



**HAL**  
open science

# Évaluation des connaissances en dermatologie des internes en médecine générale du Languedoc-Roussillon et évaluation de leurs besoins en formation : enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé

Thibault Legentil

► **To cite this version:**

Thibault Legentil. Évaluation des connaissances en dermatologie des internes en médecine générale du Languedoc-Roussillon et évaluation de leurs besoins en formation : enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03001307

**HAL Id: dumas-03001307**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03001307>**

Submitted on 12 Nov 2020

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Thibault LEGENTIL**

Le 25 Octobre 2018

TITRE :

**Evaluation des connaissances en dermatologie des internes en  
médecine générale du Languedoc-Roussillon et évaluation de  
leurs besoins en formation.**

Enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé

Directeur de thèse : Docteur Henri FESNEAU

**JURY**

Président : Professeur Bernard GUILLOT

Asseseurs : Docteur David COSTA  
Professeur Michel DAVID  
Docteur Henri FESNEAU

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

## **THESE**

Pour obtenir le titre de

## **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Thibault LEGENTIL**

Le 25 Octobre 2018

### TITRE :

**Evaluation des connaissances en dermatologie des internes en  
médecine générale du Languedoc-Roussillon et évaluation de  
leurs besoins en formation.**

Enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé

Directeur de thèse : Docteur Henri FESNEAU

### **JURY**

Président : Professeur Bernard GUILLOT

Asseseurs : Docteur David COSTA  
Professeur Michel DAVID  
Docteur Henri FESNEAU

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### *Professeurs Honoraires*

ALLIEU Yves	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	MION Henri
AVEROUS Michel	MIRO Luis
AYRAL Guy	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	PEGURET Claude
BALMES Pierre	POUGET Régis
BANSARD Nicole	PUECH Paul
BAYLET René	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	RIEU Daniel
BONNEL François	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	SANY Jacques
CALLIS Albert	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	THEVENET André
CLOT Jacques	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	VISIER Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	
DESCOMPS Bernard	

## **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MARES Pierre

MONNIER Louis

PRAT Dominique

PRATLONG Francine

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

ROSSI Michel

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### *PU-PH de classe exceptionnelle*

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe - Neurochirurgie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MOURAD Georges-Néphrologie  
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie  
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie -  
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
LABAUGE Pierre- Neurologie  
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

[PU-PH de 2ème classe](#)

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DE VOS John-Cytologie et histologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HAYOT Maurice-Physiologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric-Rhumatologie  
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
MORANNE Olivier-Néphrologie  
MOREL Jacques -Rhumatologie  
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David-Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PRUDHOMME Michel-Anatomie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

#### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

## **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

## **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **MCU-PH Hors classe**

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

**Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

[Maîtres de Conférences de classe normale](#)

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

*PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES*

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
FAILLIE Jean-Luc-  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie  
HERRERO Astrid-Chirurgie générale  
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

# REMERCIEMENTS

## **A Monsieur le Professeur Guillot :**

Tout d'abord merci de présider mon jury de thèse. Merci également pour votre disponibilité lors de mes diverses sollicitations, et ce malgré votre emploi du temps chargé.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

## **A Monsieur le Docteur Costa :**

Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Merci de votre implication dans le DMG.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

## **A Monsieur le Professeur David :**

Merci de me faire l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Merci pour vos remarques constructives lorsque je vous ai présenté ce sujet, et qui m'ont permis d'améliorer ce travail.

Recevez l'expression de ma gratitude pour votre grande disponibilité et pour votre implication dans la formation des internes.

## **Au Docteur Fesneau, mon directeur de thèse :**

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail de thèse. Je me joins à nombreux d'entre nous pour te remercier de ton implication dans la formation des internes de médecine générale à la dermatologie.

Ce fut un honneur et un véritable plaisir de suivre tes consultations.

# REMERCIEMENTS POUR CE TRAVAIL

Je tiens à remercier tous les internes de médecine générale ayant répondu au questionnaire, me permettant ainsi de mener à bien ce travail qui me tenait à cœur.

Je remercie les docteurs David, Pavageau, Clary et Guillot pour leur aide précieuse concernant la réalisation du questionnaire.

Je remercie Mme Bousquet et Mme Bessonne pour leur disponibilité et leur aide dans la diffusion du questionnaire.

Eric : Un grand merci pour ta grande maîtrise d'Excel et ton aide dans la réalisation de ces graphiques. Tu m'as été d'une grande aide alors qu'on ne se connaissait pas. Cela témoigne d'une grande bonté. J'espère que le calva est à ton goût.

Coralie : Merci mille fois pour ton aide de relecture et la correction des multiples fautes d'orthographe et des tournures de phrases gallo-romaines. Je n'ai pas eu à te demander. Merci de ta bonté et de ta brillance. Tu es quelqu'un d'exceptionnel.

Renaud : Je ne suis pas prêt d'oublier cette anecdote.

Y'en a même qui vous offre à manger vous savez :)

J'essaierai te remercier à la hauteur de ce que tu as fait pour moi ce jour-là.

Mélanie : Merci pour ton soutien et ta réassurance permanente. Merci aussi de m'avoir aidé à supprimer les 257 virgules inutiles.

# AUX RENCONTRES PROFESSIONNELLES

## **Dr Valérie Pallure :**

Merci pour ton entrain, ton professionnalisme et ton implication dans la formation des médecins généralistes à la dermatologie. Je me souviens avoir pensé à ce genre de sujet de thèse lors d'un de tes cours. Ce fut un honneur et un véritable plaisir de t'assister pendant un mois. J'ai énormément appris. Et surtout merci de ne pas m'avoir décapité lorsque j'ai renversé mon café sur tes dossiers.

## **Dr Maxime Vergnières :**

Merci pour ta bonne humeur et ton professionnalisme. J'ai beaucoup appris en suivant tes consultations.

Si j'adore mon métier c'est en grande partie grâce à toi alors merci beaucoup Max !

## **Dr Flora Fassio :**

Ce fut un plaisir d'être ton interne. J'espère que tout se passe bien à la Réunion.

## **Dr Sabina Thiaumond :**

J'ai eu le plaisir de vous suivre pendant ces trois mois. Je pense ne jamais avoir autant appris. J'espère qu'on pourra faire ce cours sur les pansements.

## **Dr Nébia Gati:**

Merci Nébia de m'avoir accompagné durant ce premier semestre qui fait peur à tous les internes. Tu as été comme une maman. J'espère que tout se passe bien pour toi. Au plaisir de te revoir

## **Dr Carole Bru :**

C'est un véritable plaisir de t'avoir rencontré et de te remplacer depuis maintenant 3 ans. Je souhaite à tout le monde d'avoir un médecin traitant comme toi ! A très vite

# A MA FAMILLE

**Papa et Maman :** Je pense vous avoir déjà dit à quel point je vous remercie de l'éducation que vous nous avez offerte et des valeurs que vous nous avez enseigné. Merci de m'avoir rendu la vie facile et d'avoir fondé une famille heureuse.

**Papa :** Merci de m'avoir raconté la blague de Bidru.

**Maman :** Merci d'avoir travaillé l'été au printemps.

**Mamie :** Je ne pense pas connaître assez de mots pour te dire tout le bien que je pense de toi. Je repense à tous les souvenirs et les rires partagés, de Lisieux à Caen en passant par Blonville ou Villars de Lans. Tu as toujours été extraordinaire et j'ai toujours pensé avoir la meilleure mamie du monde. Tu m'as énormément appris. Le cœur sur la main, merci pour ta bienveillance, ta bonne humeur et ton altruisme !

N'oublie jamais que je t'aime

**Papie Jean :** Je regrette ne pas t'avoir assez connu !!! Merci de m'avoir légué ta pilosité.

**Papie Bernard :** C'est toujours un plaisir de te voir. Merci d'avoir su rebondir. Je suis content de te savoir heureux.

**Mamie Mireille :** J'espère que tu as lu ma lettre. Merci pour tous ces souvenirs que tu laisses. Je pense fort à toi !!!

**Damien :** Je suis content que les années aient effacé les années d'écart. Je suis admiratif de ton parcours et de ce que tu as réussi à faire. Merci pour tes valeurs et ton sens de la famille. Je suis fier d'être ton frère.

**Aurore :** Merci pour ta bonne humeur et ta douce folie. C'est toujours un bonheur de te voir. Je suis fier d'être ton beau-frère.

**Mahé** : Merci de me dire que tu penses à moi mais pas trop. Hâte de te voir évoluer. Tu vas voir la vie est belle.

**Romain** : On a grandi ensemble et tu as toujours été mon exemple.

J'admire ta sensibilité, ton humour et tes valeurs.

Merci d'avoir toujours veiller sur moi et sur les tiens.

Je suis fier d'être ton frère.

**Coralie** : Merci pour ta douceur et ta psychologie. Merci de rendre heureux mon frère. C'est toujours un bonheur de te voir. Je suis fier d'être ton beau-frère.

**Stanley** : Merci de me montrer tous tes nombreux buts sur Mario Ds. Merci pour ta gomme pizza, je la mettrai sur mon stylo Mont Blanc. Continue comme tu le fais et la vie te sera facile.

# AUX AMIS D'ENFANCE

**-L'anglais :** « Quai branly ? »

Que de bons souvenirs. Je ne sais pas le nombre de fous rires que l'on a pu avoir ensemble mais franchement on a fait les abdos. D'élan 4 à Mr Pékitchouk, De Vendage Yves à Didou dotcom, il s'en est passé !!! Je suis fier d'être le parrain de ton fils.

**-Pauline :** « j'ai envie de me démaquiller »

J'ai des souvenirs de toi lorsqu'on devait avoir 3 ans. Maintenant je peux te le dire, tu as été mon premier amour. Toujours rayonnante et pleine de fraîcheur, c'est toujours un bonheur de te voir. Je suis fier d'être le parrain de ton fils.

**-Bastien :** « C'est ça l'tennis »

On s'est connu tu avais les cheveux longs et je n'avais pas de barbe « toi-même tu sais » Merci pour ta fidélité et ton esprit de l'amitié. Merci de fédérer et de toujours veiller sur les tiens. Pense à toi mon pote.

**-Romano :** « On dit des trucs... ».

T'es unique mon Romano. Merci pour ton honnêteté et ta vertu. Tu m'as énormément appris. Tu es un exemple pour beaucoup.

**-Alex siis :** « Au pire »

C'était pas gagné mais on a fini par devenir ami. J'admire ta simplicité, tes valeurs et ta capacité à réussir ce que t'entreprends. Je suis content de t'avoir revu et que les rapports n'aient pas changé. A bientôt en mode sportif de haut niveau

**-Polo :** « J'ai vu une petite en consulte hier, elle tousse »

Que des bons souvenirs avec toi mon poulet. Ta détermination, ton audace, ton esprit de l'amitié et pleins d'autres font de toi un ami exceptionnel. Heureux de te savoir heureux !!!

**-Jojo :** « Aka Tiki Olgado. »

J'admire ta folie et ta réussite. J'espère te voir plus.

**-Baby'z :** Je t'espère en pleine forme

**-La Trace :** « Oh bah t'es bon toi ! »

On en a passé du temps tous les 2. Le temps nous a séparé mais c'est toujours un plaisir de te voir. Fier du père que tu es devenu.

**-Antoine :** « quoi qu'il se passe je me lève à 8h !!! il est midi »

Ca fait plaisir de te suivre. Très heureux pour toi !!! A très vite.

**-Toto :** « Plita ouké vine en gran chanté »

On a évolué ensemble depuis le plus jeune âge. Que de souvenirs !!! Porte toi bien ! On n'est pas sans se revoir !!!

ET AUSSI : Kija , Balou, Pedro, Morgan....

## AUX AMIS D'EXTERNAT

**-Maxime Le Courtois Du Manoir :** « j'aime ta personnalité »

Je me rappelle encore de notre première poignée de main en mode battle vareuse orange contre ¾ doudoune à capuche. T'es un monstre ma biche. J'espère qu'on se suivra jusqu'à 60 ans. Je suis fier d'être ton ami.

**-Marie :** « Oulah didon, il est olé olé celui la »

J'en ris encore.

**-Jean :** « One l'aillllllllll » « Avec plaisir, je suis champion de France des écoles »

Tu sais que je la raconte encore maintenant cette histoire. Tu me laisses des souvenirs impérissables ma biche. Ca m'a fait tellement plaisir de te revoir chez toi. Je suis heureux pour toi. Je t'adore mon pote ! Fier d'être ton ami

**-Loulou :** « Lequel d'entre vous est Miss Sudenborn ? »

Je suis ton œuvre depuis des années, tu peux me faire rire avec rien. Je suis un de tes plus grands fans ! Fier d'être le parrain du deuxième.

**-Poupou :** « oh des vitamines »

J'admire ta détermination, tes valeurs, ton élégance et ton hélico. Tu es un exemple. Tu seras un père extraordinaire. Hâte de vous voir.

**-Chadi :** « Mais qu'est-ce que tu dis ? » ( déjà culte )

Merci mon poulet pour ta passion, ta générosité et ta bienveillance.

C'est tellement un plaisir de te connaître. Ne change jamais !!!

**-Oliv :** « Olivier Guilbert, On a Olivier Guilbert !!!!! »

Quel plaisir de te retrouver ma biche !! J'aime tes règles, ton swing et te voir légèrement pompette.

Hâte de te voir en père de famille

**-Blondin :** « t'as chaud ! »

Je me rappelle de cette première journée où tu m'aurais tout pris jusqu'à ma paire de chaussette.

Je t'imagine en interniste passionné et très pointu. Ca fait plaisir.

Hâte de te revoir.

**-François :** « j'te mets une pile à Rugby 2008 ? »

Je te revois encore frappé ton canapé

On en a passé de bons moments dans cette jungle qu'est l'externat !!!

Très heureux de te savoir heureux dans ta nouvelle vie. A très vite

**-Jerem :** « Ne me dis pas que je viens de me caler une sur-chaussure sur la tête »

Tu es un monstre mon Jérem. Tu m'as toujours impressionné. Je t'espère tout le bonheur que tu mérites.

