconsultation : un professionnel médical donne une consultation à distance à un patient.
La télé-expertise : un professionnel médical sollicite à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux.
La télésurveillance médicale : permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.
La téléassistance : permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

La régulation : réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

La téléconsultation est remboursée par l'assurance maladie depuis le 15 septembre 2018.

4.b) Télé-expertise : tarification

La télé-expertise permet à un médecin, dit « médecin requérant », de solliciter un confrère, dit « médecin requis ». Tout médecin peut y recourir.

Dans un premier temps, et ce jusqu'à la fin de l'année 2020, la télé-expertise sera réservée aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique.

La télé-expertise doit faire l'objet d'un échange entre deux médecins, via une messagerie sécurisée de santé. L'équipement doit être adapté à l'usage de la télé-expertise avec une couverture des services nécessaires (envoi d'images, photographies, tracés…).

Les actes de télé-expertise sont facturables à l'Assurance Maladie depuis le 10 février 2019. Deux actes de télé-expertise ont été créés selon le niveau de complexité du dossier du patient : « TE1 » pour les télé-expertises de niveau 1, « TE2 » pour les télé-expertises de niveau 2.

Pour le médecin requis, il s'agit d'une rémunération à l'acte :

- télé-expertises de niveau 1 : 12 € par télé-expertise, dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient.
- télé-expertises de niveau 2 : 20 € par télé-expertise, dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient.

Pour le médecin requérant, il s'agit d'un forfait annuel : la rémunération est de 5 € par télé-expertise de niveau 1 et de 10 € par télé-expertise de niveau 2, dans la limite de 500 € par an. [21]

4.c) Télé-expertise : une expérimentation des Hauts-de-France pour la détection des tumeurs cutanées

La dermatologie est une spécialité qui se prête particulièrement à la télémédecine compte tenu de l'importance de l'examen visuel.
En 2015, l'URPS Médecins, avec le soutien financier de l'ARS de Picardie, a mis en place un projet de télé-expertise en dermatologie libérale pour la détection de tumeurs cutanées, pour les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme. [22]
L'intérêt est de permettre une prise en charge plus rapide sachant que l'on constate 90% de guérison lorsque le mélanome est traité rapidement.
Une enquête conduite en 2015 auprès de l'ensemble des médecins généralistes de Picardie

montrait que leur intention d'utiliser la télé-expertise en dermatologie était élevée. [23]
Depuis 2018, l'expérimentation a été élargie à la région des Hauts-de-France et une application smartphone rapide et ergonomique a permis de faciliter l'utilisation du dispositif.

Dans ce contexte de contraintes démographiques et géographiques, l'objectif de notre étude est d'analyser le recours et l'accessibilité au dermatologue en médecine générale dans la région Picardie.

Dans quelle mesure le recours au dermatologue peut être jugé problématique par les médecins généralistes en Picardie ? Quelles sont les solutions de recours au dermatologue à l'avenir ? La télé-expertise peut-elle répondre au besoin des médecins généralistes ?

Secondairement, peut-on améliorer la pratique des médecins généralistes en dermatologie ? De quelle manière ?

MATERIEL ET METHODE

1) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'analyser le recours et l'accessibilité au dermatologue en médecine générale en Picardie.
Les objectifs secondaires sont d'étudier la pratique de la dermatologie des médecins généralistes picards et d'identifier les besoins de formation dans cette spécialité.

2) Type d'étude

Pour répondre à ces objectifs, nous avons mené une étude épidémiologique observationnelle quantitative descriptive transversale.

3) Population étudiée

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes installés dans les trois départements de la région Picardie : l'Aisne, la Somme et l'Oise.
La population à l'étude était un échantillon de ces médecins généralistes installés en région Picardie.
Cet échantillon a été obtenu par tirage au sort stratifié de 6 médecins généralistes par canton sur les 65 cantons de Picardie : ce qui correspondait à un échantillon de 390 médecins.
Ce tirage au sort a été réalisé à l'aide d'un logiciel en ligne de randomisation (dcode.fr).

4) Recueil des données

Le recueil des données a été fait par courrier adressé aux 390 médecins généralistes de l'échantillon le 27 novembre 2018, au moyen d'un questionnaire papier [Annexe].
Les adresses des médecins généralistes ont été obtenues sur l'annuaire santé du site internet de l'Assurance Maladie.
Ce questionnaire comportant 23 questions était précédé d'un paragraphe explicatif présentant les objectifs de ce travail de thèse.
Le retour des questionnaires remplis anonymement était assuré par une enveloppe post-réponse fournie avec le questionnaire. Aucune relance n'a été effectuée.
Il était également proposé de répondre directement sur internet via un questionnaire Google Form.

Le questionnaire était divisé en 4 parties :

- ✔ Les caractéristiques de la population étudiée : âge, sexe, lieu d'exercice.
- ✔ Leur pratique de la dermatologie : part de la dermatologie, gestes réalisés au cabinet, difficultés rencontrées selon les groupes de pathologies présentés.
- ✔ Le recours au dermatologue : correspondants dermatologues, situation géographique, communication avec le dermatologue, motifs de recours, télé dermatologie.
- ✔ Les besoins de formation en dermatologie : formation initiale, formation continue, mode de formation, thème de formation.

5) Analyse statistique des données

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel OpenOffice Calcul.
Les analyses multivariées ont été réalisées à l'aide du logiciel XLstat.
Le test de corrélation du Khi² a été utilisé majoritairement. Pour les effectifs inférieurs à 5, le test exact de Fisher a été utilisé.

Le seuil de significativité choisi était $p < 0,05$.

RESULTATS

Les réponses au questionnaire ont été recueillies entre le 27 novembre 2018 et le 27 janvier 2019.

Nous avons reçu au total 141 réponses : 138 réponses par courrier et 3 réponses directement sur internet via le questionnaire Google Form.

Ce qui correspondait à un taux de réponse de 36,2 %.

1) Caractéristiques de la population à l'étude

La moyenne d'âge était de 50,88 ans. (figure 1)

Les hommes représentaient 56,43% des répondants. (figure 3)

65,96% des répondants exerçaient en cabinet de groupe. (figure 4)

	Population à l'étude	Médecins généralistes en Picardie [24]
Effectifs	141	2110
Moyenne d'âge	50,88 ans	53 ans
Médiane	*52,5*	
Ecart-type	*12,25*	
Hommes	56,43%	66,00%
Femmes	43,57%	34,00%

Figure 1 : Comparaison échantillon / population cible

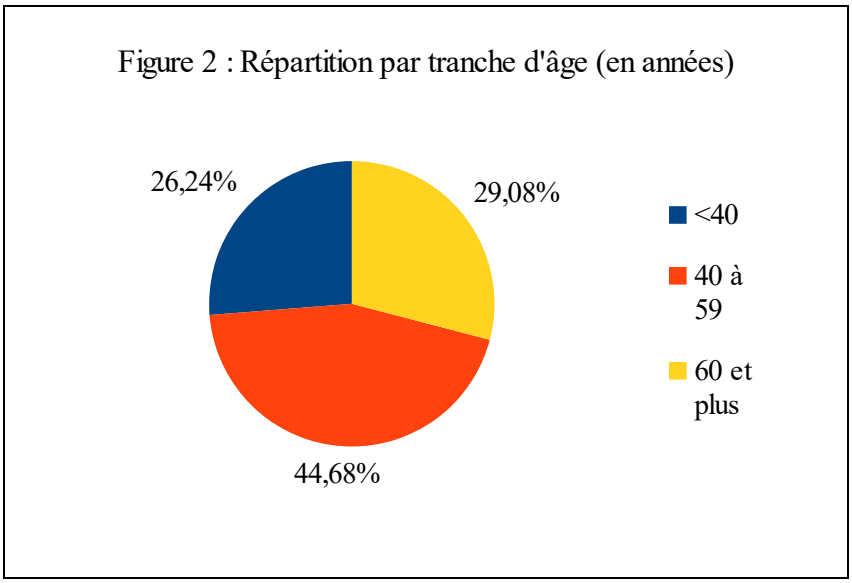


Figure 3 : Répartition selon le sexe

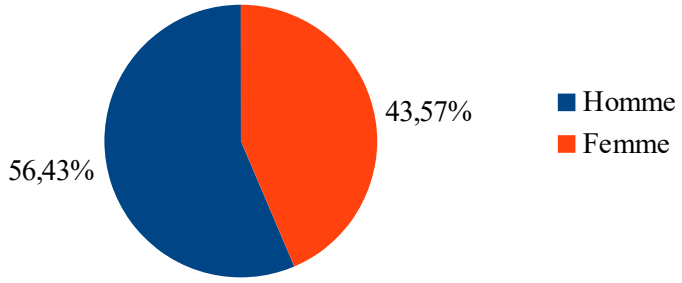


Figure 4 : Répartition selon le mode d'exercice

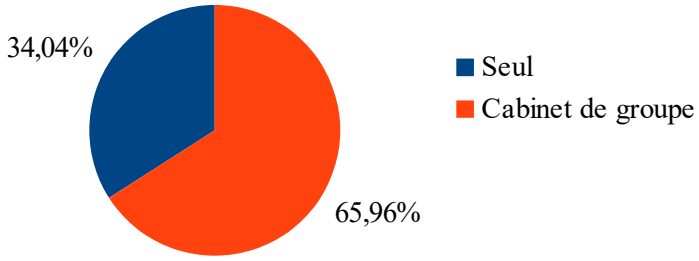
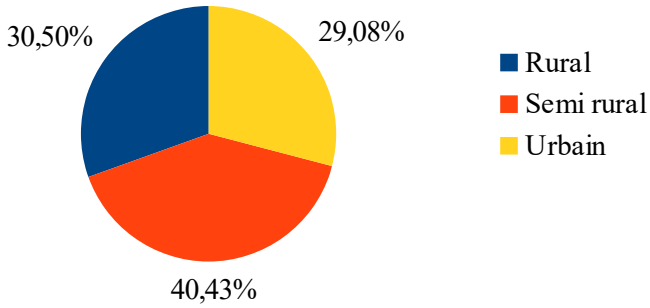
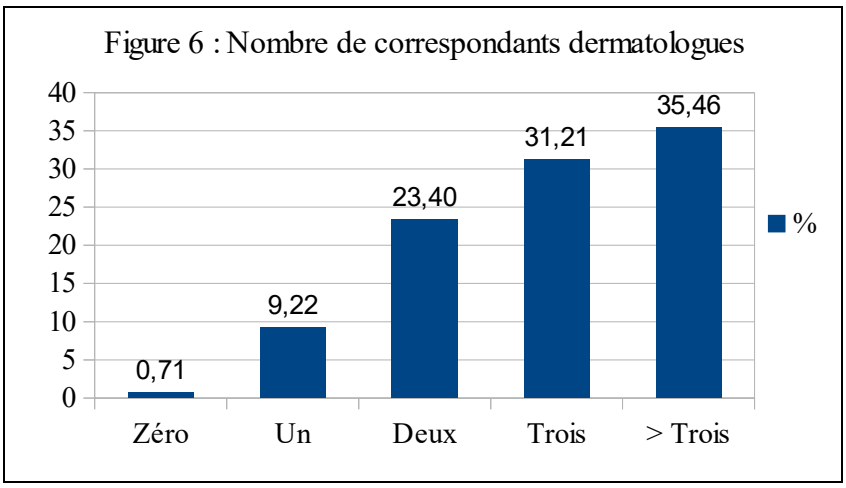


Figure 5 : Répartition selon le lieu d'exercice

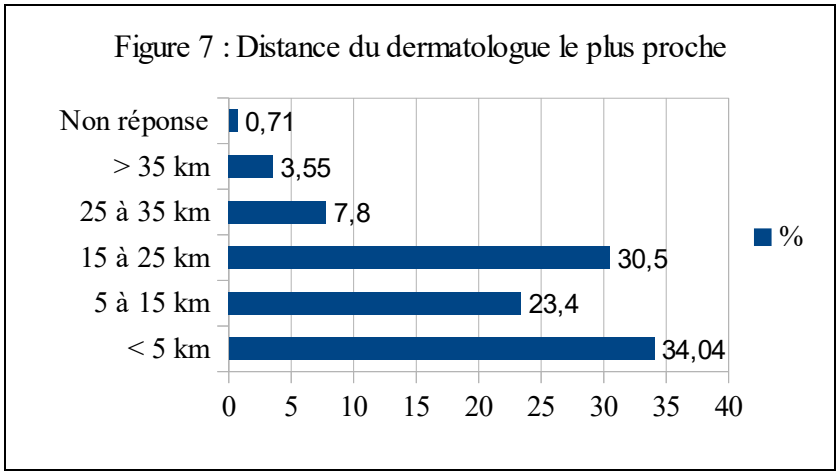


2) Le recours au dermatologue

66,67% ont répondu avoir au moins trois correspondants dermatologues.



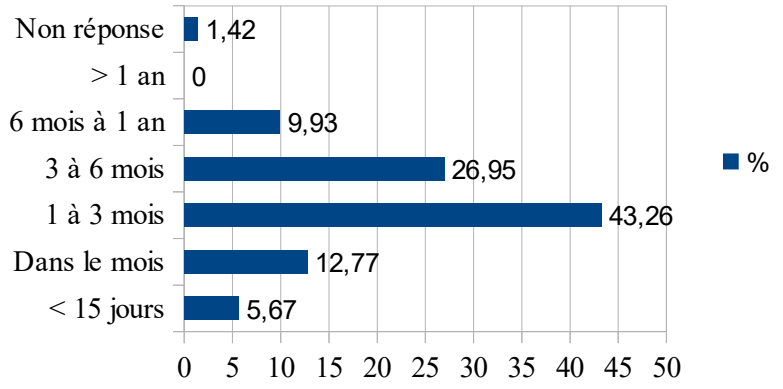
57,44% ont déclaré une distance du dermatologue le plus proche de leur cabinet inférieure à 15 km, dont 34,04% une distance inférieure à 5 km.



Le délai d'obtention d'un rendez-vous chez le dermatologue pour le patient était de 1 à 3 mois pour 43,26% des répondants.

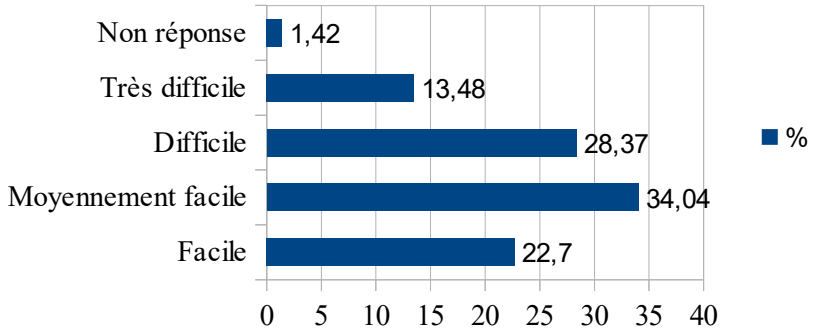
36,88% ont répondu un délai supérieur à 3 mois dont 9,93% un délai supérieur à 6 mois.