**-Marco :** « Bonjour »

T'es du bonheur en barre ma biche. Tu vas faire un papa exceptionnel !!!

J'espère qu'on continuera à se capter régulièrement.

**-Renaud :** « Awodowan i want and a wiliwili want »

Je pense que tout le monde sera d'accord avec moi pour dire que c'est un vrai bonheur de te côtoyer. D'ailleurs, te connaître m'a fait un bien bien fou ! Merci d'aimer et de potentialiser les gens. Je compte plus les fous rires qu'on a pu avoir. Tu es, et je sais que ça va te faire plaisir, un compagnon de chasse idéal.

**-Come :** « Je suis pédiatre »

Toujours un plaisir de te voir. Tu me fais tellement rire mon coco ! J'espère qu'on va garder contact longtemps.

**-Damec :** « #Damecafoin »

Je me suis rendu compte à Caen que t'étais bel homme et à Montpellier que tu n'étais pas qu'un physique. Trop content de te connaître ma biche. Apprend tout de même à te servir d'un pola, ça ferait tâche si on te balançait à la famille.

**-Jules :** « les petites côtelettes du Jules »

Je n'oublierai jamais ta tête lorsque tu as découvert comment je réalisais ce parfum avec ma bouche.

Je suis ravi de te savoir mafieux albanais à Paris

**-Kéké :** « oh noooooon, j'en ai rabol »

**-Tracol :** « Maaaaadaaaaaaaammme »

Et Aussi : Feufeu, Haribot, Bobosh et Raph Marie

# AUX AMIS D'INTERNAT

## *BEZIERS : départ Coliure 13 :30*

**-D'Arcy :** « t'es en mode fidèle ou à l'ancienne ? Je suis fidèle ! Ah ouais à l'ancienne !! »

Tellement de souvenirs avec toi !!! Tu es aussi marrant que responsable. Tu aimes autant faire la fête que t'élever. Un exemple !!!

Merci de constamment chercher à être quelqu'un de meilleur et de constamment me tirer vers le haut. Tu m'apportes énormément. Tu fais partie des grands ma biche.

Hâte de te voir plus.

**-Jean Clément :** « je suis espanté ! »

Quel bonheur de te connaître mon Clem ! J'adore ton humour absurde, ta curiosité, ta vivacité d'esprit et ta passion pour les *Cornus alternifolia*. Tu es super important.

J'espère qu'on se suivra longtemps.

**-William :** « Change pas de main »

Tu as été un président et un coloc exemplaire. Je t'admire beaucoup mon poulet ! Ta rigueur et ton professionnalisme n'ont jamais gâché ta bonne humeur et ton enthousiasme. Je te sais fidèle.

J'espère qu'on se suivra longtemps

**-Marin :** « Oh toi .... !!!! »

La ceinture noire de rock'n'roll. Je pense que tout le monde sera d'accord pour dire que c'est un réel bonheur de te connaître mon Marin (même quand t'organises une rando à vol d'oiseau). Je ne te vois que des qualités ma bichette. Hâte de te voir.

**-Hélène Bocle :** « Vas-tu la Boclé ! (c'est juste pour le jeu de mot( mot clé (Hélène mot clé)) ) »

Je me fais à chaque fois une joie de te voir ma petite Hélène. Tu me rends constamment de bonne humeur !

Tes petits plats, tes potains et ton déhanché de Marie Thérèse me manquent. Hâte de te voir

**-Guigui :** « Dit la galouz »

Je me rappelle la première fois que je t'ai entendu rigoler. Un grand moment. C'est également avec toi que j'ai compris la réelle utilité du porte clé de ceinture. C'est tellement un plaisir de te voir à chaque fois.

Je te pense heureux dans ta vie et ça fait plaisir. J'espère te voir plus.

**-Marie Elyse :**

Ca fait tellement longtemps, il s'agirait de se capter

**-Eve :** « Cause Eve is on fire »

Je suis content de te voir plus régulièrement même si c'est souvent par hasard.

Je te souhaite tout le bonheur du monde ma petite Brahim Asloum.

**-Enji et Nirina :**

les petites perles du bled. Tellement un plaisir de vous avoir rencontré. Nos parties de danse me manquent.

**-Fabien :** »Une demi-douzaine de faisselles svp ! «

**-Pr Fortier :** « Atcchhoum »

Merci, J'ai beaucoup appris à vos côtés

## ***PERPIGNAN, PERPIGNAN, PERPIGNAN***

**-Yannis :** « Je vais aller faire une sieste, ça ne va pas être de tout repos ! » « She swallow ?? »

J'en ai tellement en tête ! Tu es le mec le plus incroyable que j'ai rencontré. Tu as bouleversé ma vie. J'ai adoré ton expo photo et découvrir un petit bout d'Espagne avec toi. On aurait pu manger les Mc and cheese à même le sol. Je t'adore mon pote  
Hâte qu'on s'offre des souvenirs dans pas longtemps.

**-Bousquette** : « Satita ? »

Tu me fais tellement délirer mon RoRo !!! Merci pour cette séance de drifts ! Il y a des souvenirs que je ne suis pas prêt d'oublier. Vous êtes parfaits avec Momo. Je vous souhaite tout le bonheur que vous méritez.

**-Momo** : « Ah bah Michel, T'es lô ? »

Du bonheur ma bichette !!!

**-Arthur** : « #Force tranquille »

Merci pour ta sérénité et ton élégance. Trop content de te suivre ma biche

**-Yoyo** : « #Force pas tranquille »

Tellement unique ! très content de te suivre également jeune folle

**-Gaspard** : « #le gendre parfait »

Toujours un plaisir de te voir mon Gaspar-Entérologue. A très vite.

**-David** : « Depuis que la claquette-chaussette est à la mode, je pense à toi tous les jours »

Et aussi : Mel, Elie, Magalie, Carole, Clémence, Manon, Elsa, Johann, David, Minou, Hortense

## MONTPELLIER

**-Sofiane** : « #Rem As Kin »

Grosse découverte, un véritable poto. Tes douces chansons passé 22h raisonnent encore dans ma tête. Donne plus de nouvelles.

**-Zaza** : « #chien de la coinche »

Tu es unique mon zazou. J'aime trop ta sympathie et ton côté décalé. Tu es un pote exceptionnel.

**-Hugo :** « té baaah té ... »

Tu me rends de bonne humeur et me fais mourir de rire ma biche ! Tellement riche, vif d'esprit et de bonnes vibes. Tu rends les gens meilleurs. A ton contact, je deviens liquide....

Hâte de te voir

**-Laura :** « Le Roi Azoulay »

Merci pour ton entrain, ta brillance et pour m'avoir fait découvrir entre autres, le chocolat fleur de sel. Tu déchires tellement. J'espère qu'on ne perdra pas contact

**-Vadec-Pierre :** « C'est pas vrai !!?? »

Merci pour ton dynamisme, ta maturité et ta volonté de toujours t'améliorer. Ca m'a beaucoup apporté. On essaie de se caler un tartare de thon jaune- combava à l'occasion.

Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

**-Oliv :** « Vous n'auriez pas un yaourt pour mon dessert ? »

Je l'ai raconté encore la semaine dernière. Tu es unique et tellement au-dessus ma biche !!!

On se tient au courant pour lundi.

**-Hedi :** « En plus j'avais balancé une petite graine »

T'es tellement facile, c'est un plaisir mon pote. Longue vie à toi !!!

**-Jo :** « #incroyable en steeveurkel »

**-Chloé :** « la danseuse du liddle » VS « la danseuse de cabaret d'anjou »

**-Guigui Brest :** « #le deuxième homme » Belle coupe du monde ma biche !

**-Chakir :** « Colossal !!!! »

**-Titou :** « Pot de thèse à l'Artichaut »

**-Stefan :** « Tellement un bonheur de te connaître le Stef ! je t'adore mon gros »

**-Maiss** : « Champion d'Europe de bon esprit, tellement à la cool !!! tout le bonheur avec la Marie !!! »

**-La Marich** : « Tout le monde t'aime alors arrête de grincer »

**-Maucci** : « Ca détruit les neurones »

**-Martin** : « J'aime les filles.... »

**-Matthieu** : « Si je trouve une pâte, je ne paye pas »

**-Camille** : «Tielle un Crocus »

**-Chancre** : « laisse tomber, sont immatures »

**-Brice** : « Fisherman friend »

**-Sabina** : «#petit personnel médical »

Je me joins à mes vêtements et mes muscles paravertébraux pour te dire un grand merci ma petite sabichouette. C'est un bonheur de te côtoyer. Hâte de rencontrer Achref autour d'une quiche.

**-Sophie** : « J'ai pas la ref »

Tellement marrante !!! T'es une grande ma biche. Je te souhaite tout le meilleur.

**-Klervi** : « #avec ta traaanche »

Marre de te croiser uniquement par hasard dans les transports en commun.

# AUX RENCONTRES DE VOYAGE

**-Aurélien :** « et ouais fieu »

Merci de ta sympathie et ton accueil. C'est avec toi que j'ai réussi à apprendre le moins de truc en toute une après-midi de travail. A très vite j'espère

**Christophe :** « Un Mouuuuutooonnn »

Il s'agirait de se revoir vieux chausson suisse.

**-Isaias :** « Fresh slice, fresh slice »

Tellement un plaisir de t'avoir rencontré et de t'avoir revu !

Je t'attends en France

**-Eri :** « Shi trop buya !!! »

**-Medi :** « je dors chez une copine »

**-Fanta :** « Toronto city gang »

Merci de ton accueil ! j'espère qu'on aura l'occasion de voyager ensemble

**-Monsita :** « No é facil »

Tu es probablement la meilleure personne et la plus humaine que j'ai rencontré. Merci pour ta vision de la vie, ta bienveillance et ta bienfaisance naturelles. J'adore nos discussions et nos rigolades.

A très bientôt

**-Camille :** « A l'ancienne fuegos »

**-Margaux :** « Tu crois qu'on a gagné la coupe du monde avec les mains !? »

**-Lucie :** « Trop pas froid aux pieds »

**--Andrea i Marisa :** « Parce que vous m'avez réconcilié avec l'Italie ! Cœur !

## Table des matières

I.	INTRODUCTION .....	30
A.	UN REFERENCEMENT AU DERMATOLOGUE JUGE DIFFICILE.....	31
1)	Avis spécialisé.....	31
2)	Causes de la demande d'avis.....	31
3)	Demande d'avis selon les pathologies .....	32
4)	Difficultés rencontrées .....	32
5)	Difficultés rencontrées par le patient.....	33
B.	UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE DEFAVORABLE.....	34
1)	Etat actuel .....	34
2)	Prévisions .....	35
C.	UNE DISPARITE INTERTERRITORIALE.....	35
1)	Etat Actuel .....	35
2)	Prévisions .....	37
D.	UNE DIMINUTION DU TEMPS MEDICAL DISPONIBLE.....	37
E.	LA MEDECINE GENERALE.....	38
F.	LA DERMATOLOGIE .....	38
G.	PLACE DE LA DERMATOLOGIE EN MEDECINE GENERALE .....	39
H.	DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES .....	41
I.	FORMATION MEDICALE INITIALE .....	41
1)	Le Deuxième cycle des études médicales.....	41
2)	Le DES de médecine générale .....	42
3)	Difficultés et propositions des médecins généralistes .....	42
II.	MATERIEL ET METHODES .....	44
A.	TYPE D'ETUDE.....	44
B.	POPULATION ET ECHANTILLONNAGE.....	44
1)	Critères d'inclusion.....	44
2)	Critères d'exclusion .....	44
C.	QUESTIONNAIRE.....	45
D.	RECUEIL DE DONNEES .....	46
E.	ANALYSE DES DONNEES .....	46
III.	RESULTATS.....	47
A.	TAUX DE PARTICIPATION.....	47
B.	INFORMATIONS GENERALES ET POPULATION .....	48
C.	FORMATION RECUE.....	50

D.	BESOINS EN FORMATION .....	55
E.	QUESTIONNAIRE.....	59
F.	ANALYSE DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE .....	79
1)	Population générale .....	79
2)	Statut professionnel .....	80
3)	Formation en dermatologie .....	81
G.	INTERET DU QUESTIONNAIRE .....	84
IV.	DISCUSSION .....	85
A.	INFORMATIONS GENERALES SUR LA POPULATION .....	85
B.	EVALUATION DES BESOINS EN FORMATION .....	87
C.	CONNAISSANCE DES INTERNES EN DERMATOLOGIE .....	88
D.	ANALYSE DES RESULTATS .....	93
E.	FORCES ET LIMITES.....	95
F.	PERSPECTIVES.....	97
V.	CONCLUSION .....	99
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	100
I.	RESUME.....	119

## I. INTRODUCTION

Quel médecin généraliste et à fortiori quel étudiant en médecine générale ne s'est jamais senti en difficulté face à un patient présentant une pathologie dermatologique ?

Pour de nombreuses raisons, l'accessibilité et le référencement au médecin spécialiste et de ce fait au dermatologue deviennent de plus en plus compliqué. La démographie médicale tend vers une diminution importante du nombre de dermatologues principalement en milieu rural. Pour expliquer ce phénomène, plusieurs causes sont avancées parmi lesquelles une population médicale vieillissante avec un nombre insuffisant d'internes de dermatologie néoformés et une centralisation de l'offre de soins. De plus, le nouveau mode d'exercice des jeunes médecins, la féminisation de la profession et la place de plus en plus importante faite à la médecine esthétique conduisent à une diminution du temps médical disponible. Cependant, du fait du vieillissement de la population, d'une surexposition solaire, de la dégradation de l'environnement ou d'une augmentation régulière des cancers de la peau tous les ans, les motifs de consultation dermatologique sont en constante augmentation depuis quelques années. En conséquence, les médecins généralistes (MG), nouveaux coordinateurs de soins, sont ainsi de plus en plus sollicités par des patients présentant une pathologie dermatologique et jouent ainsi un rôle essentiel dans cette discipline. La dermatologie est une discipline médicale avant tout clinique et visuelle, pouvant traduire une pathologie cutanée stricte ou s'intégrer dans une pathologie plus générale, posant régulièrement certaines difficultés diagnostique et thérapeutique aux médecins généralistes. De plus, nombreux d'entre eux déclarent être insatisfaits de la formation reçue dans cette discipline, la jugeant souvent inégale, insuffisante ou inadaptée à la médecine de ville.

Fort de ce constat et dans ce contexte d'accessibilité au dermatologue qui devient de plus en plus compliqué, l'objectif de ce travail est double : D'une part réaliser un état des lieux des connaissances en dermatologie des internes de médecine générale du Languedoc Roussillon et d'autre part, mettre en lumière leurs éventuels souhaits de formation dans cette discipline qui pose souvent problème.

## A. UN REFERENCEMENT AU DERMATOLOGUE JUGE DIFFICILE

### 1) Avis spécialisé

En France, 5% des consultations et visites par le médecin généraliste aboutissent à une demande d'avis spécialisé (1)(2), consultation qui se déroule, selon l'INSEE, dans 3% des cas dans un délai de deux semaines et dans 6 % des cas dans un délai de deux mois (3). Bien qu'il n'existe pas de base de données exhaustive selon les spécialités, quelques études étrangères indiquent un taux de référencement au dermatologue relativement important variant de 2 à 37,5% (5)(6) du fait de plus grandes compétences diagnostique et thérapeutique des spécialistes en dermatologie (7). En France, à notre connaissance, il n'existe peu ou pas de telles données. Selon une étude réalisée en Haute-Normandie (4), le médecin généraliste jugeait nécessaire un avis spécialisé pour plus d'un quart (27%) des patients ayant une pathologie dermatologique.

### 2) Causes de la demande d'avis

De manière générale, le médecin généraliste demande un avis spécialisé pour plusieurs raisons (2) :

- exclusivement pour le diagnostic (29,4%)
- exclusivement pour un avis sur la thérapeutique (22,1%)
- pour les deux (22,4%)
- pour une demande de prise en charge (26%).

En dermatologie, la demande d'avis spécialisé semble plus être secondaire à une incertitude diagnostique notamment lorsqu'un geste technique, principalement la biopsie, est nécessaire (8)(9). Les avis sont également sollicités pour des problèmes de prise en charge, éventuellement après échec d'un traitement ou pour une prise en charge nécessitant un contexte de soins spécialisés (8)(10).

### 3) Demande d'avis selon les pathologies

Le taux de référencement vers le dermatologue varie selon la nature de la pathologie. En Haute Normandie (4), les médecins généralistes adressaient plus volontairement aux dermatologues les tumeurs cutanées bénignes ou malignes. Dans la littérature, les pathologies rencontrées en soins secondaires sont principalement soit des pathologies dermatologiques courantes, soit des lésions tumorales (11). Les patients qui sont adressés pour des pathologies courantes le sont principalement pour de l'eczéma, du psoriasis ou de l'acné (11). Selon les séries, ces pathologies peuvent représenter jusqu'à 40% des pathologies adressées par le médecin généraliste (11). En soins secondaires, l'eczéma est la pathologie courante la plus fréquente. Elle représente entre 16,3% des consultations de dermatologie (12). Les patients ayant une tumeur bénigne ou maligne représentent entre un quart et la moitié des patients adressés par le médecin généraliste (12). Les tumeurs bénignes représentent la majorité des tumeurs (12).

### 4) Difficultés rencontrées

De nombreux médecins généralistes français considèrent comme difficile, voire très difficile l'accès au dermatologue de leurs patients (4)(8) : les freins à l'accès au spécialiste s'expliquent principalement par le caractère rural de l'exercice du médecin généraliste et la distance avec le dermatologue. Par ailleurs, selon les prévisions démographiques, la situation risque de s'aggraver du fait d'une centralisation de l'activité dermatologique. En effet, la répartition des médecins sur le territoire se ferait au détriment des zones rurales avec une baisse de 51% pour les spécialistes, prévue en 2030 (13). A cela s'ajoutent des délais de rendez-vous, souvent jugés trop longs (8) qui conduiraient certains praticiens à ne pas avoir recours au dermatologue même si un avis spécialisé était jugé nécessaire (4). Nous pouvons souligner que ce problème de délai de rendez-vous risque également de s'accroître dans les années à venir. En effet, comme vu précédemment, l'évolution démographique tend vers une diminution du temps médical disponible et ce sous l'influence de deux facteurs : la baisse prévue du nombre de dermatologues (-32% entre 2006 et 2030) et la forte féminisation de cette spécialité (13)(14). D'autres facteurs peuvent expliquer également cette diminution de temps médical disponible. Ainsi, certains médecins généralistes constatent que les consultations de dermatologie sont parfois embolées par des pathologies qu'ils pensent pouvoir prendre en charge eux-mêmes telles que l'acné ou la prise en charge des carcinomes verrucosés (8). D'autre part, notre société évolue et le patient est de plus

en plus demandeur de médecine esthétique et correctrice. Historiquement les dermatologues ont été les premiers et sont toujours les plus nombreux à pratiquer cet exercice qui recouvre des actes tels que le peeling, le photo-rajeunissement ou encore les injections à visée anti-âge (Botox, acide hyaluronique...) (15).

L'ensemble de ces facteurs associés expliquent donc une diminution du temps médical disponible du dermatologue et tend ainsi à rendre de plus en plus difficile le référencement au spécialiste.

#### 5) Difficultés rencontrées par le patient

En Octobre 2011, l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) a effectué une enquête sur l'accès aux soins auprès des Français et des professionnels de santé (16). 46% des Français estimaient assez voire très difficile l'accès au dermatologue. Ils évaluaient en moyenne à 34,8 jours les délais d'attente chez le dermatologue. Deux études menées par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) d'Ile de France et du Languedoc-Roussillon, ont permis de recueillir également l'avis des patients autour de la problématique de l'accès aux soins (17) (18). Les perceptions des patients ne semblaient pas très optimistes. Par exemple, la majorité des patients interrogés (83%) pensait que l'accès aux soins en France allait se détériorer dans les années à venir. Ainsi, dans ces deux régions, les patients déplorent un accès difficile aux spécialistes en raison d'un délai de rendez-vous jugé trop long. Par exemple, en Languedoc-Roussillon, la moitié des patients âgés de 35 à 64 ans, se plaignait du manque de disponibilité des médecins pour obtenir un rendez-vous. De plus, les patients se plaignaient également souvent d'un délai d'attente trop long au sein même du cabinet médical. D'autres difficultés ont été également pointées par les patients interrogés tels que le trajet et le coût de la consultation : la première, bien que peu évoquée, semble augmenter progressivement avec l'âge du patient : alors que seulement 6% des patients âgés de 18-24 ans mettent en avant les problèmes du trajet, la proportion augmente pour les patients âgés de 75 ans et plus. La seconde, le coût, n'est évoquée que pour 6% des patients pour consulter un médecin spécialiste en Languedoc-Roussillon. Bien que ces données ne soient pas transposables à tout le territoire national ni à la Haute-Normandie, elles permettent néanmoins de montrer quelles peuvent être les difficultés ressenties par les patients. On se rend ainsi compte que l'accès aux soins est multidimensionnel : La problématique est certes géographique, financière mais aussi organisationnelle.

## B. UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE DEFAVORABLE

A la suite de décisions politiques visant d'ailleurs d'autres spécialités (ophtalmologie en particulier), le nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire en dermatologie a considérablement été réduit, et le nombre des nouveaux dermatologues ne remplace pas celui de ceux qui partent progressivement en retraite (13).

### 1) Etat actuel

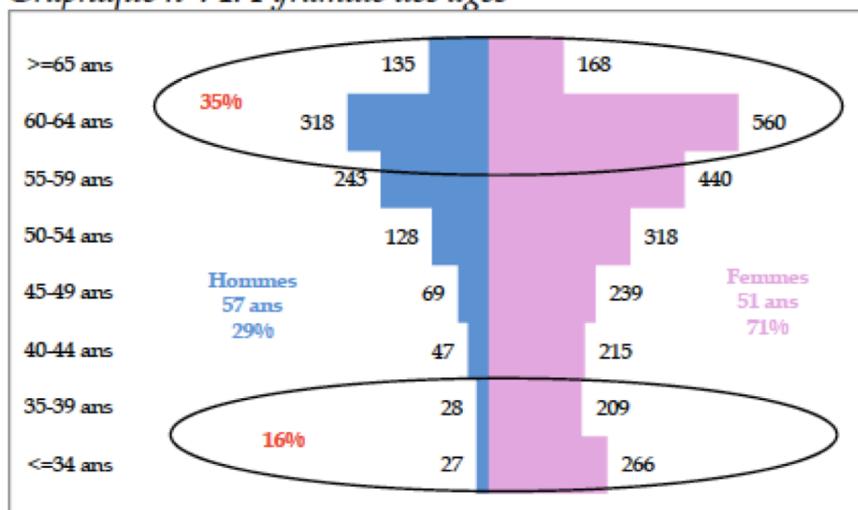
#### A l'échelle nationale :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), on compte, au niveau du territoire métropolitain, 84 728 médecins généralistes et 3 324 dermatologues en activité régulière, inscrits au tableau du conseil de l'ordre (19).

La densité médicale en médecine générale est de 129,8 médecins / 100 000 habitants tandis que celle des dermatologues est de 5,1/ 100 000 habitants. (20).

A l'échelle nationale, les dermatologues sont représentés par 71% de femmes avec un âge médian à 51 ans et par 29% d'hommes avec un âge médian à 57 ans (graphique 74).

Graphique n°74: Pyramide des âges



## A l'échelle régionale :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, selon le CNOM, on compte 8 120 médecins généralistes et 314 dermatologues en activité régulière, tous modes d'exercice confondus, inscrits au conseil de l'ordre de la région Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées. (19). La densité médicale dans cette région est supérieure à la moyenne française. En effet, elle est de 139,3 médecins généralistes / 100 000 habitants et de 5,4 dermatologues /100 000 habitants.

### 2) Prévisions

En février 2009, la DREES publie un scénario tendanciel prédisant l'évolution de la démographie médicale d'ici à 2030 (13). Ce scénario prévoit une baisse de 10,6% du nombre de médecins toutes spécialités confondues de 2006 à 2030. Plus spécifiquement, le nombre de médecins généralistes devraient diminuer de 9,1 % contre 12,2 % pour les autres spécialités médicales (13). Selon La DREES, L'évolution démographique prévisionnelle des dermatologues semble défavorable. La dermatologie fait partie des spécialités dans lesquelles la baisse des effectifs sera parmi les plus fortes : Une baisse d'environ 32% du nombre des dermatologues sur le plan national est attendue jusqu'à 2030 : le nombre de dermatologues passerait d'un peu plus de 4000 à 2717 (13). A l'inverse, les prévisions pour les médecins généralistes semble autre : si un point bas est attendu pour 2020, une hausse progressive devrait ramener le nombre de généralistes en 2030 à un nombre proche de celui de 2006 (13).

## C. UNE DISPARITE INTERTERRITORIALE

### 1) Etat Actuel

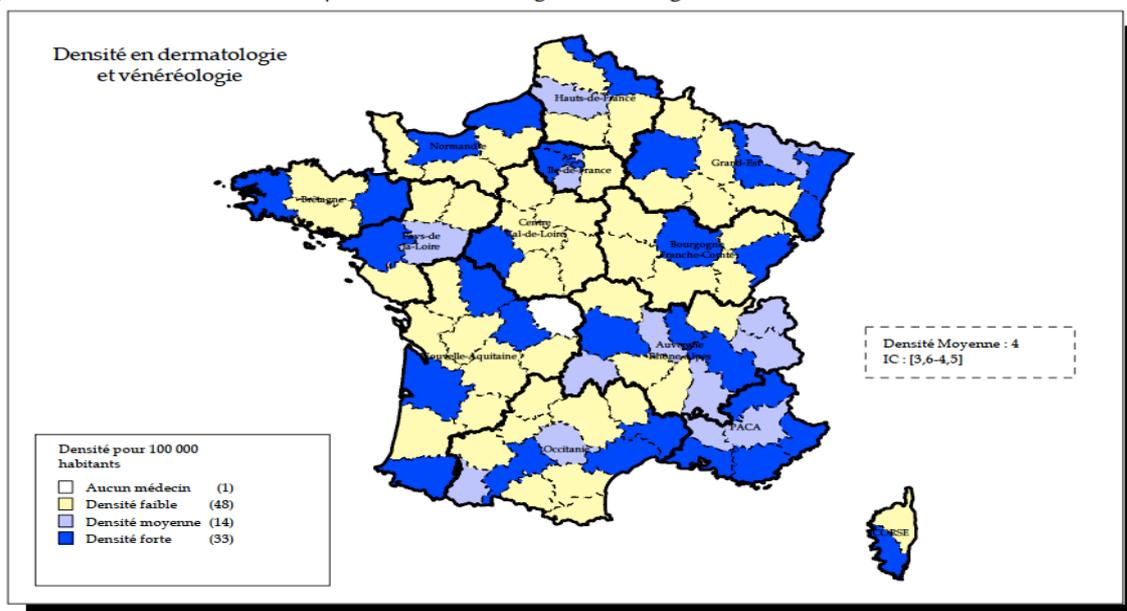
Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la densité médicale au niveau du territoire métropolitain est de 5,1 dermatologues / 100 000 habitants (20). Il existe une grande disparité interrégionale et interdépartementale dans l'exercice de la dermatologie sur le territoire métropolitain. Sur le territoire français, on observe une densité minimale de 0 dermatologue / 100 00 habitants dans la Creuse et une maximale de 17

dermatologues / 100 000 habitants à Paris. Le Languedoc-Roussillon compte à lui seul 155 dermatologues sur son territoire. Dans l'Hérault, 87 dermatologues sont en activité contre 1 seulement dans le département de la Lozère (20).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, on peut distinguer 4 types de zones de densité des médecins spécialistes en dermatologie (cf. carte 109) :

- Une zone où n'exerce aucun médecin dermatologue : 1 département, soit 1% du territoire français.
- Une zone de faible densité : 48 départements, soit 50% du territoire français.
- Une zone de densité moyenne : 14 départements 15% du territoire français.
- Une zone de forte densité : 33 départements soit 34% du territoire français.