Figure 8 : Délai d'obtention d'un rendez-vous chez le dermatologue



La communication et la prise de contact avec le dermatologue étaient perçues comme difficiles voire très difficiles pour 41,85% des répondants.

Figure 9 : La communication avec le dermatologue



A la question 15 « *Indiquez à quelle fréquence vous avez recours au dermatologue pour les motifs suivants* » , les réponses étaient les suivantes :

Figure 10 : Difficulté ou incertitude diagnostique

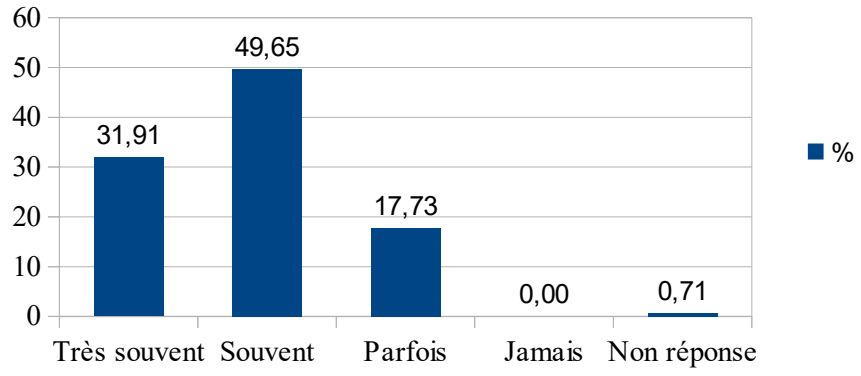


Figure 11 : Réassurance, conforter un diagnostic

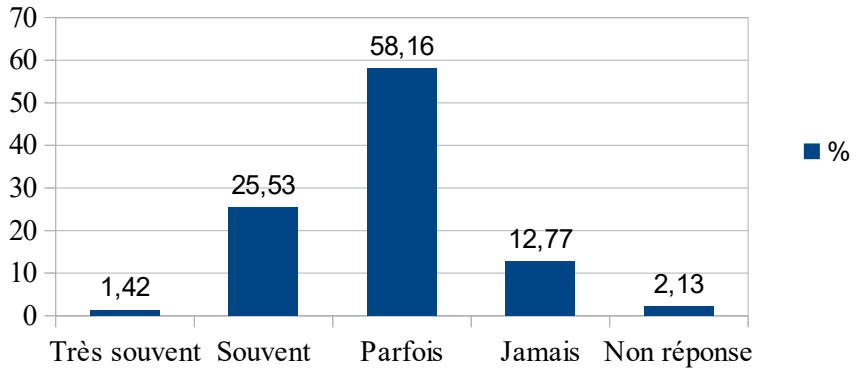


Figure 12 : Echec thérapeutique

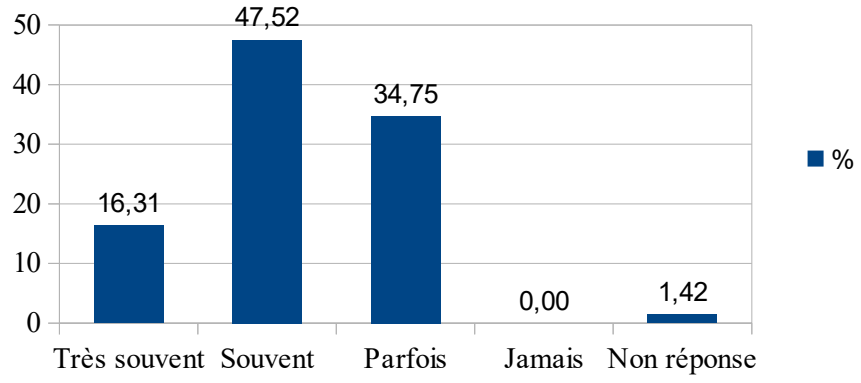


Figure 13 : Geste technique

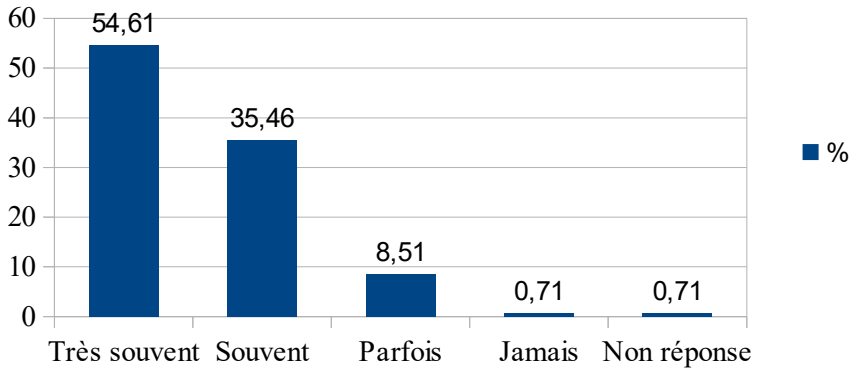


Figure 14 : Prise en charge thérapeutique spécifique

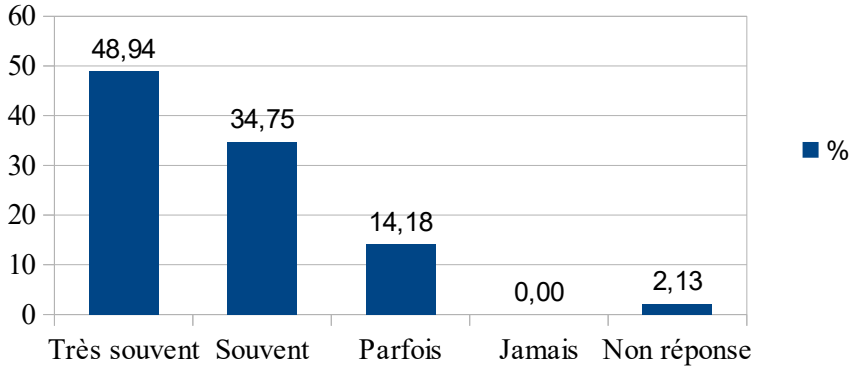
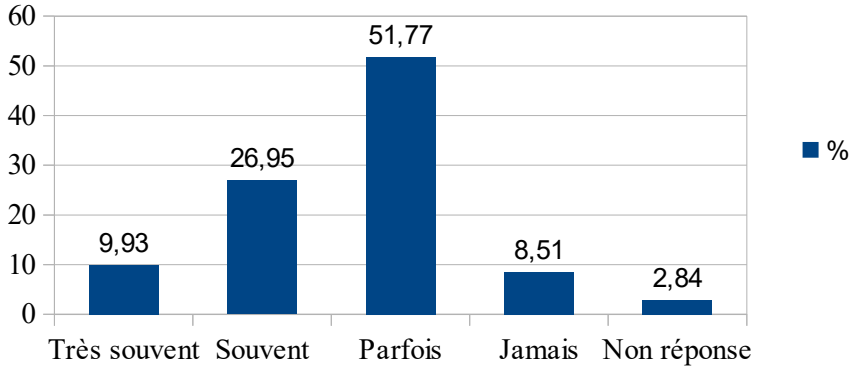
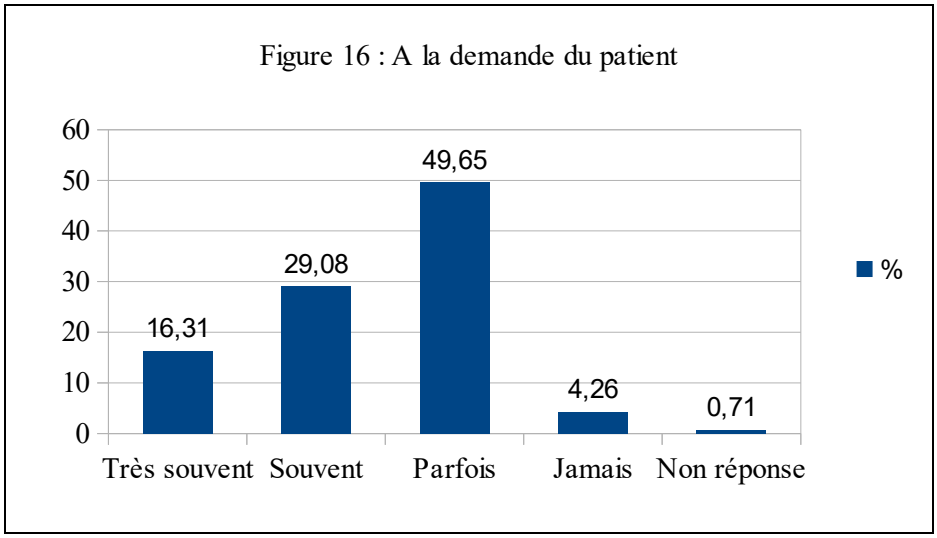
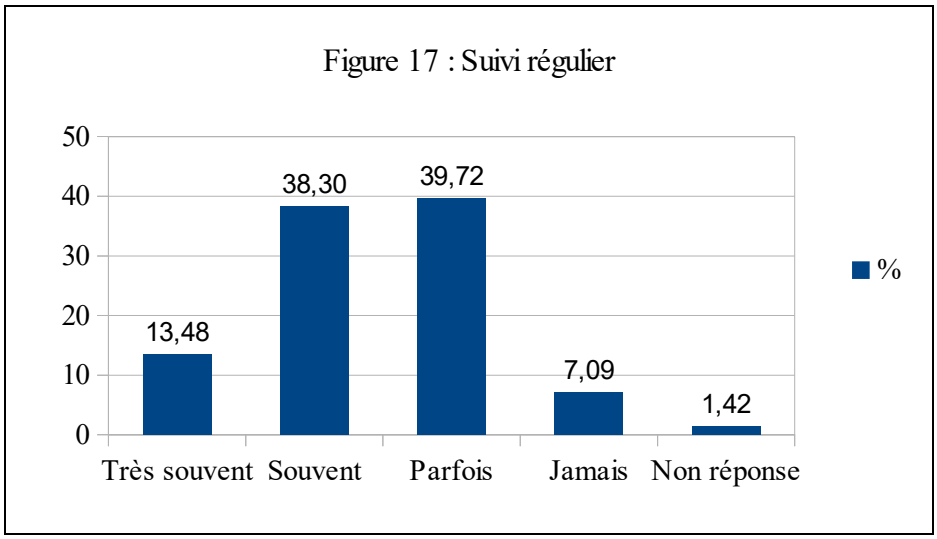


Figure 15 : Le sentiment de manque de compétence et de formation

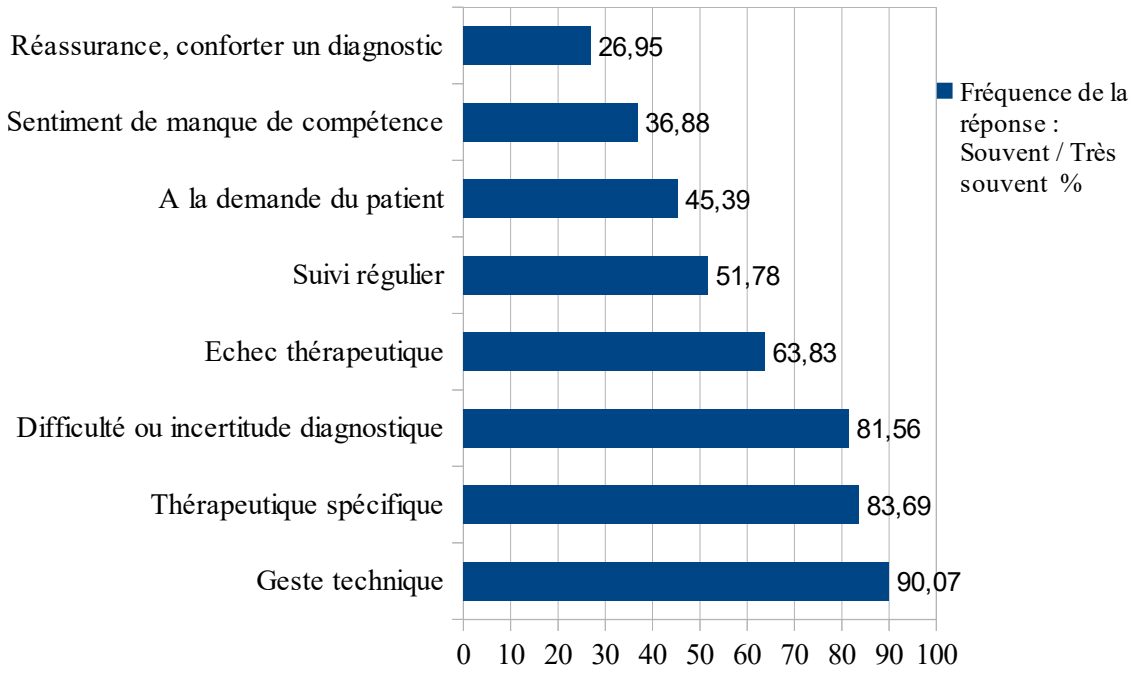






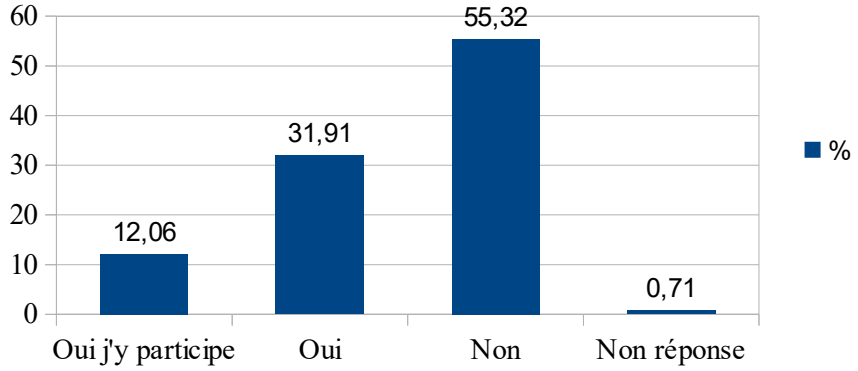
En résumé, on peut présenter les motifs de recours au dermatologue par ordre croissant de fréquence de la façon suivante :

Figure 18 : Motifs de recours au dermatologue par ordre croissant de fréquence



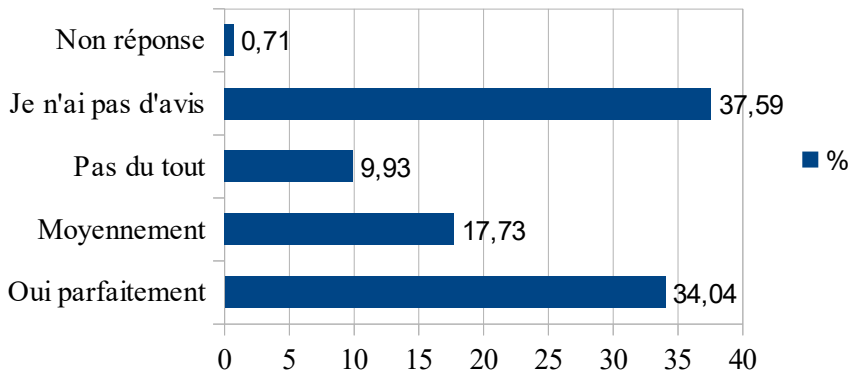
A la question « *Connaissez-vous l'expérimentation de télé-expertise en dermatologie dans la région Hauts-de-France ?* », 55,32% ont répondu « Non » et 12,06% ont déclaré y participer.

Figure 19 : Expérimentation de télédermatologie des Hauts-de-France



A la question « *Depuis 2015, la région Picardie a mis en place un projet de télé-expertise en dermatologie pour la détection de tumeurs cutanées. Pensez-vous que cette nouvelle pratique facilite l'accessibilité au spécialiste ?* », 37,59% n'avaient pas d'avis mais 34,04% ont répondu « Oui parfaitement ».

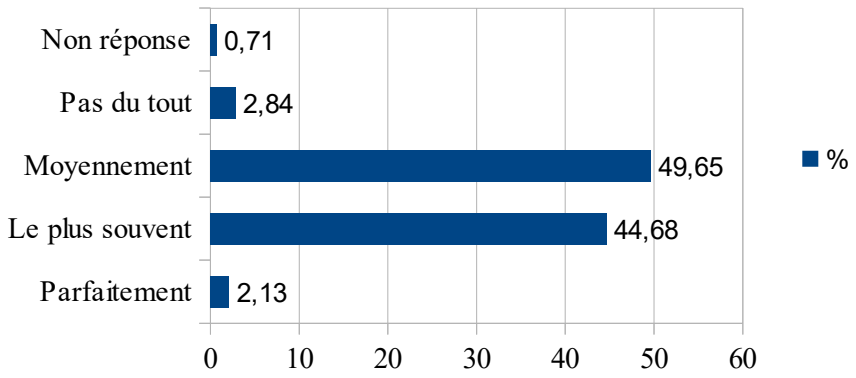
Figure 20 : Télédermatologie et accessibilité au spécialiste



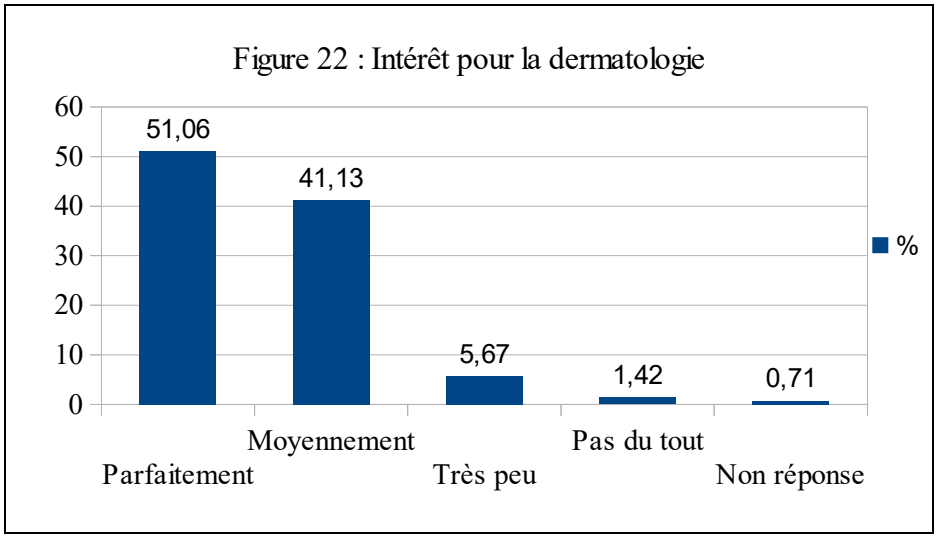
3) <u>La pratique de la dermatologie</u>

52,49% des répondants estimaient maîtriser moyennement voire pas du tout la dermatologie dans leur pratique quotidienne.

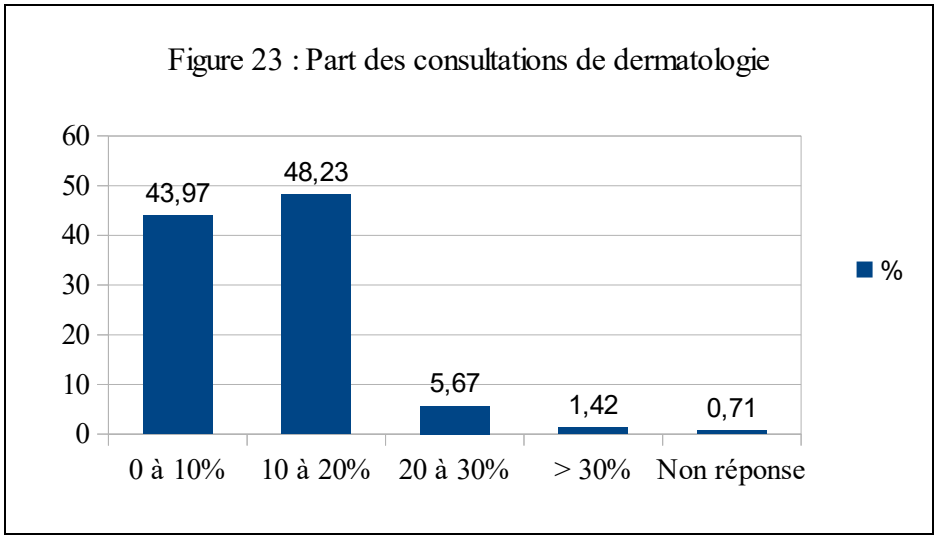
Figure 21 : Maîtrise de la dermatologie



51,06% des répondants ont déclaré s'intéresser parfaitement à la dermatologie en pratique courante.

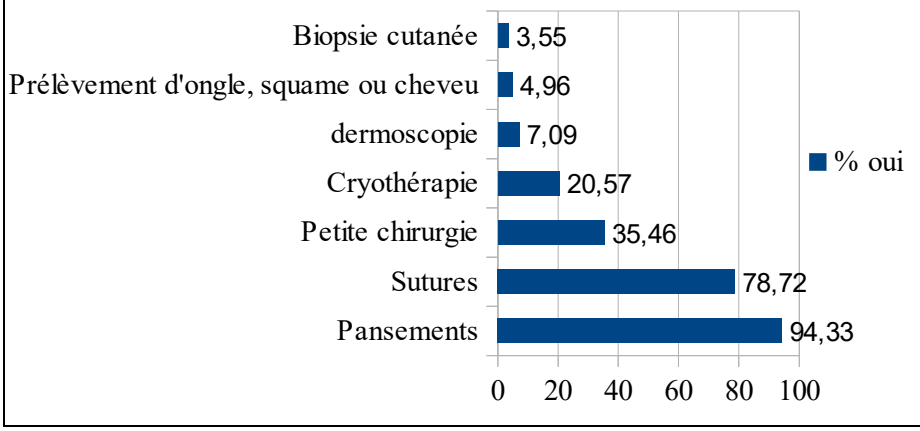


48,23% des répondants estimaient entre 10 et 20% la part que représente la dermatologie sur l'ensemble de leurs consultations.



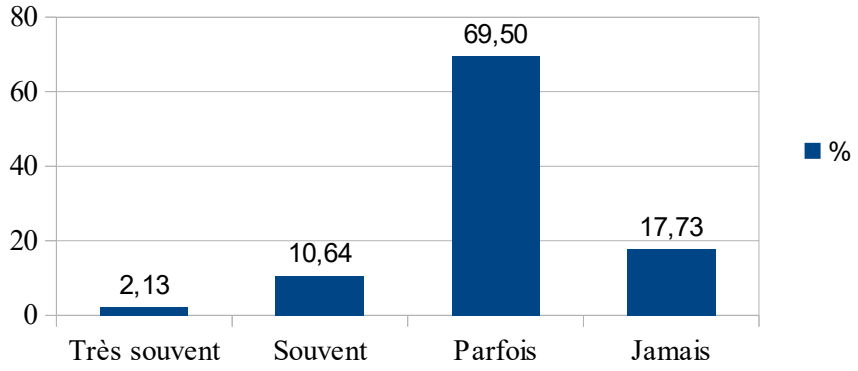
94,33% des répondants déclaraient réaliser au cabinet des pansements, 78,72% des sutures.
20,57% déclaraient pratiquer la cryothérapie.
7,09% déclaraient utiliser un dermoscope.

Figure 24 : Gestes techniques



69,50% des répondants déclaraient se sentir parfois en difficulté pour évaluer le degré d'urgence d'une pathologie dermatologique.

Figure 25 : Difficulté pour évaluer le degré d'urgence



A la question « *Pour les groupes de pathologies dermatologiques courantes suivantes, vous sentez-vous en difficulté ?* », les réponses étaient les suivantes :