Carte n°109 : Densité des médecins spécialistes en dermatologie et vénéréologie



Une étude sociodémographique des dermatologues libéraux en France métropolitaine de 2011 (45) expliquait que :

- 60% des dermatologues exerçaient au sein des zones de forte densité (>5 dermatologues /100 000 habitants) soit 24 départements (22% du territoire)
- 30% des dermatologues exerçaient au sein des zones de moyenne densité (entre 3 et 5 dermatologues /100 000 habitants) soit 41 départements (47% du territoire)

- 10% des dermatologues exerçaient au sein des zones de faible densité (< 3 dermatologues /100 000 habitants) soit 30 départements (31% du territoire)

L'ensemble de ces données met donc en lumière l'existence d'un « désert dermatologique » s'étendant sur un tiers du territoire français.

## 2) Prévisions

Dans les années à venir, nous allons assister à une accentuation de la disparité de l'offre médicale. En zone à dominante rurale, on prévoit une baisse de 20 % des généralistes et de 51 % des autres spécialités. Ainsi, dans les zones rurales n'exerceraient plus que 6 % des médecins. Au contraire, dans les zones urbaines avec CHU, exerceraient 71 % des spécialistes (13).

## D. UNE DIMINUTION DU TEMPS MEDICAL DISPONIBLE

L'exercice de la médecine générale comme celui de la dermatologie évolue au cours du temps. Les jeunes médecins généralistes comme les jeunes dermatologues s'installent de moins en moins et ceux qui s'installent travailleraient moins d'heures par semaine que leurs prédécesseurs. De plus, on assiste à une forte féminisation de la profession. En 2012, Les femmes représentaient 66,7 % des dermatologues (21). En 2030, elles devraient représenter 82,7 % des dermatologues (13). Comme le montre l'étude de la DREES sur l'emploi du temps des médecins libéraux, la grande majorité des médecins libéraux travaillant à temps partiel sont des femmes. Elles travaillent moins de jours (10% de moins), moins d'heures par semaine (10 heures de moins en moyenne) et réalisent moins d'actes par jour (20 % de moins) que les hommes (14). Cela associé à d'autres facteurs comme l'embolisation des consultations dermatologiques par des pathologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge spécialisée ou l'augmentation de l'activité de médecine esthétique expliquent une diminution du temps médical disponible du spécialiste et tend ainsi à rendre également de plus en plus difficile le référencement au dermatologue.

## E. LA MEDECINE GENERALE

Selon la définition européenne de 2002, la médecine générale ou médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. Elle constitue une spécialité clinique orientée vers les soins primaires (22). Le médecin généraliste remplit des fonctions telles que des fonctions de premier recours, de prise en charge globale, de continuité des soins en assurant le suivi dans la durée des problèmes de santé du patient, de coordination des soins en demandant avis auprès de confrères spécialistes ainsi qu'une fonction de santé publique qui s'inscrit dans une perspective de prévention, d'information, d'éducation et de promotion de la santé (23). De plus, la loi Douste-Blazy de réforme de l'assurance maladie du 13 Août 2004, a instauré une nouvelle forme d'organisation de l'accès aux soins : le parcours de soins coordonnés (24)(25). Ce parcours impose, à chaque assuré social de plus de 16 ans, de désigner un médecin traitant (26). Le médecin traitant est alors le coordinateur du parcours de soins. Le patient doit s'adresser à lui en premier recours. Le médecin traitant pourra s'il le juge nécessaire orienter son patient vers un autre professionnel de santé.

## F. LA DERMATOLOGIE

La dermatologie est la spécialité de la médecine qui, selon la définition européenne de 1995, comprend « le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des muqueuses et des annexes de la peau de même que des manifestations cutanées des maladies systémiques ». Alors que la médecine s'enrichit de techniques de plus en plus élaborées, la dermato-vénéréologie demeure une des spécialités où l'examen clinique conserve une place primordiale dans la démarche diagnostique. En effet, la peau étant l'organe le plus accessible du corps humain, la dermatologie est une discipline visuelle directement accessible aux yeux des médecins .... Et ceux des patients ! Cette particularité représente une spécificité de la dermatologie. D'autres spécificités sont notables : par exemple, la dermatologie se retrouve au carrefour de nombreuses autres disciplines telles que immuno-allergologie, cancérologie, pédiatrie, endocrinologie, gynécologie, hématologie, infectiologie, néphrologie, système nerveux et ostéo-articulaire, etc. Cette spécificité lui permet de faire partie intégrante de la médecine interne. En cela, les signes dermatologiques peuvent traduire une

maladie strictement cutanée mais peuvent également signaler une affection systémique grave. Par ailleurs, elle est en étroite connexion avec le psychisme ; certaines dermatoses peuvent être affichantes et leur caractère chronique engendre parfois des syndromes dépressifs et des difficultés socioprofessionnelles.

## G. PLACE DE LA DERMATOLOGIE EN MEDECINE GENERALE

La dermatologie occupe une place importante dans l'activité d'un cabinet de médecine générale. Le médecin généraliste, personnage pivot de notre système de soins, est amené quasi quotidiennement à devoir diagnostiquer et prendre en charge des pathologies cutanées.

Quelques données existent sur la fréquence des pathologies dermatologiques en France. Selon les dernières données disponibles de l'Observatoire de Médecine Générale (OMG) (réseau créé en 1992 par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) puis fermé depuis fin 2011), les pathologies dermatologiques représentaient 3,27% des résultats de consultation. Elles étaient classées au 23ème rang des résultats de consultation (27). D'autre part, une enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), en 2002, interrogeait les médecins généralistes libéraux sur les motifs de consultation. D'après les réponses obtenues, les dermatoses représentaient 2,5 % des motifs de consultations (1). En 2014, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) réalise une étude transversale, multicentrique à l'échelle nationale visant à caractériser les Eléments de la Consultation en Médecine (ECOGEN) (28). Le but de cette étude nationale est de décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé en médecine générale. Les résultats montrent que la dermatologie représente environ 4,5% des motifs de consultation de médecine générale et environ 5% des résultats de consultation, à l'échelle nationale.

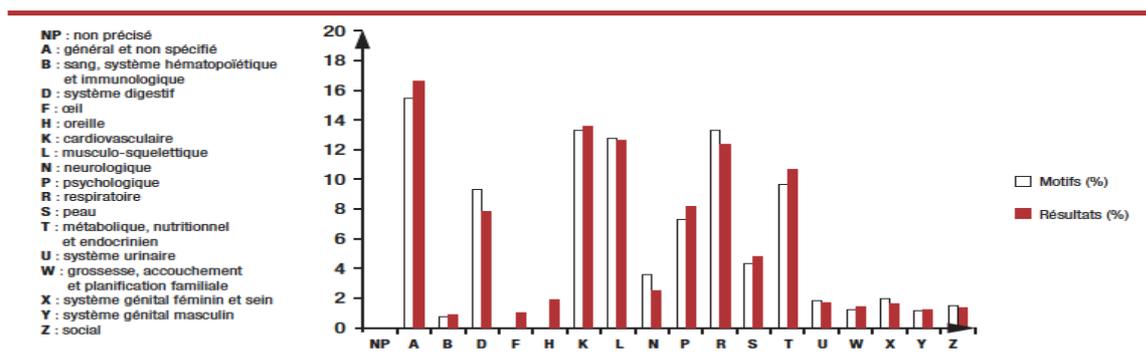


Figure 2. Distribution des motifs et résultats de consultation par appareil

D'autres travaux se sont focalisés davantage sur la place de la dermatologie au niveau régional. Par exemple, dans l'étude de Cécile AUBERT dans la région de Haute-Normandie, les pathologies dermatologiques représentent près de 6 % des consultations de médecine générale (29). Selon une étude quantitative réalisée en 2011 (4), les pathologies dermatologiques les plus rencontrées en Haute Normandie étaient :

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

Dans la région du Languedoc Roussillon, en 2014, Rachid AZZAHTI rapporte une étude observationnelle prospective cherchant à caractériser la place de la dermatologie dans un cabinet de médecine générale situé dans les Pyrénées Orientales, le cabinet du Dr FRANCES à Banyuls sur mer (30) : durant le mois de janvier 2011, sur 849 patients inclus, 217 ont consulté pour un problème de santé de nature dermatologique (25,5%).

Les six classes d'affections les plus fréquentes étaient :

- Eczémas (22,6%)
- Infections cutanées bactériennes et virales (19,8%)
- Infections fongiques (10,1%)
- Kératoses actiniques (7,8%)
- Lésions cutanées malignes (7%)
- Psoriasis (6,4%)

Toutes les classes d'âge étaient affectées par les problèmes dermatologiques, à l'exception des kératoses actiniques et des lésions cutanées malignes que l'on observait de préférence après 45 ans. Par ailleurs, l'auteur constate une répartition homogène selon le sexe. D'autres données nous viennent de travaux réalisés à l'étranger. Il est notable que ces données sont souvent issus

d'études prospective (31) ou rétrospective (32) et que les chiffres sont très disparates. Par exemple, selon ces études, les pathologies dermatologiques représentent 8% jusqu'à 21% des consultations de soins primaires.

## H. DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

Une étude qualitative a été réalisée grâce à trois focus groups, en Haute Normandie, de février à mars 2012. Vingt-six médecins généralistes étaient questionnés sur leurs difficultés et leurs propositions pour améliorer leur pratique en dermatologie (8). Cette étude a montré que ces médecins généralistes éprouvaient souvent des difficultés diagnostiques surtout en ce qui concernait le dépistage des tumeurs cutanées mais également en ce qui concernait les toxidermies ou pathologies rares. D'autre part, les médecins interrogés rapportent des difficultés de prise en charge thérapeutique surtout lorsqu'il s'agissait de pathologies chroniques tels les ulcères et mettaient souvent en place un traitement d'épreuve ne connaissant pas avec certitude la prise en charge thérapeutique. En outre, ils évoquaient des incertitudes dans l'appréciation du degré d'urgence de la pathologie et parfois une discordance entre urgence ressentie par le patient et urgence réelle. En conséquence, toutes ces difficultés ressenties par les médecins entraînaient chez eux des doutes et une certaine angoisse ainsi qu'un manque de confiance dans leur pratique de la dermatologie et une certaine frustration professionnelle. Les médecins interrogés ont par ailleurs rajouté que selon eux, l'expérience professionnelle acquise au fil du temps était le meilleur apprentissage de la dermatologie et augmentait ainsi leur assurance et leur crédibilité vis-à-vis des patients.

## I. FORMATION MEDICALE INITIALE

### 1) Le Deuxième cycle des études médicales

La sémiologie dermatologique s'acquière durant le premier cycle des études médicales en PCEM2 ou au début du deuxième cycle en DCEM1. Durant l'externat, la formation en dermatologie se fait par des enseignements théoriques et/ou par un stage hospitalier dans un service de dermatologie. Ce stage n'est pas obligatoire et le nombre de places proposées diffère selon les

facultés. Au CHU de Montpellier, par exemple, trois externes sont dans le service de dermatologie au mois de juin 2018. Tous les étudiants ne peuvent donc pas passer dans un service spécialisé.

## 2) Le DES de médecine générale

Le DES de médecine générale a pour but l'acquisition de compétences (33). La compétence médicale est définie comme « l'utilisation judicieuse de la communication, des connaissances, des compétences techniques, des raisonnements cliniques, des émotions, des valeurs et de la réflexion dans la pratique quotidienne pour le bénéfice des individus et des collectivités ». La maquette du DES de médecine générale comporte six semestres de stages pratiques et un enseignement théorique dispensé par les facultés permettant l'acquisition des compétences. Dans le service de dermatologie du CHU de Montpellier, seules deux places pour les internes de médecine générale sont proposées chaque semestre. Les stages ambulatoires de médecine générale permettent de prendre en charge des patients présentant des pathologies cutanées « de ville ». Ainsi, la formation pratique est principalement délivrée lors des stages ambulatoires (niveau 1 et SASPAS) mais elle n'est pas exclusivement axée sur la dermatologie. Par ailleurs, les enseignements facultaires de dermatologie durant le DES sont délivrés pour la plupart par les enseignants du département de médecine générale (DMG) et sont inégaux selon les facultés. Par exemple à Paris 7, il est proposé aux internes de suivre un séminaire d'une journée sur les pathologies cutanées et vasculaires et d'avoir accès tout au long du DES à une photothèque de dermatologie. A Montpellier, même si l'enseignement théorique obligatoire n'a pas dispensé de cours sur la dermatologie pour l'année 2017/2018, un cours en simulation en demi groupe a été introduit au programme de l'année 2018/2019 et sera dispensé par Dr Carbonnel (34). D'autre part, la formation initiale influence la pratique du médecin généraliste. Les pathologies dermatologiques sont nombreuses ce qui rend cette formation d'autant plus importante. Or, il n'y a pas de formation pratique spécifique en dermatologie pendant les études de médecine.

## 3) Difficultés et propositions des médecins généralistes

Dans l'étude de Vanessa Bureaux (8), la formation hospitalo-universitaire était jugée comme inégale et souvent inadaptée à la médecine de ville, par les médecins généralistes répondants. Ils jugeaient également la formation continue post universitaire en dermatologie insuffisante

contrairement aux autres disciplines. Ces mêmes médecins généralistes proposaient alors une amélioration de la qualité de la formation initiale en dermatologie en fin de 3<sup>e</sup> cycle et souhaitaient une formation continue plus fréquente avec des dermatologues.