Figure 26 : Pathologies tumorales

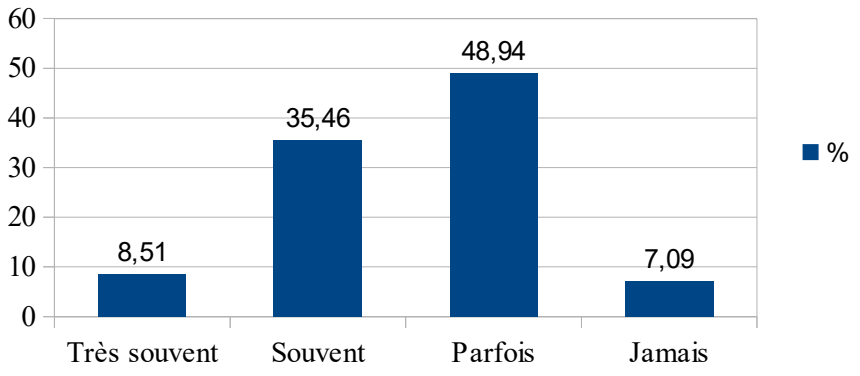


Figure 27 : Pathologies infectieuses

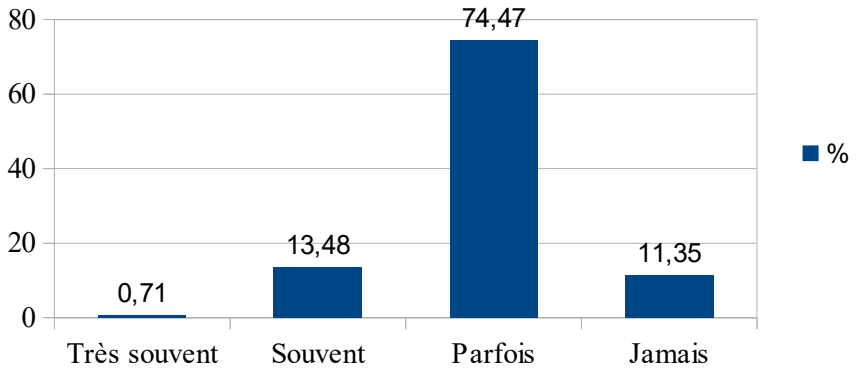


Figure 28 : Eczéma

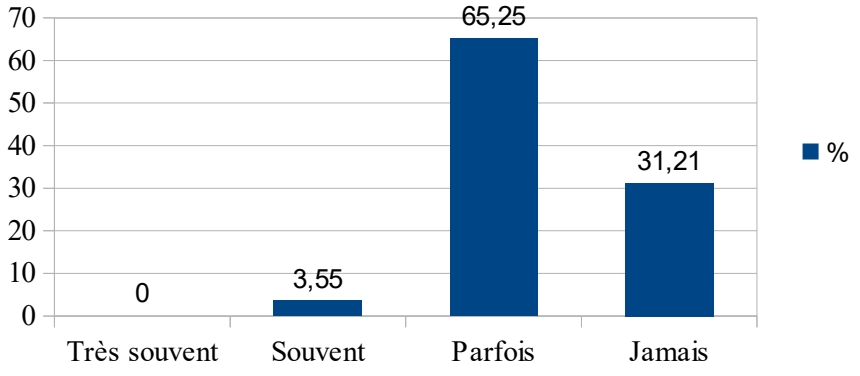


Figure 29 : Allergie

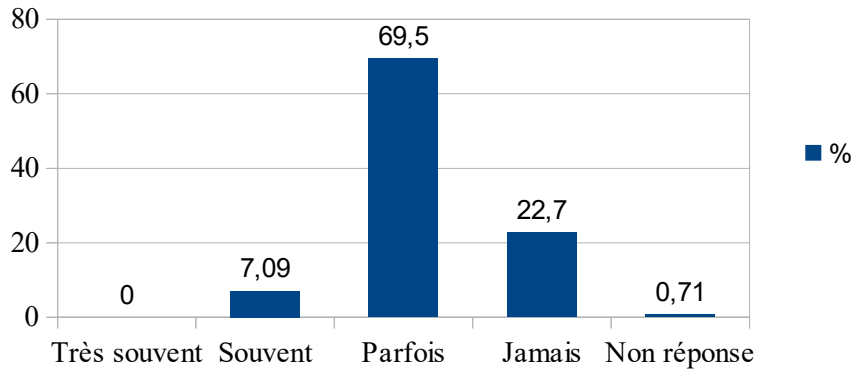


Figure 30 : Psoriasis

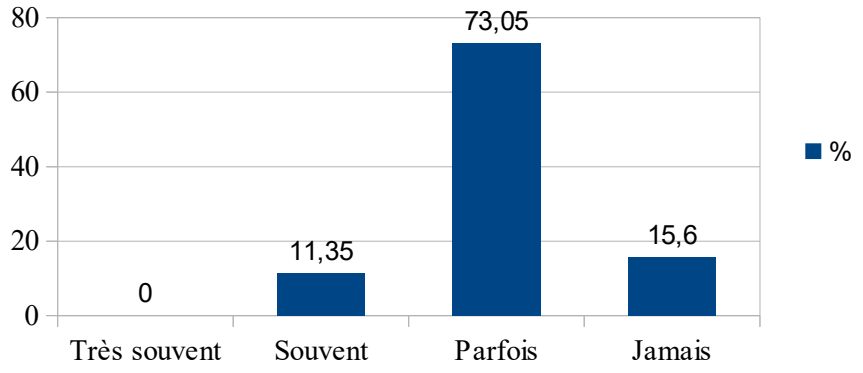
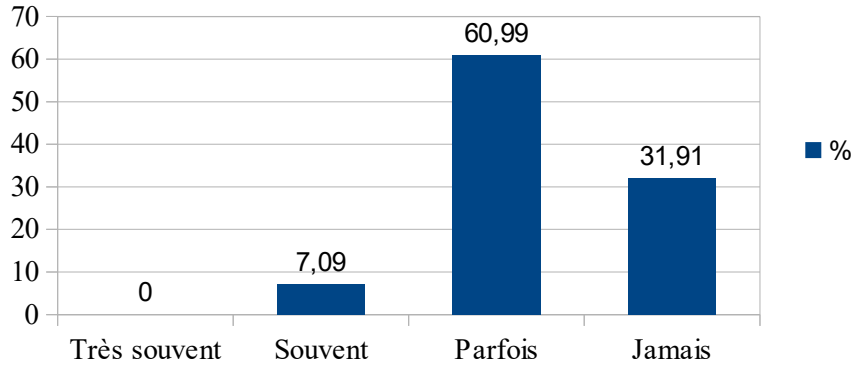
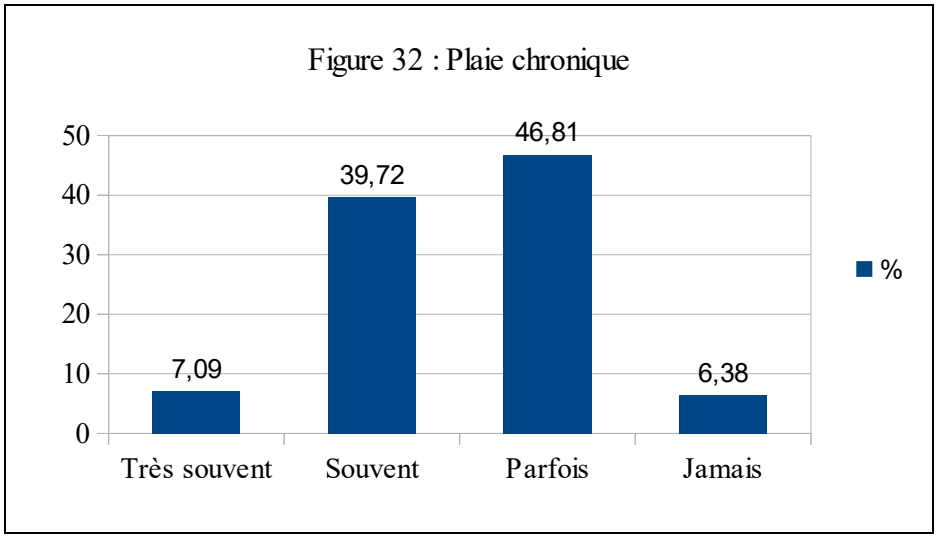
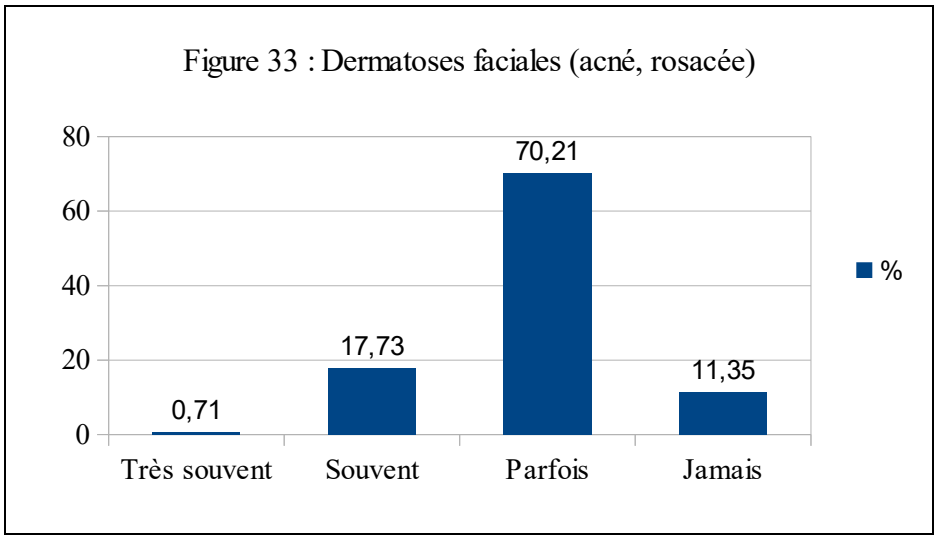


Figure 31 : Lésion traumatique

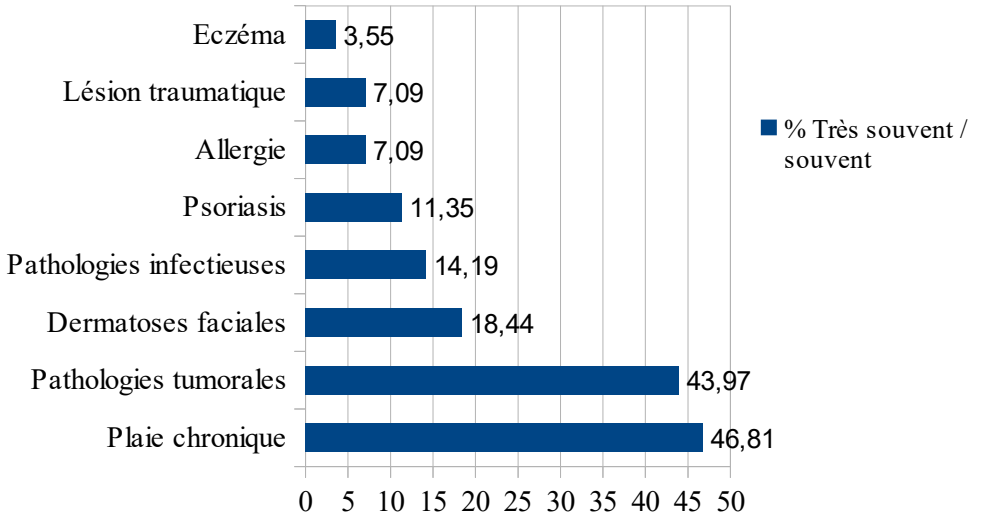






En résumé, on peut présenter les groupes de pathologies dermatologiques pour lesquels les médecins se sentaient en difficulté de la façon suivante :

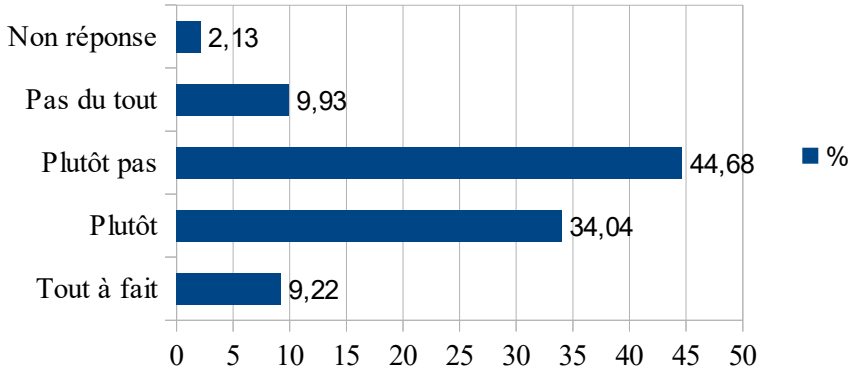
Figure 34 : Difficulté pour chaque groupe de pathologies



4) <u>Les besoins de formation en dermatologie</u>

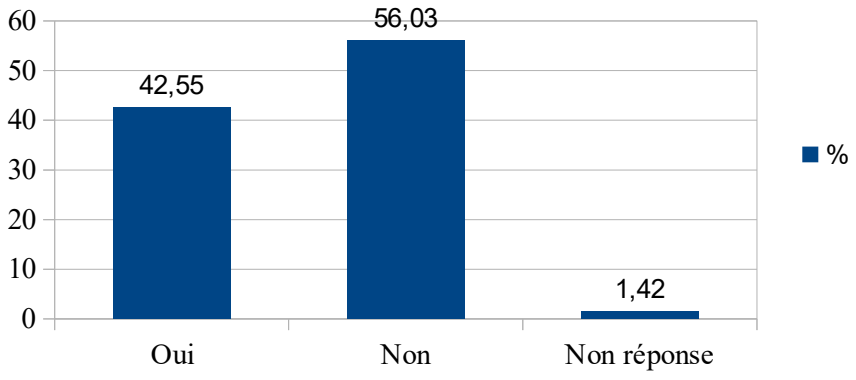
54,61% des répondants estimaient que leur formation initiale en dermatologie avait été plutôt pas, voire pas du tout suffisante pour leur pratique quotidienne.

Figure 35 : Formation initiale suffisante en dermatologie



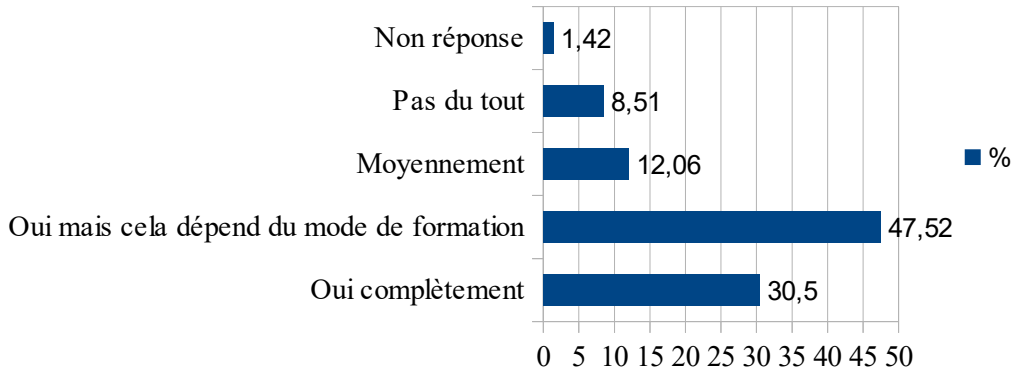
56,03% des répondants déclaraient ne pas avoir assisté à une formation complémentaire sur le thème de la dermatologie ces cinq dernières années.

Figure 36 : Formation complémentaire récente en dermatologie



78,02% des répondants déclaraient être intéressés par une formation complémentaire en dermatologie dont 47,52% uniquement selon le mode de formation proposé.

Figure 37 : Intérêt pour une formation complémentaire en dermatologie



A la question « *Quel mode de formation en dermatologie vous conviendrait ?* », les réponses étaient les suivantes :

Figure 38 : Cas cliniques et photographies à chaque séance

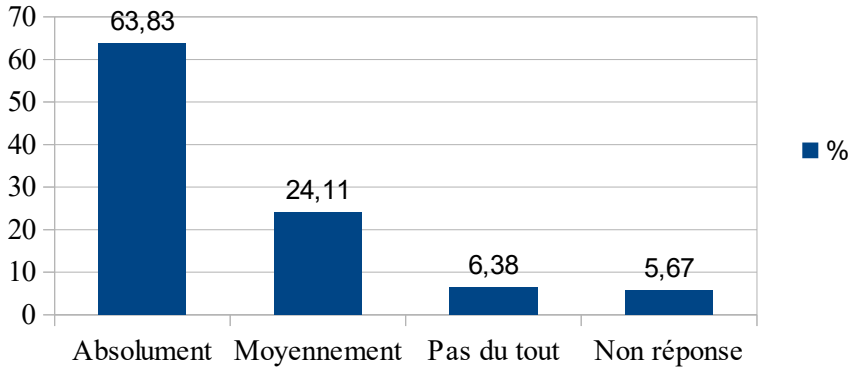


Figure 39 : Enseignement par internet avec photothèque

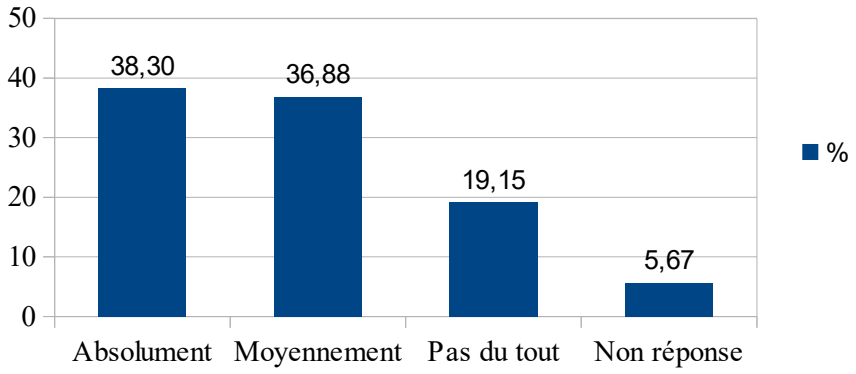


Figure 40 : Journée d'immersion avec un dermatologue de ville

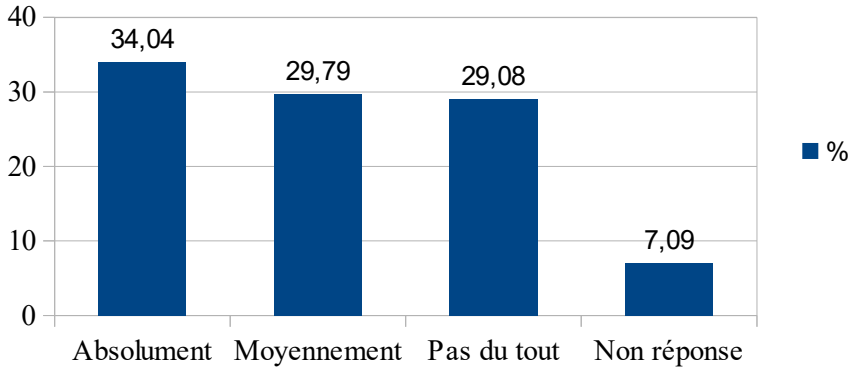


Figure 41 : Cours magistraux

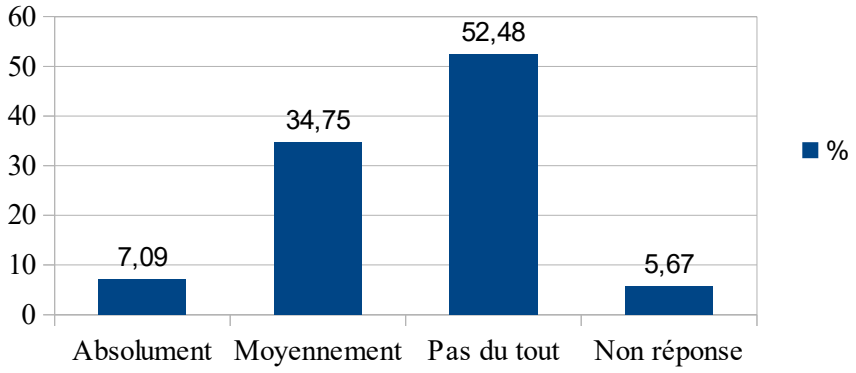
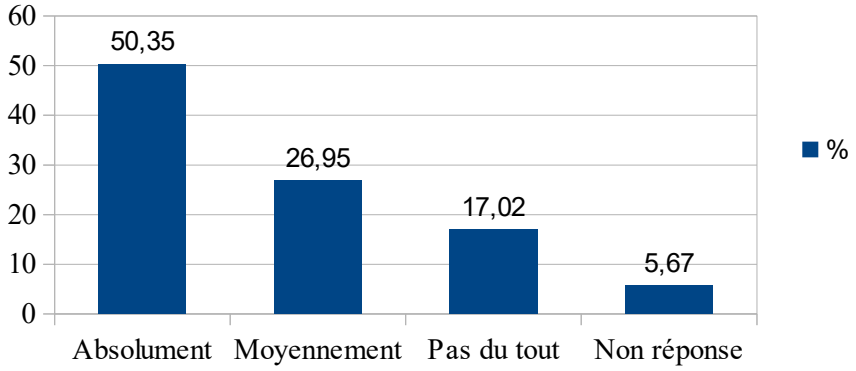


Figure 42 : Ateliers pratiques (biopsie, cryothérapie, pansements)



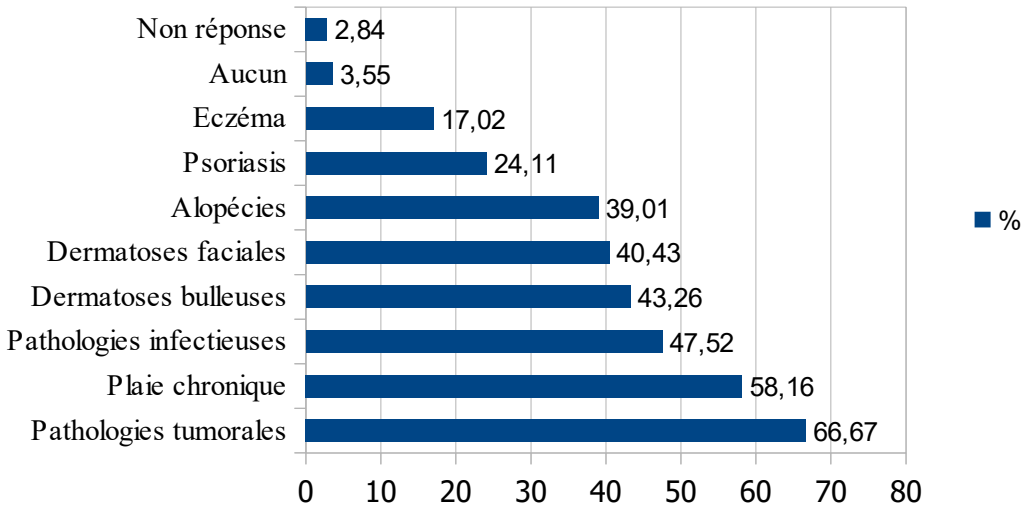
63,83% répondaient qu'une formation complémentaire sous forme de cas cliniques et photographies présentées par les participants à chaque séance leur conviendrait absolument.

50,35% répondaient qu'une formation sous forme d'ateliers pratiques (biopsie, pansements, cryothérapie) leur conviendrait absolument.

52,48% répondaient qu'une formation sous forme de cours magistraux ne leur conviendrait pas du tout.

On peut présenter le souhait de formation dédiée pour les groupes de pathologies dermatologiques suivants par ordre de fréquence de la façon suivante :

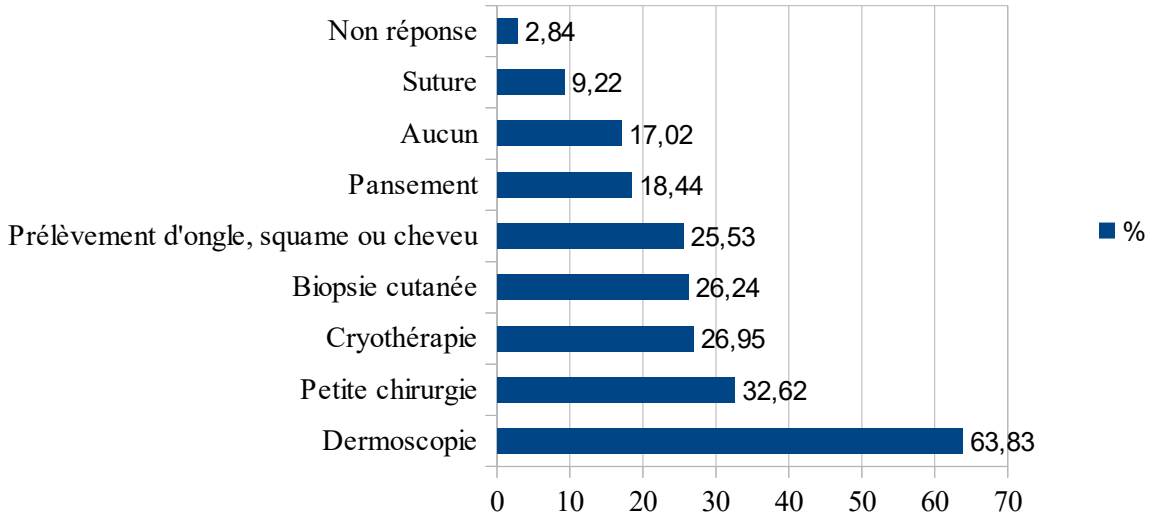
Figure 43 : Souhait de formation dédiée par ordre fréquence



66,67% déclaraient souhaiter une formation dédiée aux pathologies tumorales, 58,16% aux plaies chroniques.

On peut présenter le souhait de formation pour les gestes techniques suivants par ordre de fréquence de la façon suivante :

Figure 44 : Gestes techniques : souhait de formation par ordre de fréquence



63,83% déclaraient souhaiter utiliser un dermoscope sous réserve d'une formation adéquate.

5) Analyse multivariée

Une analyse multivariée a été réalisée selon trois variables : l'âge, le lieu d'exercice, la formation continue récente (moins de 5 ans) en dermatologie. Les deux catégories d'âge ont été obtenues avec la médiane (52 ans).

5.a) Selon l'âge

Les médecins les plus jeunes étaient davantage convaincus que la téléexpertise faciliterait l'accès au dermatologue, comparé aux médecins plus âgés (**p = 0,048**).
Les médecins les plus jeunes plébiscitaient davantage un mode de formation par internet avec photothèque (**p = 0,018**) ou une journée d'immersion avec un dermatologue (**p = 0,025**), alors que les médecins plus âgés préféraient les cours magistraux (**p = 0,004**).
On ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le fait d'avoir assisté à une formation ces cinq dernières années (p = 0,643).
On ne retrouvait pas de différence significative pour la pratique de gestes techniques au cabinet entre les deux groupes.

	Catégorie 1 **≤ 52 ans (n = 70) (%)**	Catégorie 2 **> 52 ans (n = 71) (%)**	p value
Maîtrise de la dermatologie			
Parfaitement	0 (0)	3 (4)	***P = 0,034***
Le plus souvent	26 (37)	37 (53)	
Moyennement	41 (59)	29 (41)	
Pas du tout	3 (4)	1 (1)	
Non réponse	0 (0)	1 (1)	
Motifs de recours au dermatologue			
Difficulté diagnostique			
Très souvent	21 (30)	24 (34)	*P = 0,874*
Souvent	36 (52)	34 (48)	
Parfois	12 (17)	13 (18)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	
Non réponse	1 (1)	0 (0)	
Réassurance			
Très souvent	0 (0)	2 (3)	***P = 0,002***
Souvent	17 (24)	19 (26)	
Parfois	37 (53)	46 (65)	
Jamais	15 (21)	2 (3)	
Non réponse	1 (1)	2 (3)	
Geste technique			
Très souvent	38 (55)	40 (56)	*P = 0,916*
Souvent	24 (34)	26 (37)	
Parfois	6 (9)	5 (7)	
Jamais	1 (1)	0 (0)	
Non réponse	1 (1)	0 (0)	
Sentiment de manque de compétence			
Très souvent	8 (11)	6 (9)	*P = 0,437*
Souvent	20 (30)	17 (24)	
Parfois	33 (47)	41 (58)	
Jamais	8 (11)	4 (6)	
Non réponse	1 (1)	2 (3)	
Téléexpertise facilite l'accès au dermatologue			
Oui parfaitement	31 (44)	18 (25)	***P = 0,048***
Moyennement	13 (19)	11 (16)	
Pas du tout	5 (7)	9 (13)	
Je n'ai pas d'avis	20 (29)	33 (46)	
Non réponse	1 (1)	0 (0)	
Intérêt pour la formation			
Oui complètement	28 (40)	15 (21)	***P = 0,009***
Oui selon mode de formation	33 (47)	34 (48)	
Moyennement	4 (6)	13 (18)	
Pas du tout	3 (4)	9 (13)	
Non réponse	2 (3)	0 (0)	
Mode de formation plébiscité			
Cas cliniques avec photographies			
Absolument	46 (66)	44 (62)	*P = 0,483*
Moyennement	15 (21)	19 (27)	
Pas du tout	6 (9)	3 (4)	
Non réponse	3 (4)	5 (7)	
Internet avec photothèque			
Absolument	35 (50)	19 (27)	***P = 0,018***
Moyennement	24 (34)	28 (39)	
Pas du tout	9 (13)	18 (25)	
Non réponse	2 (3)	6 (9)	
Journée d'immersion avec dermatologue			
Absolument	29 (41)	19 (27)	***P = 0,025***
Moyennement	14 (20)	28 (39)	
Pas du tout	23 (33)	18 (25)	
Non réponse	4 (6)	6 (9)	
Cours magistraux			
Absolument	2 (3)	8 (11)	***P = 0,004***
Moyennement	18 (26)	31 (44)	
Pas du tout	47 (67)	27 (38)	
Non réponse	3 (4)	5 (7)	
Ateliers pratiques			
Absolument	39 (56)	32 (45)	*P = 0,525*
Moyennement	19 (27)	19 (27)	
Pas du tout	10 (14)	14 (19)	
Non réponse	2 (3)	6 (9)	

Figure 45 : Analyse des réponses selon l'âge

5.b) Selon le lieu d'exercice

	Rural (n = 43) (%)	Semi rural (n = 57) (%)	Urbain (n = 41) (%)	*p value*
Distance du dermatologue le plus proche				
< 5 km	2 (5)	11 (19)	35 (86)	***P < 0,0001***
5 à 15 km	10 (23)	18 (32)	5 (12)	
15 à 25 km	23 (54)	20 (35)	0 (0)	
25 à 35 km	7 (16)	4 (7)	0 (0)	
> 35 km	1 (2)	4 (7)	0 (0)	
Non réponse	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
Délai d'obtention d'un RDV				
< 15 jours	4 (9)	3 (5)	1 (2)	*P = 0,563*
Dans le mois	4 (9)	10 (18)	4 (10)	
1 à 3 mois	20 (46)	25 (44)	16 (39)	
3 à 6 mois	8 (19)	15 (26)	15 (37)	
> 6 mois	5 (12)	4 (7)	5 (12)	
Non réponse	2 (5)	0 (0)	0 (0)	
Part des consultations de dermatologie				
0 à 10 %	20 (46)	23 (40)	19 (46)	*P = 0,971*
10 à 20 %	21 (49)	29 (51)	18 (45)	
20 à 30 %	2 (5)	4 (7)	2 (5)	
> 30 %	0 (0)	1 (2)	1 (2)	
Non réponse	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
Communication avec le dermatologue				
Facile	9 (21)	11 (19)	12 (29)	*P = 0,238*
Moyennement facile	20 (46)	17 (30)	11 (27)	
Difficile	12 (28)	17 (30)	11 (27)	
Très difficile	2 (5)	11 (19)	6 (15)	
Non réponse	0 (0)	1 (2)	1 (2)	
Pratique de gestes techniques				
Pansement	42 (98)	54 (95)	37 (90)	*P = 0,299*
Suture	38 (88)	45 (79)	28 (68)	*P = 0,08*
Dermoscope	2 (5)	5 (9)	3 (7)	*P = 0,847*
Cryothérapie	14 (33)	12 (21)	3 (7)	***P = 0,017***
Prélèvement d'ongle, cheveu ou squame	4 (9)	2 (3)	1 (2)	*P = 0,418*
Petite chirurgie	17 (40)	19 (33)	14 (34)	*P = 0,796*
Biopsie cutanée	3 (7)	2 (3)	0 (0)	*P = 0,272*
Nombre de correspondants dermatologues				
0	0 (0)	1 (2)	0 (0)	*P = 0,560*
1	5 (12)	6 (10)	2 (5)	
2	8 (19)	14 (25)	11 (27)	
3	13 (30)	14 (25)	17 (41)	
> 3	17 (39)	22 (38)	11 (27)	

Figure 46 : Analyse des réponses selon le lieu d'exercice

Les médecins généralistes en milieu rural avaient tendance à réaliser plus de gestes techniques parmi ceux cités que les médecins généralistes en milieu urbain. Cette différence est même statistiquement significative pour la pratique de la cryothérapie (**p = 0,017**).

On retrouvait par ailleurs que les médecins exerçant seuls utilisaient plus le dermoscope que les médecins en cabinet de groupe (**p = 0,031**).

On ne retrouvait pas de différence significative pour les modes de formation plébiscités selon le lieu d'exercice du médecin.