Ainsi, c'est dans ce contexte de pathologies cutanées de plus en plus fréquentes, de difficultés diagnostique et thérapeutique ressenties par les médecins généralistes et de référencement au dermatologue de plus en plus compliqué, que nous avons cherché à évaluer les connaissances des internes de médecine générale du Languedoc-Roussillon en dermatologie et leurs éventuels besoins de formation.

## II. MATERIEL ET METHODES

### A. TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale en menant une enquête à l'aide d'un questionnaire électronique (cf. annexe p.105) adressé à tous les internes de médecine générale (IMG) du Languedoc-Roussillon (LR) en cours de diplôme d'études spécialisées (DES) via la mailing list du syndicat des internes du Languedoc Roussillon (SILR) ainsi qu'aux IMG ayant terminé leur DES via la page Facebook Solidarité SOS sujet de thèse.

### B. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE

Les internes de médecine générale du Languedoc-Roussillon constituent la population source. Après validation du questionnaire par le Dr David Michel et le Dr Pavageau Sylvain du département de médecine générale (DMG) de Montpellier, le questionnaire a été adressé à Madame Bousquet, secrétaire du département universitaire de médecine générale, qui s'est chargée de l'envoyer, sur la base de la mailing list du SILR, à l'ensemble des internes de médecine générale des 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années de DES de médecine générale du LR.

Nous avons également envoyé le questionnaire aux IMG du LR ayant terminé leur DES via la page Facebook Solidarité SOS sujet de thèse.

#### 1) Critères d'inclusion

Tous les IMG du LR en cours de DES de médecine générale ou l'ayant terminé, c'est-à-dire ayant terminé les six semestres d'internat constituent notre échantillon et leurs réponses au questionnaire ont été traitées et analysées.

#### 2) Critères d'exclusion

Le questionnaire des IMG ayant entre temps soutenu leur mémoire de DES de médecine générale et n'étant plus, par conséquent, considérés comme internes ont été exclus de notre analyse.

En résumé, notre population cible correspondait donc à tous les IMG du LR, de l'étudiant de 1<sup>er</sup> semestre à la date du 24 Avril 2018 (date du premier envoi du questionnaire) jusqu'à l'étudiant ayant terminé son DES mais n'ayant pas soutenu son mémoire de DES.

### C. QUESTIONNAIRE

Le questionnaire électronique a été réalisé avec l'aide d'un dermatologue et d'un médecin généraliste afin de permettre sa validation et son envoi à tous les internes de médecine générale du Languedoc-Roussillon. Il a été conçu à l'aide du logiciel Google Form.

Après un texte explicatif sur les raisons et l'objet de mon travail, le questionnaire se composait de quatre parties :

- Une première partie s'attachait à caractériser l'étudiant afin de dresser le profil des médecins répondants ainsi qu'à définir la formation pratique en dermatologie reçue.
- Une deuxième partie évaluait l'intérêt porté à la dermatologie, le niveau de confiance en ses connaissances ainsi que les envies et éventuels besoins en formation.
- Une troisième partie correspondait au questionnaire d'évaluation des connaissances de l'étudiant en dermatologie.

Ce questionnaire est constitué de la présentation de dix cas cliniques. Les huit premiers sont des cas cliniques classiques avec un énoncé, une photo et des questions diagnostique et thérapeutique en QCM. Les 2 derniers cas cliniques sont des questions en QCM s'attachant à détecter des lésions dermatologiques suspectes de malignité. Ce questionnaire s'est inspiré de cas cliniques du collège des enseignants de dermatologie 2015. Toutes les photos sont tirées du collège des enseignants de dermatologie et toutes les connaissances y font référence.

- Une quatrième et dernière partie fait suite à une question subsidiaire qui a été ajoutée au cours de l'étude et à la fin du recueil des données. Elle s'attachait à évaluer

l'intérêt formatif d'un tel type de questionnaire pour les IMG du LR. Cette question a également été posée à l'aide de logiciel Google form et envoyée à tous les IMG entrant dans les critères d'inclusion de l'étude et ayant répondu au questionnaire.

#### D. RECUEIL DE DONNEES

Le recueil des données a été réalisé selon le calendrier suivant : Le lien du questionnaire en ligne a été envoyé aux internes en cours de DES à l'aide de la mailing list du SILR le 24 avril 2018. De la même manière, une première relance a été faite le 15 mai 2018, une seconde le 4 juin 2018. Le lien du questionnaire a également été envoyé sur la page Facebook Solidarité SOS sujet de thèse en date du 15 mai 2018 afin de l'adresser aux internes ayant terminé leur formation pratique de DES. Une relance a été faite sur cette page le 11 juin 2018. La date limite de réponse était fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2018. Les données ont été collectées par le médecin enquêteur et classées dans un fichier Excel.

#### E. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données collectées a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyennes et de pourcentages. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme de fréquences et de pourcentages. Les pourcentages ont été arrondis pour la plupart à la décimale la plus proche.

### III. RESULTATS

#### A. TAUX DE PARTICIPATION

Le questionnaire a été adressé aux internes en cours de formation pratique de DES (DES1, DES2, DES3), à l'aide de la mailing list du SILR contenant les adresses mail de 430 internes. Un premier envoi a été effectué le 24 avril 2018. Deux relances ont été effectuées le 15 mai et le 4 juin 2018.

131 réponses ont été récoltées soit un taux de participation de 30,5%. Le questionnaire a également été envoyé aux internes de médecine générale ayant terminé leur formation pratique de DES à l'aide de la page Facebook intitulée « Solidarité Sos sujet de thèse ». Ce groupe est formé de 579 membres, tous n'étant pas spécialiste en médecine générale. Il est alors difficile d'estimer le taux de réponse parmi ce groupe.

28 réponses ont été obtenues.

Au total, **159 réponses** ont été recueillies.

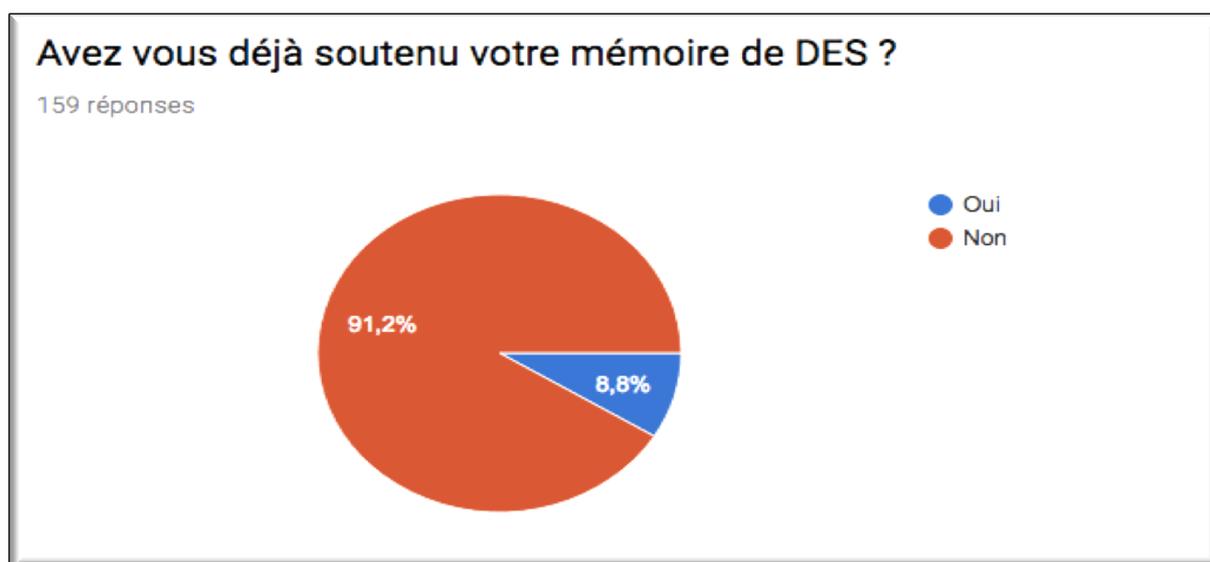


Figure 1 : Répartition des internes inclus

Sur ces 159 répondants, 14 soit 8,8% des répondants avaient déjà soutenu leur mémoire de DES et étaient donc exclus des résultats.

L'analyse des résultats a donc été portée sur **145 réponses**.

## B. INFORMATIONS GENERALES ET POPULATION

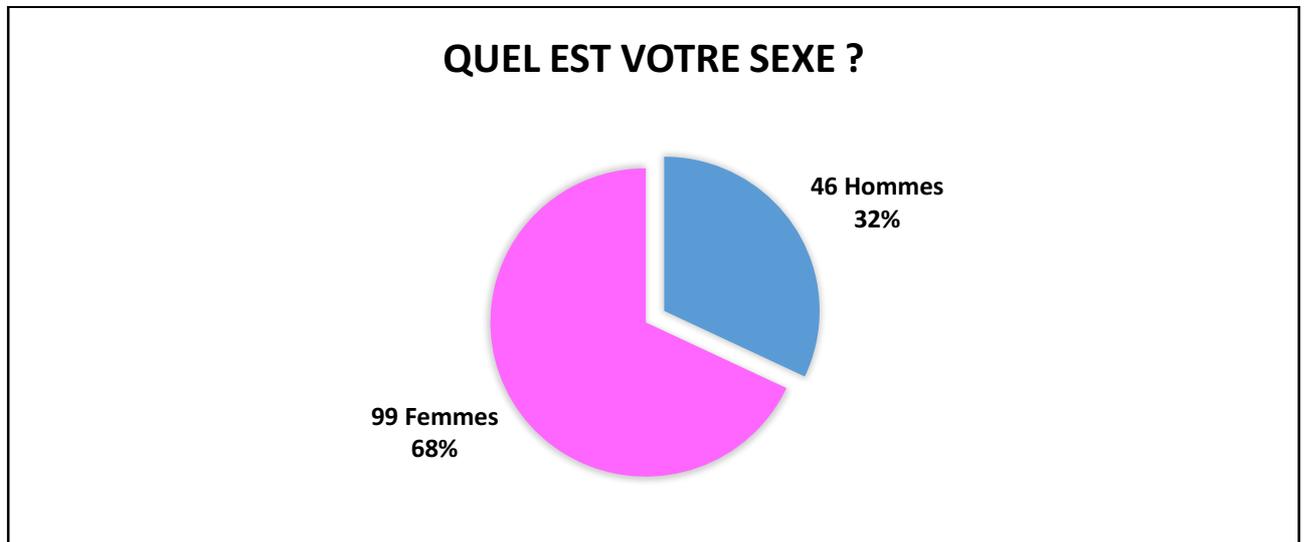


Figure 2 : Répartition des internes selon le sexe

99 femmes (68,3%) et 46 hommes (31,7%) ont répondu au questionnaire.

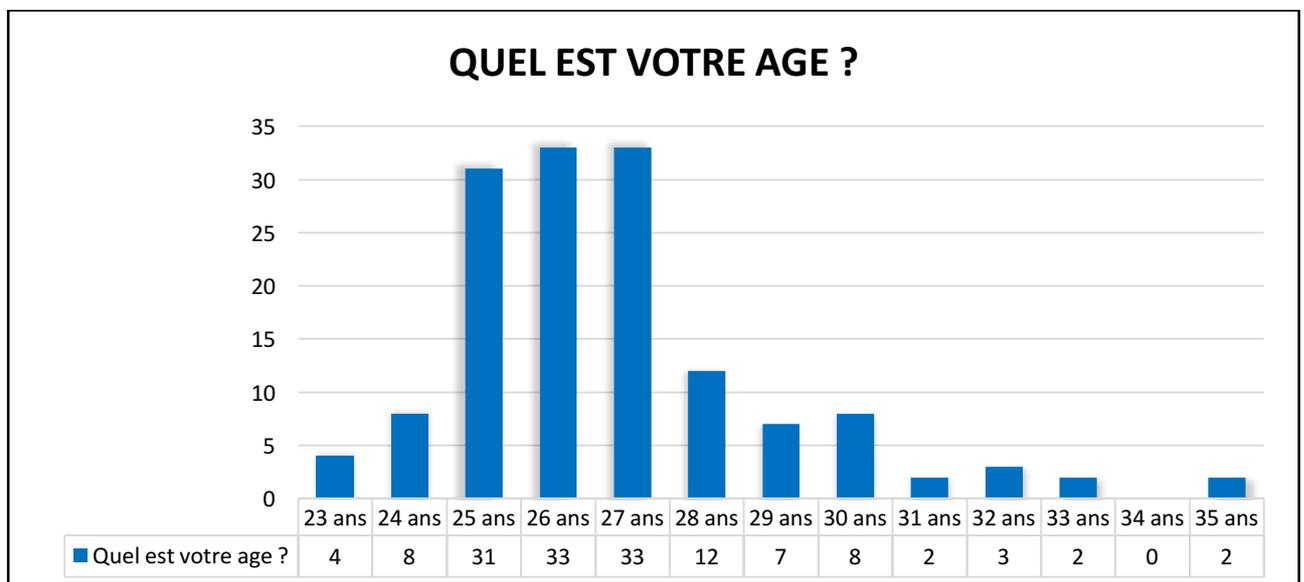
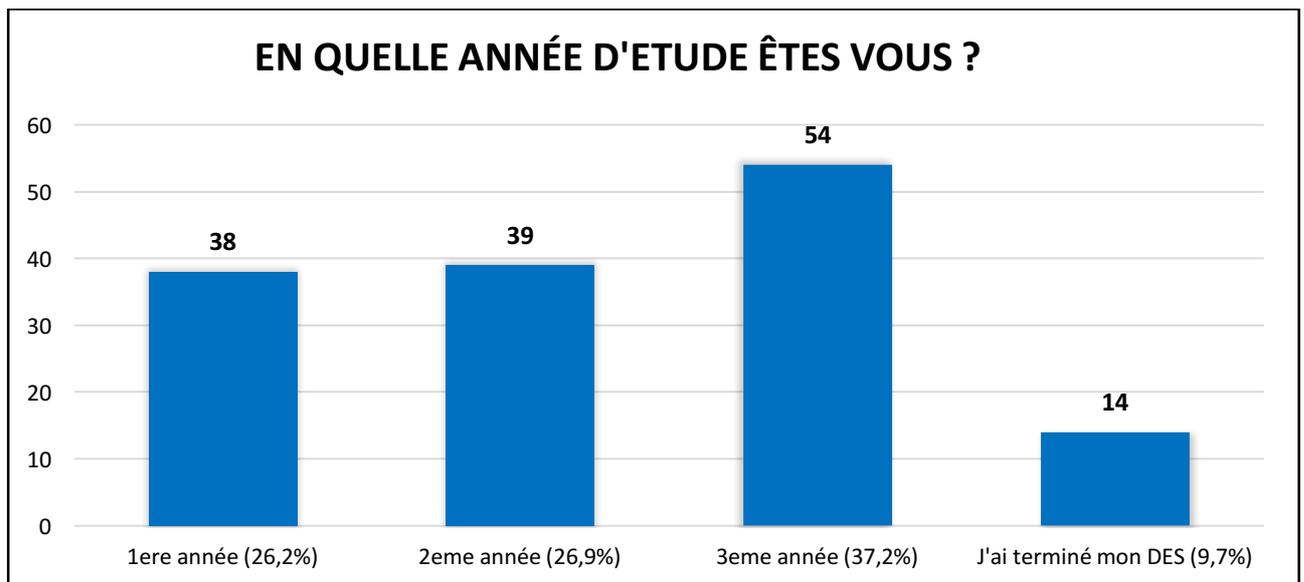


Figure 3 : Répartition des internes selon l'âge

L'âge des répondants se distribue entre 23 et 35 ans. Toutefois, on peut noter que l'âge moyen des répondants était 26,7 ans. 67% des répondants avait entre 25 et 27 ans.