5.c) Selon le fait d'avoir été formé récemment

Les médecins ayant assisté à une formation récente se sentaient moins en difficulté pour l'eczéma que les autres médecins (**$p < 0,0001$**).

Les médecins n'ayant pas assisté à une formation récente plébiscitaient plus une formation par internet avec photothèque (**$p = 0,024$**).

On ne retrouvait pas de différence significative entre les différents motifs de recours au dermatologue et le fait d'avoir assisté à une formation récente.

On ne retrouvait pas non plus de différence significative entre la pratique de gestes techniques et le fait d'avoir assisté à une formation récente.

	Formation récente (n = 60) (%)	Pas de formation récente (n = 79) (%)	p value
Maîtrise de la dermatologie			
Parfaitement	1 (2)	2 (2)	*P = 0,342*
Le plus souvent	28 (47)	33 (42)	
Moyennement	30 (50)	40 (51)	
Pas du tout	0 (0)	4 (5)	
Non réponse	1 (1)	0 (0)	
Difficulté pour :			
Pathologies tumorales			
Très souvent	4 (7)	8 (10)	*P = 0,323*
Souvent	17 (28)	32 (41)	
Parfois	35 (58)	34 (43)	
Jamais	4 (7)	5 (6)	
Non réponse	0 (0)	0 (0)	
Pathologies infectieuses			
Très souvent	0 (0)	1 (1)	*P = 0,084*
Souvent	4 (7)	15 (19)	
Parfois	47 (78)	56 (71)	
Jamais	9 (15)	7 (9)	
Non réponse	0 (0)	0 (0)	
Eczéma			
Très souvent	0 (0)	0 (0)	***P < 0,0001***
Souvent	0 (0)	5 (6)	
Parfois	20 (33)	50 (64)	
Jamais	40 (67)	24 (30)	
Non réponse	0 (0)	0 (0)	
Allergie			
Très souvent	0 (0)	0 (0)	*P = 0,737*
Souvent	5 (8)	4 (5)	
Parfois	41 (68)	56 (71)	
Jamais	14 (24)	18 (23)	
Non réponse	0 (0)	1 (1)	
Psoriasis			
Très souvent	0 (0)	0 (0)	*P = 0,221*
Souvent	4 (7)	12 (15)	
Parfois	48 (80)	54 (68)	
Jamais	8 (13)	13 (17)	
Non réponse	0 (0)	0 (0)	
Plaies chroniques			
Très souvent	3 (5)	7 (9)	*P = 0,769*
Souvent	25 (42)	32 (40)	
Parfois	29 (48)	34 (43)	
Jamais	3 (5)	6 (8)	
Non réponse	0 (0)	0 (0)	
Lésion traumatique			
Très souvent	0 (0)	0 (0)	*P = 0,313*
Souvent	3 (5)	7 (9)	
Parfois	41 (68)	44 (56)	
Jamais	16 (27)	28 (35)	
Non réponse	0 (0)	0 (0)	
Dermatoses faciales			
Très souvent	0 (0)	1 (1)	*P = 0,155*
Souvent	6 (10)	18 (23)	
Parfois	46 (77)	52 (66)	
Jamais	8 (13)	8 (10)	
Non réponse	0 (0)	0 (0)	
Mode de formation plébiscité			
Cas cliniques avec photographies			
Absolument	46 (77)	44 (56)	*P = 0,062*
Moyennement	11 (18)	23 (29)	
Pas du tout	2 (3)	7 (9)	
Non réponse	1 (2)	5 (6)	
Internet avec photothèque			
Absolument	17 (28)	38 (48)	***P = 0,024***
Moyennement	25 (42)	27 (34)	
Pas du tout	16 (27)	10 (13)	
Non réponse	2 (3)	4 (5)	
Journée d'immersion avec dermatologue			
Absolument	21 (35)	27 (34)	P = 0,600
Moyennement	21 (35)	21 (26)	
Pas du tout	16 (27)	25 (32)	
Non réponse	2 (3)	6 (8)	
Cours magistraux			
Absolument	4 (6)	6 (8)	*P = 0,484*
Moyennement	25 (42)	24 (30)	
Pas du tout	30 (50)	44 (56)	
Non réponse	1 (2)	5 (6)	
Ateliers pratiques			
Absolument	38 (63)	34 (43)	***P = 0,012***
Moyennement	17 (28)	21 (27)	
Pas du tout	4 (7)	19 (24)	
Non réponse	1 (2)	5 (6)	

Figure 47 : Analyse des réponses selon le fait d'avoir été formé récemment

DISCUSSION

1) Limites de l'étude

1.a) Points forts de l'étude

Notre étude s'est intéressée à un problème d'actualité qui aurait tendance à s'aggraver dans les années à venir : l'accessibilité aux soins, notamment dans un territoire sous-doté, et en particulier en dermatologie.

Il s'agissait d'une étude randomisée stratifiée par canton afin d'obtenir une meilleure répartition géographique dans les trois départements de la Picardie, et donc une meilleure représentativité de l'échantillon.

Le questionnaire est composé de 23 questions fermées, à choix unique ou multiples, afin de favoriser la facilité et la rapidité de réponse pour les médecins généralistes. Le but est d'optimiser les chances de réponses, et donc la puissance de cette étude quantitative.

De même, un nombre de questions trop important aurait pu avoir un impact négatif sur le taux de participation.

Le risque des questions fermées est d'ignorer d'éventuelles propositions des médecins interrogés. Il existait une possibilité de réponse ouverte (question 21), qui n'a été complété par aucun des répondants.

Les questions 9 et 22 couvrent une vaste gamme de pathologies dermatologiques rencontrées en pratique courante en soins primaires. Ces groupes d'affections cutanéo-muqueuses pré-définis sont fondés sur les données d'autres études. [25] [26]

Les questions 9, 10 et 15 amenaient à reconnaître des difficultés personnelles : « *sentiment de manque de compétence* », « *réassurance* », « *vous sentez-vous en difficulté* », ce qui peut induire la peur du jugement pour les répondants. Le fait que le questionnaire soit anonyme peut permettre de réduire ce risque.

En ce qui concerne les gestes techniques, les petits gestes chirurgicaux incluent forcément la biopsie cutanée (exérèse de nævus...) mais le choix de séparer les deux catégories se justifie par l'hypothèse de la pratique la plus fréquente en médecine générale. En effet, la biopsie cutanée (au punch ou au bistouri) est plutôt spécialement à visée diagnostique de cancer cutané ; alors que la petite chirurgie serait plutôt à visée thérapeutique et concerne plutôt l'évacuation d'abcès, kyste ou hématome, l'ablation de corps étranger, l'exérèse de molluscum par exemple.

Cette hypothèse semble juste puisque nos résultats montraient que 35,46 % pratiquaient de la petite chirurgie, alors que seuls 3,55 % la biopsie cutanée.

De même, la suture fait partie des petits gestes chirurgicaux mais la fréquence de réalisation de suture au cabinet comparée aux autres gestes justifie d'en faire une proposition séparée.

Au vu des données épidémiologiques de 2015 [24], il semble que l'échantillon soit représentatif de la population cible, les médecins généralistes picards.
L'âge moyen dans notre étude était de 50,88 ans contre 53 ans en Picardie.
La distribution hommes / femmes dans notre étude était de 56 % / 44 % contre 66 % / 34 % en Picardie en 2015, témoignant effectivement d'une féminisation de la profession.

1.b) Biais de l'étude

Les faiblesses de cette étude résident dans les biais suivants :

- le biais de volontariat

Les réponses au questionnaire étaient volontaires donc les répondants étaient susceptibles d'avoir préalablement un intérêt pour le sujet. Notre étude sélectionne donc les médecins les plus motivés, ce qui peut influencer les résultats.

- le biais d'information : l'autoévaluation

Certaines questions amenaient des réponses subjectives « *estimez-vous que* », « *selon vous* » « *vous sentez-vous en difficulté* ». Il s'agit alors d'auto jugement dont le risque est la sur-estimation ou la sous-estimation. Chacun peut interpréter différemment le sens de certaines questions.

- le manque de puissance de l'étude

Le nombre de réponses dans notre étude représente 6,7 % des praticiens de la région Picardie [24], ce qui met en évidence un manque de puissance évident.

A la question 12 concernant le délai d'obtention d'un rendez-vous, les propositions de réponses peuvent être discutables. En effet, la proposition « *1 à 3 mois* » n'est pas pertinente dans la mesure où 1 mois de délai est plutôt acceptable, contrairement à 3 mois de délai pouvant être jugé long. Une autre répartition de délai de rendez-vous aurait été plus intéressante.

Enfin, pour rendre cette étude plus exhaustive, d'autres paramètres auraient pu être évalués :
- les motifs de non réalisation des gestes techniques proposés : manque de temps ? coût ? responsabilité ? Non apprentissage de ces gestes ?

- le rapport du médecin aux nouvelles technologies dans sa pratique : informatisation ? messagerie sécurisée ? internet haut débit ? Équipement récent ?

2) Le recours au dermatologue

2.a) Accessibilité au dermatologue

Dans notre étude, une majorité déclarait avoir au moins trois correspondants dermatologues (66,67%), et être plutôt proche d'un dermatologue avec une distance de moins de 15 kilomètres (57,44%).
Pourtant, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez le dermatologue était de 1 à 3 mois pour 43,26% des répondants, et plus de 3 mois pour 36,88% d'entre eux. De plus, la communication était perçue comme difficile voir très difficile par 41,85% des répondants, et moyennement facile par 34,04%.
Ces délais peuvent être jugés longs surtout pour certaines affections comme le mélanome où un délai diagnostique important peut être une perte de chance pour le patient. De plus, les pathologies dermatologiques peuvent être anxiogènes notamment en raison de leur caractère visible, et peuvent avoir un impact psychologique majeur, d'autant plus lorsque le délai de prise en charge est long.
Ainsi, on peut supposer que la proximité géographique vis-à-vis d'un cabinet de dermatologue n'est pas seule déterminante d'un meilleur accès aux soins. Les carences démographiques en dermatologues en Picardie peuvent expliquer ces résultats : un dermatologue draine un grand nombre de demandes de consultation malgré la proximité avec les médecins généralistes, qui eux-mêmes sont en nombre insuffisant en Picardie.

Les résultats ne mettaient pas en évidence de corrélation entre le lieu d'exercice et l'accessibilité au dermatologue en terme de délai d'obtention d'un rendez-vous ($p=0,563$) et de communication avec celui-ci ($p=0,238$). On peut supposer que la Picardie étant une zone particulièrement sous dotée en dermatologues, l'accessibilité au dermatologue est problématique pour l'ensemble des médecins généralistes, quelque soit leur lieu d'exercice.

2.b) Motifs de recours au dermatologue

Les trois premiers motifs de recours en terme de fréquence (« très souvent » ou « souvent »)

étaient : un geste technique (90,07%), une thérapeutique spécifique (83,69%), une difficulté ou incertitude diagnostique (81,56%).
Une thérapeutique spécifique sous-entendait un traitement ne pouvant être prescrit ou instauré que par le dermatologue (isotrétinoine, immunosuppresseurs, médicaments à prescription hospitalière comme les biothérapies, photothérapies).
Quant aux difficultés diagnostiques, elles peuvent être limitées grâce à l'expérience clinique [27] mais aussi et surtout grâce à la formation. C'est d'ailleurs ce que montraient nos résultats : la maîtrise en dermatologie était estimée meilleure pour les médecins les plus âgés ($p=0,034$), les médecins formés récemment se sentaient moins en difficulté notamment pour l'eczéma ($p < 0,0001$).
Ainsi, pour limiter le recours au dermatologue, il faudrait donc renforcer l'autonomie du praticien en s'appuyant sur la formation continue et en développant la pratique de gestes techniques rapides et simples pour élargir l'offre de soins.

2.c) Les moyens de recours au dermatologue

L'enjeu actuel est de faire face aux contraintes géographiques et démographiques en préservant la qualité de soins pour le patient.

2.c.1) La télé-expertise

Dans notre étude, les répondants étaient plutôt favorables à la télé-expertise en dermatologie (34,04%), et principalement pour les plus jeunes médecins ($p=0,048$). Ceci peut s'expliquer par le fait que les nouvelles générations de médecins maîtriseraient mieux l'outil informatique et les nouvelles technologies et seraient donc moins réticents à leur utilisation.
37,59% n'avaient pas d'avis concernant la télédermatologie et 27,66% étaient plutôt réticents ; en effet, la télé-expertise commence tout juste à se généraliser et le manque de recul ou la méconnaissance vis-à-vis de cette pratique peuvent expliquer la réserve de beaucoup de médecins.
Les contraintes démographiques en dermatologie incitent le médecin généraliste à être suffisamment autonome en pratique courante.
Ainsi, la télé-expertise apparaît comme un outil d'aide permettant un accès plus rapide à un avis spécialisé.
Plusieurs études ont prouvé l'intérêt de la télé-expertise en dermatologie en terme d'efficacité,

de réduction des délais d'attente, d'avantage économique en diminuant les transports sanitaires. C'est également un moyen facile et rapide apprécié des médecins généralistes. [28] [29]
En 2019, l'expérimentation de télédermatologie des Hauts-de-France est toujours en cours. On dénombre actuellement 223 médecins généralistes et 27 dermatologues libéraux participant à ce dispositif. Le délai moyen d'obtention d'un avis est de 24 à 48h. La tarification négociée entre les syndicats, l'ARS et l'URPS est la suivante : 14€ par avis demandé pour le médecin généraliste, 46€ pour le dermatologue. En 2016, 32 cas de tumeurs malignes avaient été diagnostiquées sur 298 avis rendus dans le cadre de cette expérimentation [30] ; de nouveaux résultats sont attendus depuis l'élargissement territorial de ce dispositif. En mai 2019, l'expérimentation s'est élargie aux demandes de télé-expertise pour plaies chroniques à partir de l'application smartphone.

Pour autant, la télédermatologie ne doit pas être vue comme un substitut à une consultation de dermatologie. En effet, il est difficile de poser un diagnostic précis sur simple photographie, la palpation étant un élément important en consultation de dermatologie.
Selon plusieurs études, la précision diagnostique des tumeurs cutanées en télédermatologie reste inférieure à la consultation en vis-à-vis. [31]
L'intérêt est donc de proposer une conduite à tenir ; il s'agit d'un outil collaboratif pour faire face aux tensions démographiques dans la région, et un outil de tri pour le dermatologue.
D'autre part, au regard de la tarification de la télé-expertise en vigueur depuis février 2019, on peut se demander si le niveau de rémunération des médecins n'est pas insuffisant pour le travail et l'équipement demandés ; notamment comparé à la tarification négociée dans le cadre de l'expérimentation des Hauts-de-France.