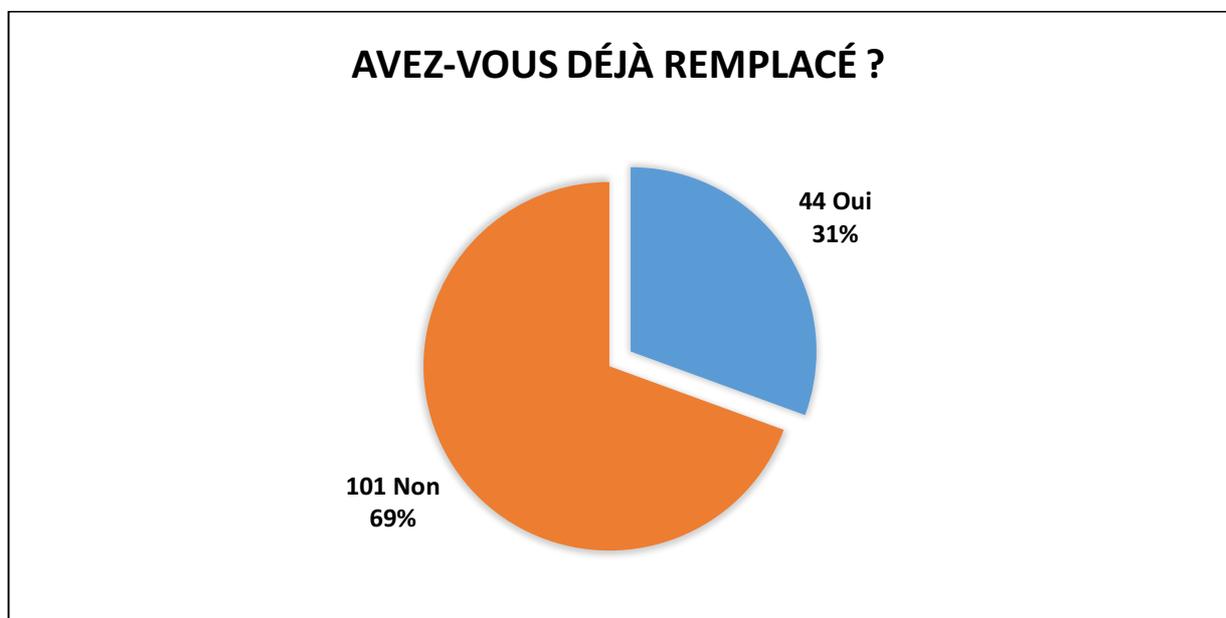
*Figure 4 : Répartition des internes selon l'année d'étude*

26,2% des répondants (n=38) étaient en 1<sup>ère</sup> année d'internat.

26,9% des répondants (n=39) étaient en 2<sup>e</sup> année d'internat.

37,2% des répondants (n=54) étaient en 3<sup>e</sup> année d'internat.

9,7% des répondants (n=14) avaient terminé leurs semestres d'internat.



*Figure 5 : Proportion d'internes ayant déjà remplacé*

30,3% des répondants (n=44) ont déjà remplacé en médecine générale.

### C. FORMATION RECUE

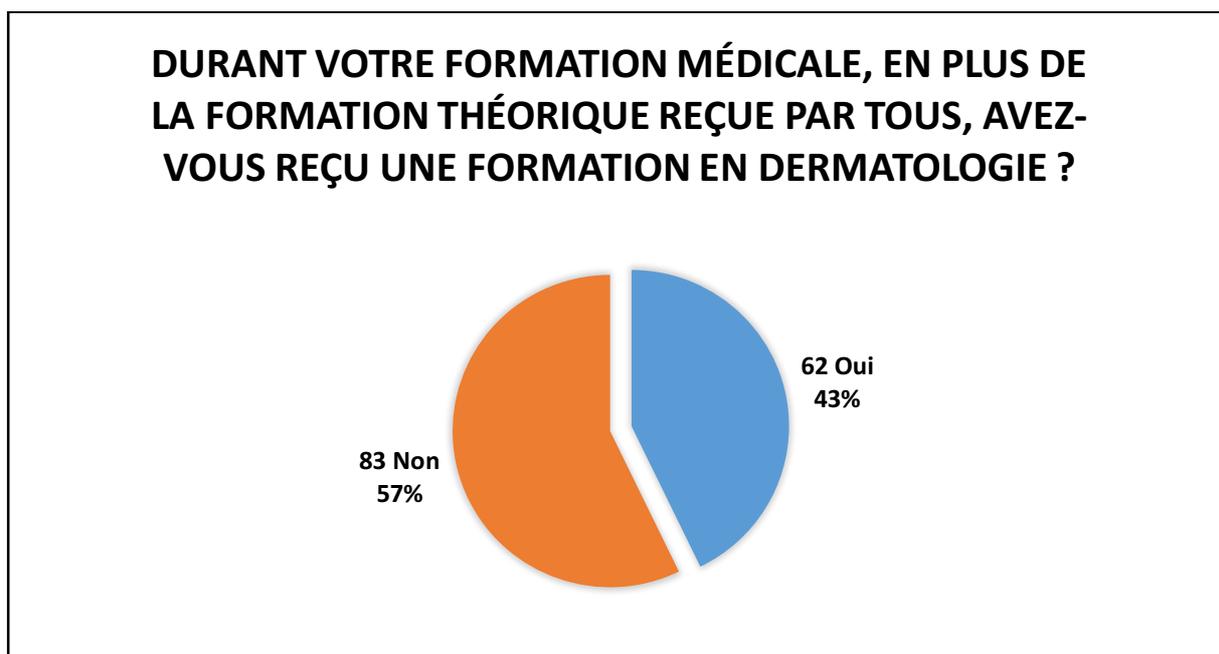


Figure 6 : Proportion d'internes ayant reçu une formation pratique en dermatologie

42,8% des répondants (n=62) avaient reçu une formation en dermatologie en plus de la formation théorique reçue par tous.

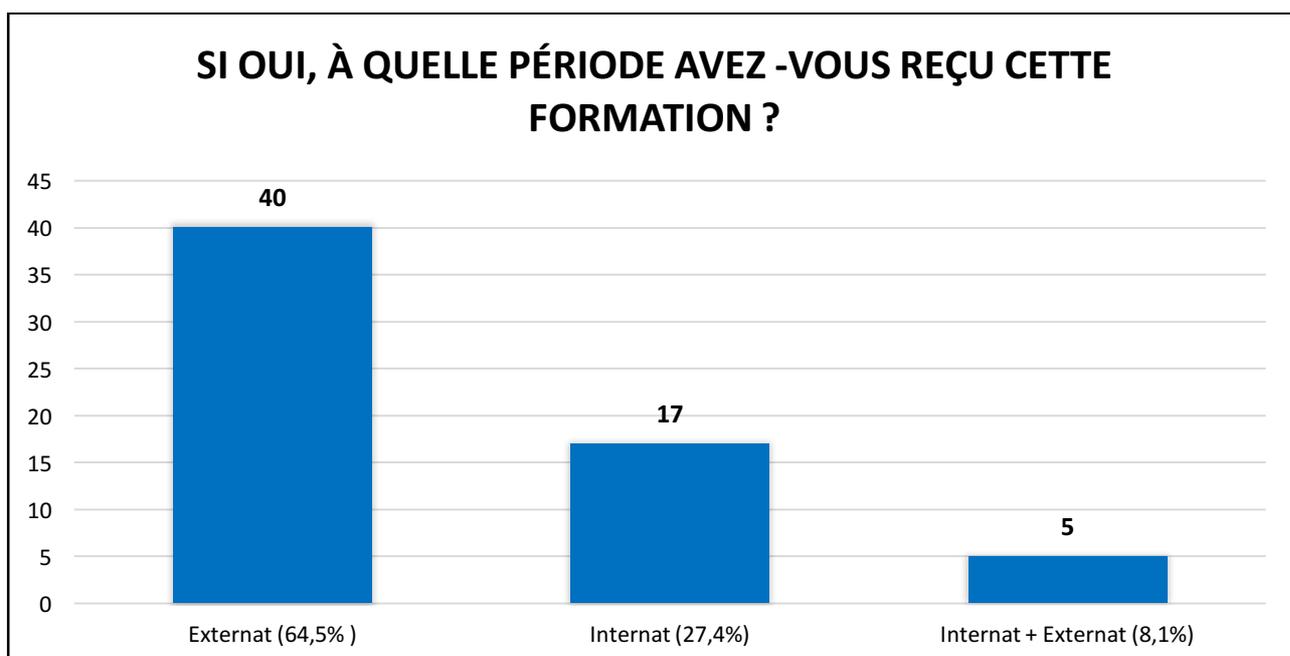


Figure 7 : Période de formation reçue

Parmi ces 62 répondants :

-64,5% (n=40) ont reçu cette formation durant l'externat.

-27,4% (n=17) ont reçu cette formation durant l'internat.

-8,1% (n=5) ont reçu une formation complémentaire en dermatologie durant l'externat et l'internat.

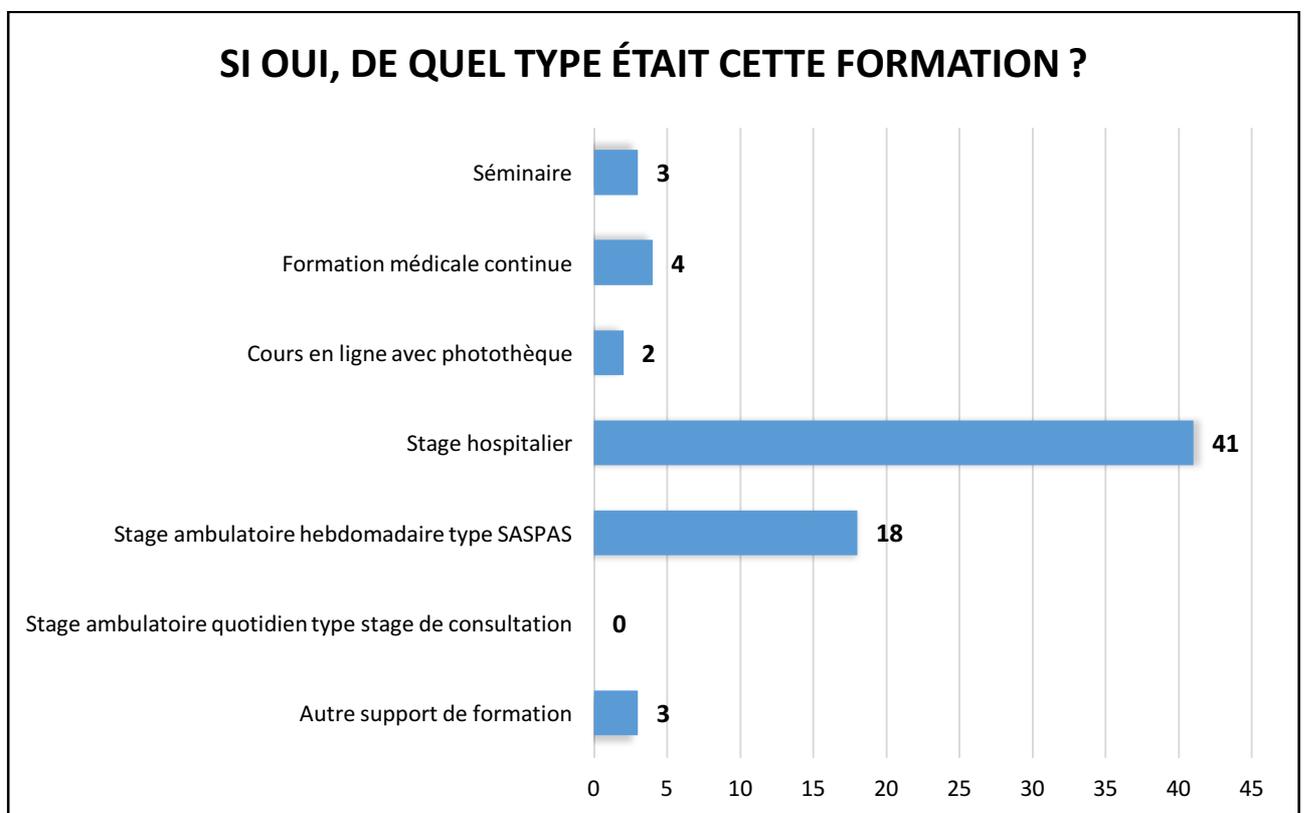
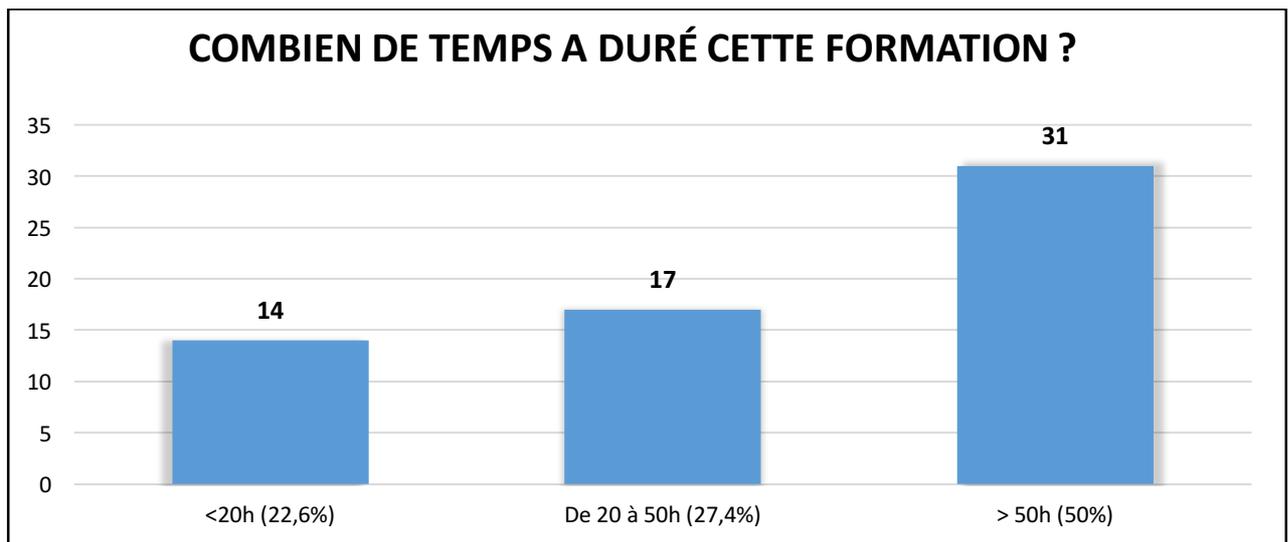