2.c.2) Les consultations avancées

Il s'agit d'organiser des permanences de consultations spécialisées dans une structure de soins (en libéral, à l'hôpital) en zone sous-dotée pour permettre de faciliter l'accès au spécialiste et de limiter les déplacements de personnes à mobilité réduite.
Ce type de consultations avancées est déjà particulièrement en cours de déploiement en Hauts-de-France.
En pratique, une convention est signée entre ARS, CPAM et professionnel de santé, qui permet d'allouer une aide à l'activité correspondant aujourd'hui à 10% des honoraires perçus. [32]

C'est une réponse intéressante aux carences territoriales de médecins spécialistes.
En revanche, si le nombre de dermatologues est insuffisant et tend à diminuer, comment pourraient-ils assurer ces consultations avancées en plus de leurs consultations classiques déjà bien fournies ?

2.c.3) Sites communautaires et réseaux sociaux

Le développement croissant des médias sociaux dans le domaine médical induit de nouvelles formes d'échanges. Son utilisation par les médecins doit s'effectuer en conformité avec les principes de déontologie médicale, encadrée par le Livre Blanc du CNOM rendu public en 2012. [33]
Des sites communautaires, soumis à une inscription par laquelle les médecins doivent justifier de leur statut professionnel, permettent les échanges avec leurs confrères dans un objectif de formation continue et d'échanges d'avis.
Par ailleurs, l'utilisation des réseaux sociaux par les médecins se développe dans les mêmes objectifs.
Par exemple, sur Twitter, on retrouve une pratique d'entraide via le mot clé #Doctoctoc qui figure dans les tweets. Les cas de dermatologie sont très prisés. Le dialogue est très rapide grâce à une communauté médicale réactive, incluant des médecins généralistes et spécialistes notamment. Cependant, il ne s'agit pas uniquement d'avoir un avis du spécialiste, mais aussi de bénéficier d'avis de confrères généralistes en profitant de leur expérience clinique. [34]
Une étude de 2016 avait montré une concordance diagnostique entre les réseaux sociaux et les centres de télédermatologie : 60 % de bonnes réponses sur Twitter contre 55 % par des experts dermatologues au CHU de Saint-Louis. Ce qui montre que malgré l'absence de sécurisation, cet outil de télé-expertise est un moyen fiable et facile d'utilisation, avec de surcroît un diagnostic de prise en charge dans les moins de 24h. [35]
Une autre étude de 2016 sur Twitter et Medpics mettait en évidence une bonne satisfaction des généralistes utilisateurs de ces réseaux sociaux ; les avantages étaient d'éviter de recourir au dermatologue pour des pathologies simples, mais aussi de rompre l'isolement des médecins en libéral. [36]
Mais l'enjeu est ici de sécuriser ces réseaux afin d'assurer une protection des données de santé : recueil du consentement du patient, patient non-identifiable. Néanmoins, les informations et images publiées sur ces réseaux libres d'accès peuvent être utilisées à d'autres fins.

Ces pratiques de communication et d'échanges entre médecins sont encore timides en France, mais très développées aux États-Unis : par exemple, Doximity est un réseau social sur smartphone qui réunit plus d'un million de médecins aux Etats-Unis.

3) Promouvoir les gestes en médecine générale

Élargir l'offre de soins en mettant en pratique des gestes simples pourrait permettre de pallier à l'allongement du délai d'obtention d'un avis spécialisé.
Dans notre étude, les médecins en milieu rural réalisaient plus de gestes techniques que ceux en milieu urbain, et ce de manière statistiquement significative pour la cryothérapie ($p = 0,017$). Ceci peut s'expliquer par l'éloignement en milieu rural vis-à-vis du cabinet de dermatologue le plus proche ($p < 0,0001$) et par la délégation plus facile de ces gestes à d'autres spécialistes en milieu urbain.

3.a) La dermoscopie

Dans cette étude, seuls 7,09 % déclaraient utiliser un dermoscope. Pourtant, son utilisation était approuvée par près de 64% des répondants qui souhaitaient y être formés.
Selon une étude canadienne, la dermoscopie est un outil utile et peu coûteux pour la détection des mélanomes en pratique familiale. [37]
La dermoscopie aide à accroître le degré de confiance des médecins de famille dans leur diagnostic et contribue à diminuer les biopsies inutiles.
Les études examinées indiquent que même un cours d'une journée en dermoscopie peut contribuer à améliorer les habiletés des médecins en diagnostic.

3.b) La biopsie cutanée

D'après nos résultats, une minorité réalise une biopsie cutanée (3,55 %).
Pourtant, la biopsie cutanée est un geste simple et rapide qui ne nécessite qu'un matériel limité et dont les complications sont minimes. Elle peut largement contribuer au diagnostic, à condition de choisir judicieusement la lésion à biopsier. [38]

3.c) Le prélèvement de phanères

De même, une minorité réalise un prélèvement d'ongle, cheveu ou squame (4,96 %).
Le prélèvement unguéale permet de confirmer le diagnostic d'onychomycose avant de prescrire un traitement systémique : 50% des onychopathies sont des onychomycoses. Une étude française démontre qu'en cas de suspicion d'onychomycose, seuls 3 % des patients bénéficient d'un prélèvement mycologique en médecine générale. Ceci est compatible avec nos résultats. [38]
Les indications au prélèvement de squames ou de cheveux sont principalement les infections mycosiques, relativement fréquentes en médecine générale.

3.d) La cryothérapie

Dans notre étude, 1 médecin sur 5 pratique la cryothérapie (20,57 %).
La méthode consiste en l'application de froid de façon chronométrée pour détruire la lésion cutanée.
Il s'agit d'un traitement rapide, facile et efficace pour beaucoup de lésions cutanées bénignes fréquemment rencontrées en médecine générale : verrues, molluscum, kératoses...
La cryothérapie permet un traitement immédiat de lésions facilement identifiables. Les complications sont rares.
Cette technique est adaptée à l'exercice quotidien de la médecine générale à condition de respecter les modalités d'application, les indications et contre-indications. [39] [40]

Certains gestes techniques peuvent être chronophages ce qui peut légitimement limiter leur réalisation pour des médecins généralistes dont l'activité est déjà importante. Cependant, les données de la littérature montrent bien que la pratique de ces gestes simples est adaptée à l'exercice de la médecine générale.
Augmenter la pratique de ces gestes en médecine générale en s'appuyant sur la formation continue pourrait libérer du temps de consultation pour les dermatologues, d'autant plus que dans notre étude, le premier motif de recours au dermatologue est un geste technique.

4) Promouvoir la formation continue

L'apprentissage théorique et pratique acquis tout au long des études est complété par l'expérience clinique et la formation médicale continue.

4.a) Un sentiment de formation initiale insuffisante

Il en ressort de notre étude un sentiment de formation initiale insuffisante pour la pratique courante (54,61 %), et par conséquent un besoin de formation complémentaire mais principalement conditionné par le mode de formation.
On retrouve ce sentiment de formation initiale insuffisante dans d'autres régions comme en Bretagne et en Haute-Normandie. [1] [41]

4.b) Maîtrise perfectible de la dermatologie

Dans notre étude, 51,06 % des répondants estimaient maîtriser moyennement voire pas du tout la dermatologie. Une enquête réalisée auprès de médecins généralistes en Bretagne mettait en évidence un sentiment global de manque de compétence en dermatologie. [41]
Dans une autre étude réalisée dans le Nord et le Pas-de-Calais, les médecins semblaient douter de leurs compétences et adresser facilement un patient au dermatologue. [27]
Cette capacité de diagnostic dermatologique sous-optimale participerait à l'augmentation du recours au dermatologue par les médecins généralistes.

4.c) La formation continue : une efficacité prouvée

Dans notre étude, les médecins ayant assisté à une formation complémentaire en dermatologie ces cinq dernières années ont tendance à être moins souvent en difficulté pour la majorité des groupes de pathologies dermatologiques courantes que les autres médecins. Cette différence est même statistiquement significative pour l'eczéma (« Jamais en difficulté » : 67% contre 30%, $p < 0,0001$).
En particulier, le mélanome est le cancer pour lequel le nombre de nouveaux cas par an augmente le plus (10 % par an depuis 50 ans). Plusieurs études ont montré l'efficacité de la formation complémentaire en dermatologie pour améliorer les compétences des médecins généralistes dans le dépistage du mélanome. [42] [43]
D'autre part, plusieurs études ont démontré que la formation des médecins de ville augmentait le taux de cicatrisation des ulcères de jambe. [44]

4.d) Modes de formation plébiscités

Les modes de formation plébiscités motivant l'intérêt des médecins généralistes pour la formation continue étaient des cas cliniques avec photographies présentées par les participants à chaque séance (64%) et ateliers pratiques (51%) avec notamment une demande notable concernant la dermoscopie (64%).

Nos résultats mettaient en évidence un sentiment de formation initiale insuffisante pour la pratique courante et pourtant une majorité n'a pas assisté à une formation complémentaire en dermatologie ces cinq dernières années (56%).
Les médecins n'ayant pas assisté à une formation récente plébiscitaient l'enseignement par internet (p=0,024) : on peut alors supposer que le déplacement en formation, pouvant être chronophage, est un frein pour ces médecins.

4.e) Thèmes de formation plébiscités

Près de 67% des répondants souhaitaient une formation dédiée aux pathologies tumorales, et près de 59% aux plaies chroniques.
Ces résultats sont compatibles avec les données de la littérature : le niveau de connaissance des médecins généralistes sur les pansements et la compression apparaît insuffisant [44] ; près de la moitié (45%) des médecins généralistes pensent que leur formation sur le dépistage des cancers de la peau est insuffisante et 66% sont en demande d'informations. [45]

La plaie chronique est le groupe de pathologies dermatologiques pour lequel les médecins généralistes déclaraient être le plus en difficulté en pratique courante (47% « souvent » ou « très souvent » en difficulté).
Ceci peut s'expliquer par la maîtrise des IDE dans le domaine et leur autonomie de prescription de pansements. La prise en charge des plaies chroniques échappe donc aux médecins généralistes qui ne sont sollicités qu'en cas de complication, sans suivre l'évolution de la plaie.
Il serait donc intéressant de coordonner les soins pour assurer un suivi conjoint médecins / paramédicaux par le biais de photographies dans un dossier accessible aux deux partis.
C'est d'ailleurs un des avantages et objectifs du travail coordonné en Maison de Santé Pluri professionnelles : des réunions de concertations rémunérées sur des situations complexes (comme les ulcères chroniques) permettent aux différents professionnels de santé d'échanger leurs expériences et leur point de vue.

CONCLUSION

Notre étude souligne la maîtrise perfectible des médecins généralistes picards dans le domaine de la dermatologie, et met en évidence l'expression d'un réel besoin de formation complémentaire à la fois sur le plan théorique (pathologies tumorales et plaies chroniques essentiellement) mais aussi sur le plan pratique (la dermoscopie).
Le recours au dermatologue était plutôt jugée difficile en terme de délai de rendez-vous et de communication avec celui-ci, malgré une proximité géographique acceptable. Le premier motif de recours au dermatologue était la pratique d'un geste technique, ce qui peut être facilement relayée aux soins de premier recours avec une formation adéquate.
Évidemment, il ne s'agit pas de se spécialiser en dermatologie, mais plutôt de tenir compte de la conjoncture actuelle : l'évolution défavorable de la démographie dermatologique, la part non négligeable des consultations de dermatologie en médecine générale, l'allongement des délais d'obtention de rendez-vous, l'incidence croissante de certaines affections graves comme le mélanome.
La télé-expertise en dermatologie semble être un outil intéressant pour compléter l'offre de soins en cabinet et faciliter les échanges entre médecins généralistes et dermatologues, en réduisant les contraintes géographiques et démographiques. Néanmoins, l'intérêt de cet outil apparaît plus évident pour les tumeurs cutanées et plaies chroniques, et non l'ensemble des dermatoses. De plus, la rémunération des médecins dans ce cadre fait débat.
Le développement des consultations avancées en zone sous dotée peut être une réponse aux carences territoriales en dermatologues, mais les carences démographiques pourraient avoir raison de cette solution.

Le web et les nouvelles formes d'échanges offrent aux médecins des ressources et des outils qui peuvent les aider dans leur exercice quotidien, notamment en matière de formation et d'échanges d'avis, cependant il se pose la question de la sécurité des données.

Ainsi, ces nouveaux moyens de recours au dermatologue ont leurs limites.
Mettre l'accent sur la formation médicale continue en dermatologie reste essentiel : plusieurs études ont montré l'efficacité de la formation continue notamment pour le dépistage du mélanome ou l'utilisation du dermoscope.
Enfin, promouvoir la pratique de gestes techniques adaptés à l'exercice du médecin généraliste contribue à élargir l'offre et améliorer l'accès aux soins.

Il serait intéressant de comparer ces résultats aux difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans d'autres spécialités.

Références bibliographiques

1. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale: difficultés et propositions des généralistes. Rouen; 2012.

2. Loumé L. 16 millions de Français sont touchés par des maladies de peau. [Internet]. Sciences et Avenir. 21 sept 2017. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr

3. Parcours de soins coordonnés et médecin traitant [Internet]. janv 2018. Disponible sur: https://www.service-public.fr

4. SFMG. Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. OMG - Observatoire de la Médecine Générale. 2009. Disponible sur: http://omg.sfmg.org

5. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : Etude des éléments de la Consultation en médecine Générale. exercer. 2014;25(114):148-57.

6. Schofield JK, Fleming D, Grindlay D, Williams H. Skin conditions are the commonest new reason people present to general practitioners in England and Wales. Br J Dermatol. nov 2011;165(5):1044-50.

7. Chuh AAT, Wong WCW, Wong SYS, Lee A. Procedures in primary care dermatology. Aust Fam Physician. mai 2005;34(5):347-51.

8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale. [Internet]. France; 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr

9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. [Internet]. France; 2018. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr

10. DREES. Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques [Internet]. France; 2017.

11. DREES. La demographie medicale a l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et regionales. Etudes et résultats. févr 2009;22(4-5):245-53.

12. DREES. Effectif des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge. [Internet]. Data.drees, Etudes et statistiques. 2018. Disponible sur:

http://www.data.drees.sante.gouv.fr

13. IFOP. Les résultats étonnants de l'observatoire de l'accès aux soins IFOP pour jalma. [Internet]. jalma. 2017. Disponible sur: http://www.jalma.com

14. IFOP. L'observatoire d'accès aux soins : enquête auprès des français et des professionnels de santé. [Internet]. Jalma. 2011.

15. HAS. Haute Autorité de Santé - Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Sommaire et Mode d'emploi [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr

16. DUMGA. Le DES de Médecine Générale à Amiens [Internet]. Département universitaire de médecine générale d'Amiens. Avr 2017. Disponible sur: http://www.dumga.fr

17. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

18. Conseil départementale de la Somme de l'Ordre des médecins. Formation Médicale Continue de la Somme [Internet]. Disponible sur: http://www.conseil80.ordre.medecin.fr

19. Les Journées Dermatologiques de Paris [Internet]. JDP. Disponible sur: https://www.lesjdp.fr

20. DGOS. La télémédecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Sept 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr

21. L'Assurance Maladie. Téléexpertise [Internet]. Fevr 2019. Disponible sur: https://www.ameli.fr

22. URPS. Télé-expertise en dermatologie [Internet]. URPS Médecin libéraux Hauts de France. 2018. Disponible sur: http://www.urpsml-hdf.fr

23. Rouquet R, Cucheval J, Charleux D. Déterminants individuels de l'adoption et de l'utilisation de la télé-expertise en dermatologie par les médecins généralistes. Premiers constats. European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine. 1 déc 2015;4(4):138.

24. Rault J-F, Lebreton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Picardie. Situation en 2015. [Internet]. France: Conseil National de l'Ordre des médecins; nov

2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr

25. Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC. The profile of dermatological problems in primary care. Clin Exp Dermatol. juin 2010;35(4):380-3.

26. Sautreau A-C. Evaluation des besoins de formation des médecins généralistes aux pathologies dermatologiques courantes. Aix-Marseille; 2013.

27. Majewski E. Incertitude diagnostique en dermatologie et place de la télédermatologie en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais. Lille; 2018.

28. Ottavy F, Filippi G. Retour d'expérience : un an de télé-expertise en dermatologie libérale en Corse. European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine. 1 mars 2017;6: 23–29.

29. Livingstone J, Solomon J. An assessment of the cost-effectiveness, safety of referral and patient satisfaction of a general practice teledermatology service. London J Prim Care (Abingdon). 2015;7(2):31-5.

30. Dessirier F. Téléexpertise en dermatologie : évaluation d'une expérimentation régionale en médecine libérale pour les suspicions de tumeurs cutanées. Picardie Jules Verne - Amiens; 2017.

31. Finnane A, Dallest K, Janda M, Soyer HP. Teledermatology for the Diagnosis and Management of Skin Cancer: A Systematic Review. JAMA Dermatol. 01 2017;153(3):319-27.

32. Ministère des Solidarités et de la Santé. Accès territorial aux soins. Dossier de presse. [Internet]. 2017 oct. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr

33. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Déontologie médicale sur le web. Le Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins. [Internet]. 2011 déc. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr

34. Long S. #DocTocToc, ou comment les médecins s'entraident sur Twitter. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 13 déc 2014; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr

35. Serhrouchni S, Guibal F, Malmartel A. Concordance diagnostique entre les centres de télédermatologie et les réseaux sociaux utilisés comme outil de télémédecine

comparativement aux experts. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 1 déc 2017;144(12, Supplement):S219-20.

36. Serhrouchni S, Malmartel A. Caractéristiques et satisfaction des médecins utilisateurs des réseaux sociaux comme outils de télédermatologie. Exercer. Avr 2019;152:160-6.

37. Herschorn A. Dermoscopy for melanoma detection in family practice. Can Fam Physician. juill 2012;58(7):740-5.

38. André J, Richert B. Prélèvements cutanés en médecine générale. Rev Med Brux. 2015;273-7.

39. Darmon D, Boulet P. La Cryothérapie en cabinet de médecine générale. Exercer. 2016;27(123):43-5.

40. Boullié M-C. Cryothérapie et cryochirurgie [Internet]. Thérapeutique Dermatologique. 2012. Disponible sur: http://www.therapeutique-dermatologique.org

41. Ado Chatal A. Formation complémentaire de dermatologie en médecine générale: étude quantitative auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor. Rennes; 2016.

42. Grange F, Woronoff AS, Bera R, Colomb M, Lavole B, Fournier E, et al. Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. Br J Dermatol. janv 2014;170(1):123-9.

43. HAS, Institut National du Cancer. Rapport d'orientation : Facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané. [Internet]. 2012 juill. Disponible sur: https://www.has-sante.fr

44. Perceau G. Une prise en charge qui souffre d'une formation insuffisante. Dossier ulcères chroniques de jambe. Le concours médical. oct 2011;133(8):612-4.

45. Ammouche M. Cancers de la peau : les médecins généralistes réclament plus de formation. Le Panorama du médecin. juin 2013;(5308):16.

Annexe : Le questionnaire

La pratique de la dermatologie en médecine générale : recours au spécialiste et besoins de formation.

Chers confrères, chères consœurs,

La dermatologie semble souvent mettre en difficulté les médecins généralistes. Pourtant, les pathologies dermatologiques sont fréquemment rencontrées en pratique courante, alors que parallèlement, le nombre de dermatologues tend à diminuer.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale dont l'objectif est d'analyser le recours au dermatologue des médecins généralistes picards, et secondairement d'identifier leurs besoins en formation dans cette discipline, je vous prie de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous. Cela ne vous prendra que 5 minutes et reste anonyme.

Si vous le souhaitez, vous pouvez y répondre directement en ligne via le lien internet suivant :
http://bit.ly/AMELBK

Ce travail est réalisé sous l'aimable direction du Dr Manuel VINCENT.

Merci
BEN KACEM Amel

1) Quel est votre âge ? …... ans

2) Vous êtes :
❑Une femme
❑Un homme

3) Vous exercez :
❑Seul
❑En cabinet de groupe

4) Vous exercez :
❑En milieu rural
❑En milieu semi rural
❑En milieu urbain

5) La dermatologie est-elle une discipline que vous estimez maîtriser dans votre pratique quotidienne ?
❑Parfaitement
❑Le plus souvent
❑Moyennement
❑Pas du tout

6) La dermatologie est-elle une discipline qui vous intéresse en pratique courante ?
❑Parfaitement
❑Moyennement
❑ Très peu
❑Pas du tout

7) Selon vous, quelle part de vos consultations représente la dermatologie ?
❑ 0 à 10 %
❑10 à 20 %
❑20 à 30%
❑> 30%

8) Parmi les gestes suivants, lesquels réalisez-vous ?

	Oui	Non
La réalisation de pansements	○	○
La suture de plaie cutanée	○	○
L'utilisation du dermoscope	○	○
La cryothérapie	○	○
Le prélèvement d'ongle, de squame ou de cheveu	○	○
Petite chirurgie : excision, ablation, exérèse...	○	○
La biopsie cutanée	○	○

9) Pour les groupes de pathologies dermatologiques courantes suivantes, vous sentez vous en difficulté ?

	Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
Pathologies tumorales (naevus, carcinome, mélanome)	☐	☐	☐	☐
Pathologies infectieuses (virale, bactérienne, mycosique)	☐	☐	☐	☐
Eczéma	☐	☐	☐	☐
Allergie	☐	☐	☐	☐
Psoriasis	☐	☐	☐	☐
Plaie chronique (ulcère de jambe)	☐	☐	☐	☐
Lésion traumatique	☐	☐	☐	☐
Dermatoses faciales (acné, rosacée)	☐	☐	☐	☐

10) Vous sentez-vous en difficulté pour évaluer le degré d'urgence d'une pathologie dermatologique ?
- ❑ Très souvent
- ❑ Souvent
- ❑ Parfois
- ❑ Jamais

11) Combien de correspondants dermatologues avez vous ?
- ❑ 0
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3

❑ Plus

12) Quel est en moyenne le délai d'obtention d'un rendez-vous chez le dermatologue ?
❑ < 15 jours
❑ Dans le mois
❑ 1 à 3 mois
❑ 3 à 6 mois
❑ 6 mois à 1 an
❑ > 1 an

13) A quelle distance se trouve le dermatologue le plus proche de votre cabinet ?
❑ < 5 km
❑ 5 à 15 km
❑ 15 à 25 km
❑ 25 à 35 km
❑ > 35 km

14) Selon vous, la communication et la prise de contact avec le dermatologue (téléphonique, courrier ou mail) sont :
❑ Faciles
❑ Moyennement faciles
❑ Difficiles
❑ Très difficiles

15) Indiquez à quelle fréquence vous avez recours au dermatologue pour les motifs suivants :

	Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
Difficulté ou incertitude diagnostique	☐	☐	☐	☐
Réassurance, conforter un diagnostic	☐	☐	☐	☐
Echec thérapeutique	☐	☐	☐	☐
Geste technique (biopsie, laser, cryothérapie...)	☐	☐	☐	☐
Prise en charge thérapeutique spécifique	☐	☐	☐	☐
Le sentiment de manque de compétence et formation	☐	☐	☐	☐
A la demande du patient	☐	☐	☐	☐
Suivi régulier	☐	☐	☐	☐

16) Connaissez-vous l'expérimentation de télé-expertise en dermatologie dans la région Hauts-de-France ?
❑ Oui j'y participe
❑ Oui
❑ Non

17) Depuis 2015, la région Picardie a mis en place un projet de télé-expertise en dermatologie pour la détection de tumeurs cutanées. Pensez-vous que cette nouvelle pratique facilite l'accessibilité au spécialiste ?

❑ Oui parfaitement
❑ Moyennement
❑ Non pas du tout
❑ Je n'ai pas d'avis

18) Estimez-vous que votre formation initiale en dermatologie a été suffisante pour votre pratique quotidienne ?
❑ Tout à fait
❑ Plutôt
❑ Plutôt pas
❑ Pas du tout

19) Avez-vous déjà assisté à une formation complémentaire sur le thème de la dermatologie ces cinq dernières années ?
❑ Oui
❑ Non

20) Seriez-vous intéressé (e) par une formation complémentaire en dermatologie ?
❑ Oui complètement
❑ Oui mais cela dépend du mode de formation
❑ Moyennement
❑ Pas du tout

21) Quel mode de formation en dermatologie vous conviendrait ?

	Absolument	Moyennement	Pas du tout
Cas cliniques et photographies présentées par les participants à chaque séance	☐	☐	☐
Enseignement par internet avec photothèque	☐	☐	☐
Journée d'immersion avec un dermatologue de ville	☐	☐	☐
Cours magistraux	☐	☐	☐
Ateliers pratiques (biopsie, cryothérapie, pansements)	☐	☐	☐

Autre proposition :

22) Parmi les groupes de pathologies dermatologiques courantes suivantes, pour lesquels aimeriez-vous une formation dédiée ? (réponses multiples)
❑ Pathologies tumorales (nævus, carcinome, mélanome)
❑ Pathologies infectieuses (virale, bactérienne, mycologie)
❑ Eczéma
❑ Psoriasis
❑ Plaie chronique (ulcère de jambe)
❑ Dermatoses faciales (acné, rosacée)
❑ Dermatoses bulleuses
❑ Alopécies
❑ Aucun

23) Quel geste aimeriez-vous réaliser plus souvent, sous réserve d'une formation adéquate ? (réponses multiples)
❑ L'utilisation du dermoscope
❑ La réalisation de biopsie cutanée

- ❑ La réalisation de prélèvements d'ongles, squames ou de cheveux
- ❑ La réalisation de pansements
- ❑ La pratique de la cryothérapie
- ❑ La suture de plaie cutanée
- ❑ Petite chirurgie (ablation, excision, exérèse...)
- ❑ Aucun

RESUME

La pratique de la dermatologie en médecine générale : recours au spécialiste et besoins de formation en Picardie.

Introduction : Les pathologies dermatologiques sont fréquentes en médecine générale, mais la spécialité est complexe. Les contraintes démographiques et géographiques rendent difficiles l'accès au spécialiste, ce qui renforce le rôle du généraliste dans cette discipline. La télédermatologie pourrait apparaître comme une solution.
Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive réalisée au moyen d'un questionnaire anonyme auprès d'un échantillon de 390 généralistes de Picardie. L'objectif était d'analyser la problématique du recours au dermatologue et secondairement d'étudier la pratique de la dermatologie et les besoins de formation dans cette spécialité.
Résultats : 141 réponses ont été recueillies. Le délai de rendez-vous chez le dermatologue était de 1 à 3 mois pour 43,26%, et plus de 3 mois pour 38,88%. La communication avec le dermatologue était perçue comme difficile pour 41,85%. Le premier motif de recours au dermatologue était la réalisation d'un geste technique.
52,49% estimaient maîtriser moyennement voire pas du tout la dermatologie. 34,04% étaient plutôt favorables à la télédermatologie . Ils désiraient une formation complémentaire pour les pathologies tumorales (66,67%), les plaies chroniques (58,16%) et l'utilisation du dermoscope (63,83%).
Discussion : Renforcer l'autonomie du généraliste en s'appuyant sur la formation continue et en développant la pratique de gestes techniques simples et rapides reste primordial.
Conclusion : Le recours au dermatologue était jugé plutôt difficile par les généralistes picards. Le développement de la télédermatologie et de la formation continue dans cette discipline pourraient répondre à cette problématique.
Mots-clés : dermatologie, médecine générale, démographie, télémédecine, accès aux soins, formation.

The practice of dermatology in primary care: access to the specialist and training needs in Picardie.

Background : Dermatological pathologies are common in general practice, but the specialty is complex. Demographic and geographical constraints make access to a specialist difficult, which reinforces the role of the GPs in this discipline. Teledermatology may prove to be a relevant solution.
Methods :This is a quantitative descriptive study that use an anonymous survey on a sample of 390 GPs from Picardie. The purpose was to analyze the access to the dermatologist and secondly to study the dermatology practice of GPs and their training needs in this specialty.
Results : 141 responses were collected. The waiting time to see a dermatologist was 1 to 3 months for 43.26%, and more than 3 months for 38.88%. Communication with the dermatologist was perceived as difficult for 41.85%. The first reason for appeal to the dermatologist is the completion of a technical gesture.
52.49% felt that they had moderate or no skill in dermatology. 34.04% were favorable to teledermatology. They wanted additional training for tumoral pathologies (66.67%), chronic wounds (58.16%) and the use of the dermoscope (63.83%).
Discussion : Consolidating the autonomy of GPs by relying on continuing education and developing the practice of quick and simple technical gestures is essential.
Conclusion :The use of the dermatologist was considered rather difficult by the GPs of Picardie. Developing the use of teledermatology and continuing education in this discipline could solve this problem.
Key words : dermatology, general practice, demography, telemedicine, health services accessibility, education.