Figure 8 : Type de formation reçue

Parmi ces 62 répondants :

- 53,2% (n=33) avaient reçu cette formation dans le cadre d'un stage hospitalier uniquement.
- 21% (n=13) avaient reçu cette formation dans le cadre d'un SASPAS uniquement.
- 8,1% (n=5) avaient reçu cette formation lors d'un stage hospitalier et d'un SASPAS.
- 4,8% (n= 3) avaient reçu cette formation lors d'un séminaire.
- 3,2% (n =2) avaient reçu cette formation durant une formation médicale continue.
- 3,2% (n =2) avaient reçu cette formation à l'aide d'un autre support de formation.
- 1,6% (n=1) avait reçu cette formation durant une formation médicale continue associée à un cours en ligne avec photothèque.
- 1,6% (n=1) avait reçu cette formation durant un stage hospitalier et un autre support de formation.
- 1,6% (n=1) avait reçu cette formation durant un stage hospitalier associé à des cours en ligne avec photothèque.
- 1,6% (n=1) avait reçu cette formation durant un stage hospitalier associé à une formation médicale continue.

3 répondants avaient reçu une formation en dermatologie autre que les types de formation citées. Parmi elles, étaient citées : Cours aux urgences pédiatriques, Cours particulier durant l'externat, Garde en dermatologie.

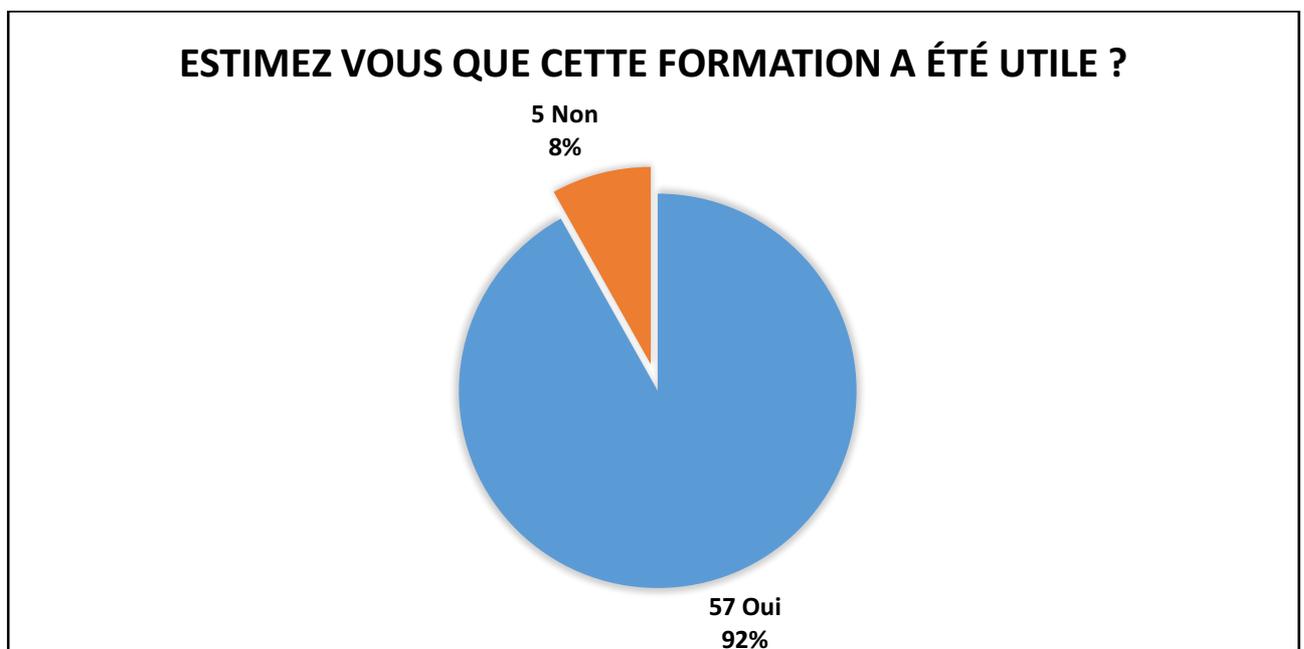


*Figure 9 : Durée de formation reçue*

22,6% (n=14) des répondants ont reçu une formation de moins de 20h.

27,4% (n=17) ont reçu une formation durant de 20 à 50h.

50% (n=31) ont reçu une formation de plus de 50h.



*Figure 10 : Utilité estimée de la formation reçue*

91,9% (n=57) des répondants ont jugé utile cette formation complémentaire en dermatologie.

Parmi les répondants ayant jugé cette formation utile :

28 répondants la jugeaient utile car elle apportait un côté pratique à cette discipline qui était décrite comme clinique et visuelle. Cela permettait de gérer de vrais cas et non des photos.

7 répondants jugeaient utile cette formation car elle amenait de l'expérience.

3 répondants jugeaient utile cette formation car la dermatologie était jugée très fréquente dans la pratique de la médecine générale.

1 répondant jugeait utile le relationnel et « compagnonnage » engendrés avec le dermatologue durant le SASPAS.

1 répondant jugeait cette formation pratique indispensable.

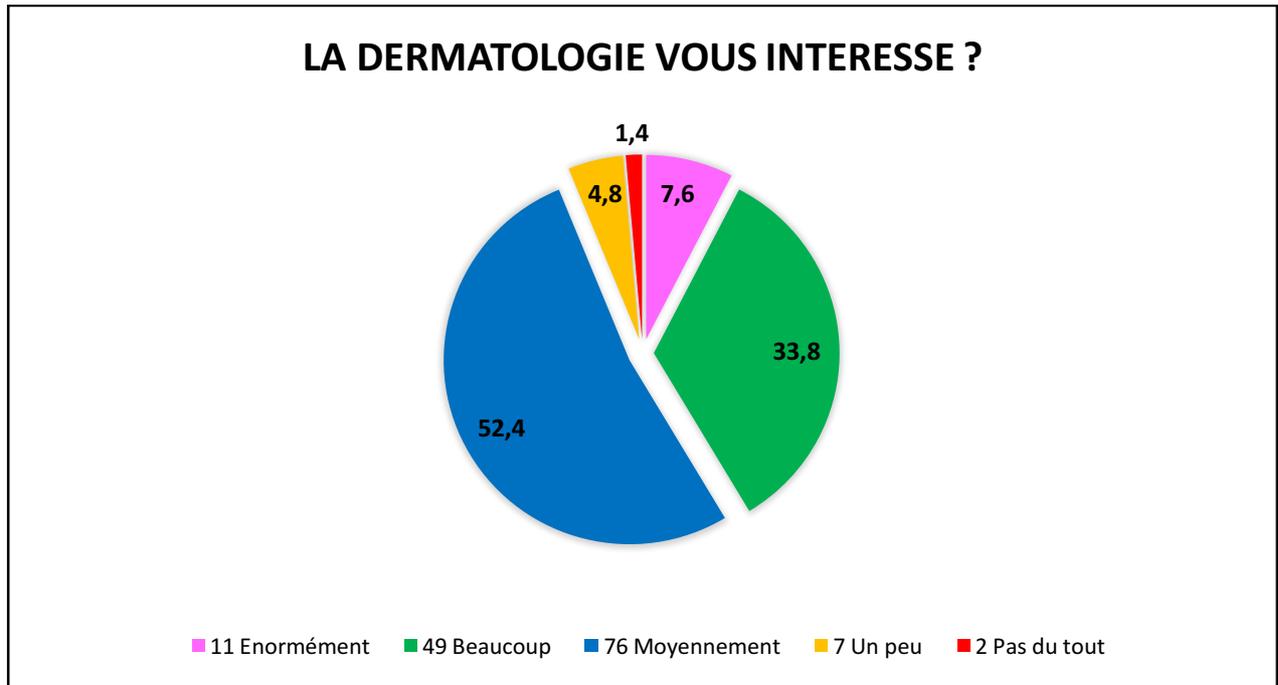
Parmi les répondants ayant jugé cette formation inutile :

2 répondants pensaient qu'une formation durant l'externat était inutile car trop lointaine et entraînait un apprentissage quasi nul.

1 répondant a jugé sa formation inutile car insuffisante.

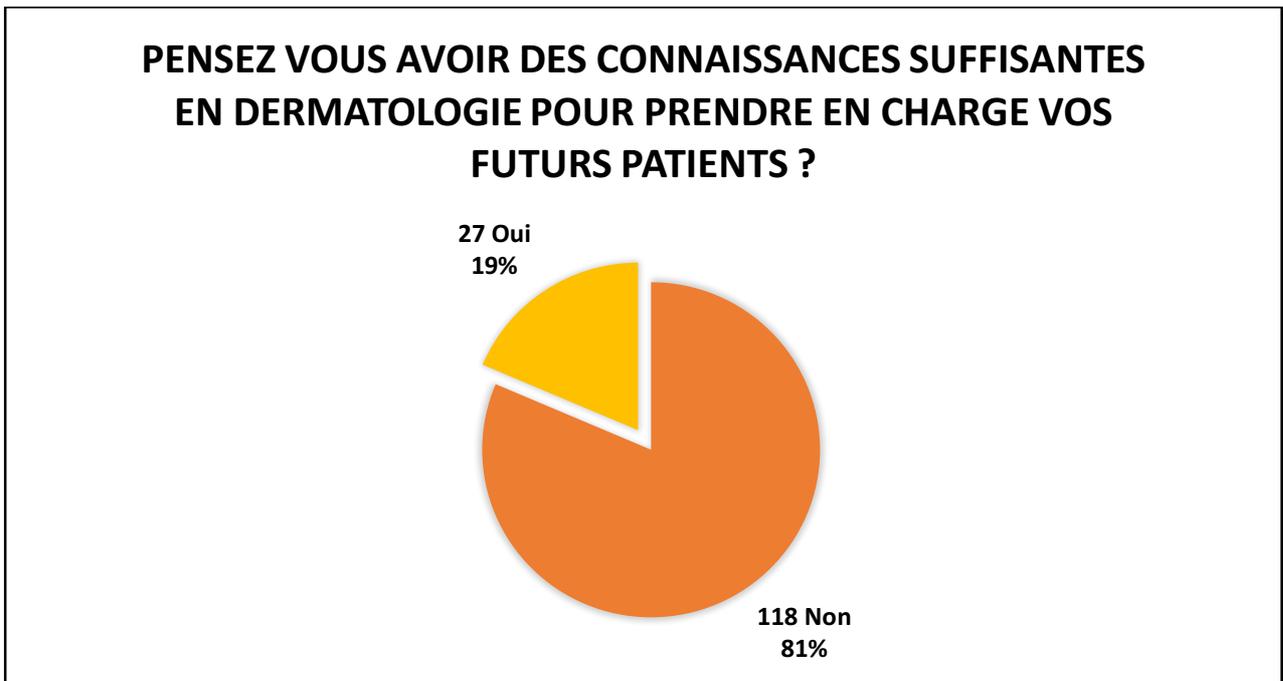
1 répondant a reçu sa formation dans un service spécialisé au contact de maladies rares donc jugée inutile.

## D. BESOINS EN FORMATION



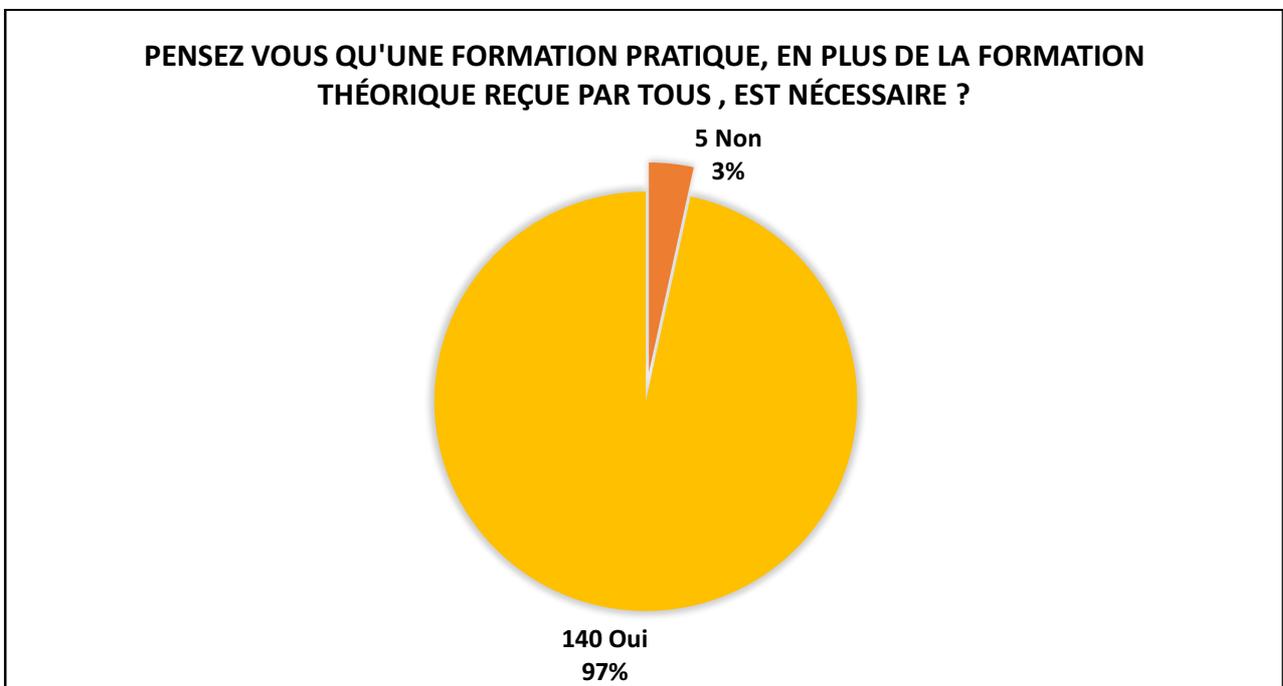
*Figure 11 : Intérêt porté à la dermatologie*

Près de la moitié des répondants (52,4%), s'intéresse moyennement à la dermatologie. Seulement 6,2% des répondants s'intéressent un peu voire pas du tout à la dermatologie. 1/3 des étudiants s'intéressent beaucoup à la dermatologie.



*Figure 12 : Niveau de confiance en dermatologie*

81% des répondants (n=118) estiment ne pas avoir de connaissances suffisantes en dermatologie pour pouvoir prendre en charge correctement leurs patients.



*Figure 13 : Nécessité formation pratique en dermatologie*

97% des répondants (n=140) pensent qu'une formation en dermatologie supplémentaire est nécessaire.

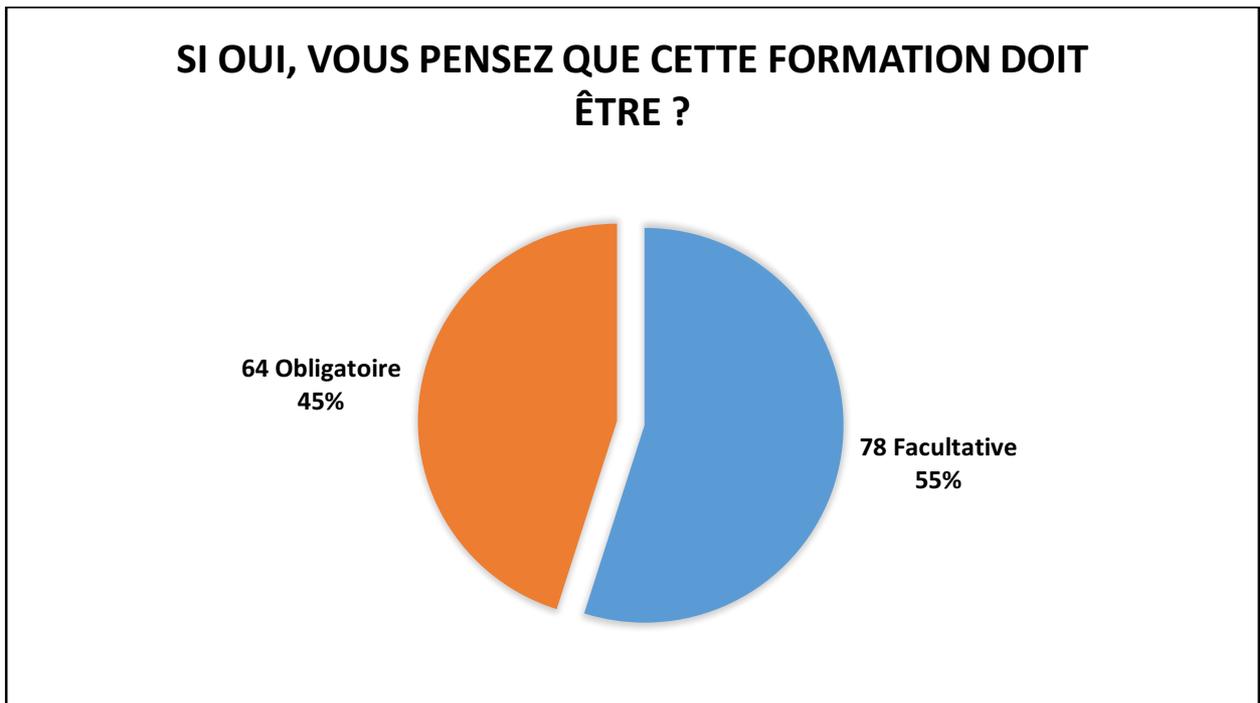


Figure 14 : Liberté de formation

55% des répondants (n=75) pensent que cette formation devrait être facultative alors que 45% (n=64) pensent qu'elle devrait être obligatoire.

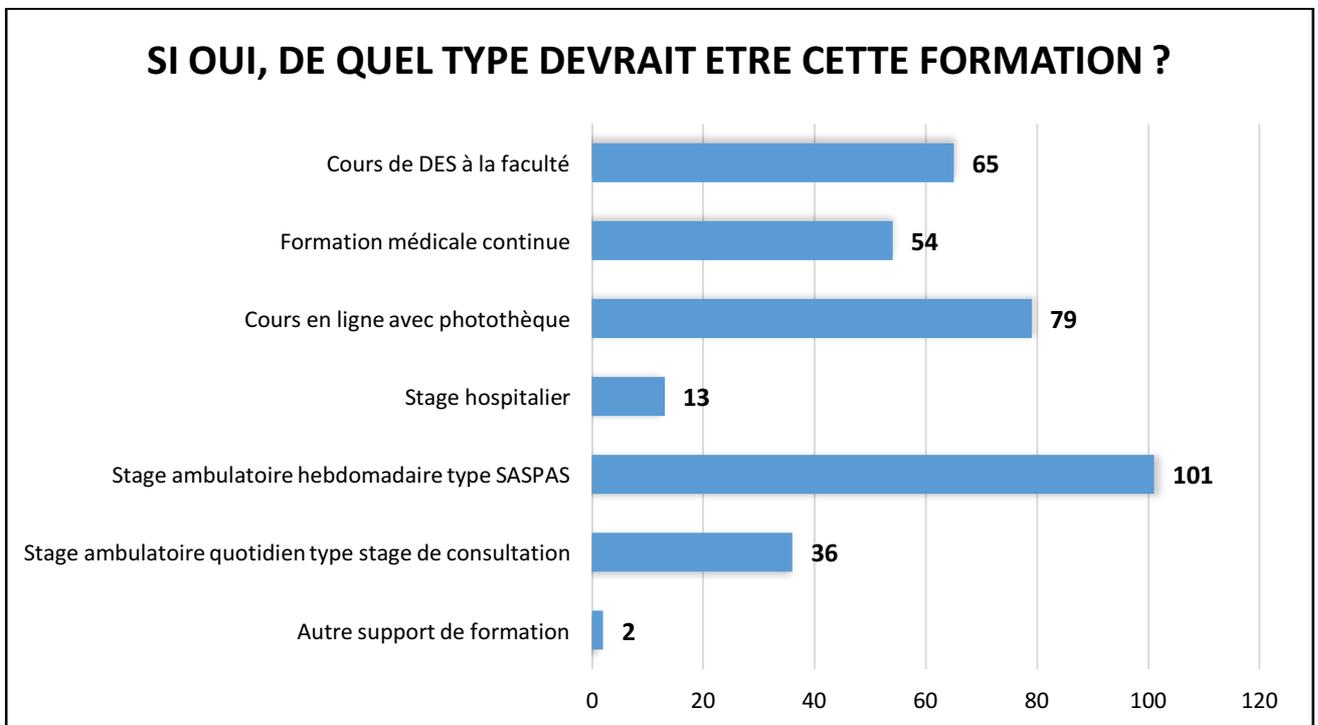


Figure 15 : Type de formation désirée

Par ordre de fréquence :

- 70% des étudiants (n=101) pensaient que cette formation en dermatologie devait se faire sous forme d'un SASPAS.
- 55,5% des étudiants (n=79) pensaient que cette formation en dermatologie devait se faire sous la forme de cours en ligne avec photothèque.
- 44,8% des étudiants (n=65) pensaient que cette formation en dermatologie devait se faire sous la forme de cours de DES à la faculté.
- 37,2% des étudiants (n=54) pensaient que cette formation en dermatologie devait se faire dans le cadre d'une formation médicale continue.
- 24,8% des étudiants (n=36) pensaient que cette formation en dermatologie devait se faire sous la forme d'un stage de consultation.
- 9% des étudiants (n=13) pensaient que cette formation en dermatologie devait se faire dans le cadre d'un stage hospitalier.

2 répondants ont coché autre support de formation : Cours pratique en petit groupe d'une quinzaine d'étudiants avec interaction avec l'intervenant possible et formation chez un dermatologue pendant 1 mois.

## E. QUESTIONNAIRE

### Cas clinique 1

Il présentait un jeune homme de 34 ans atteint depuis 48h d'une éruption abdominale unilatérale, douloureuse.



Photo 1 : Zona

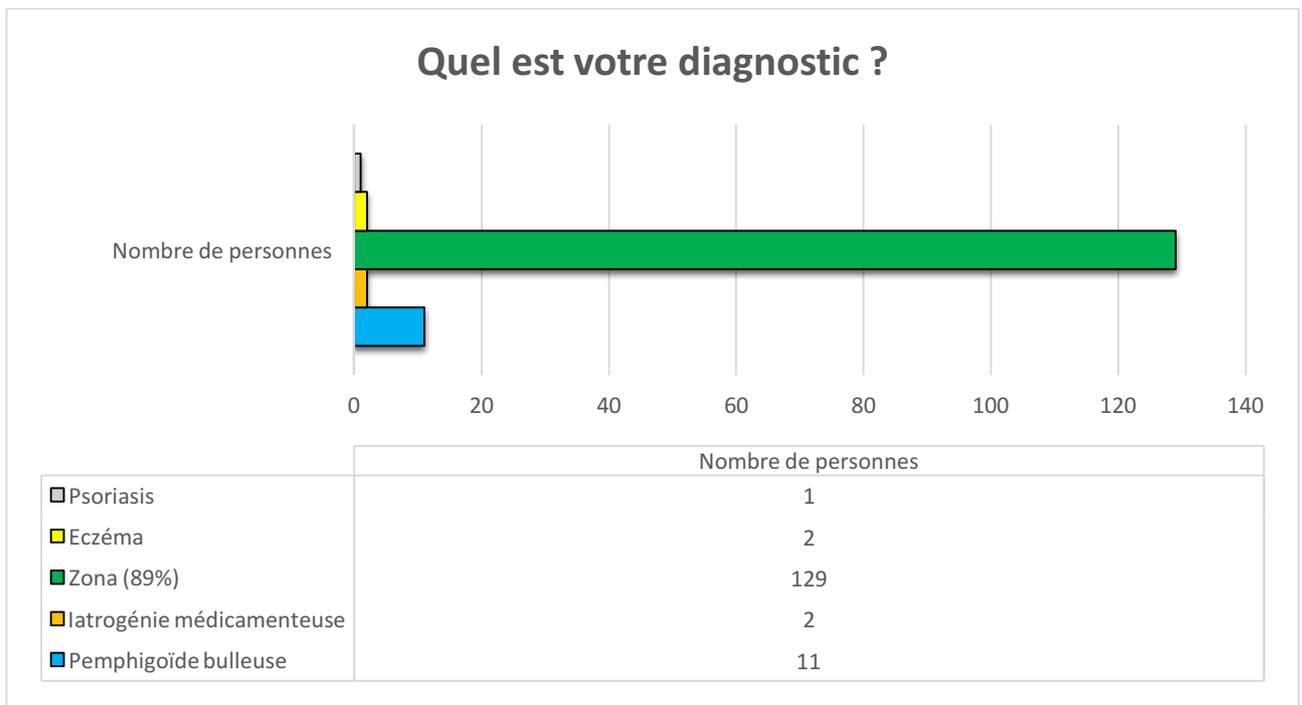


Tableau 1 : Diagnostic cas clinique 1

La bonne réponse était un Zona.

89% des internes (n=129) ont apporté la bonne réponse.

## Quelle est votre prise en charge ?

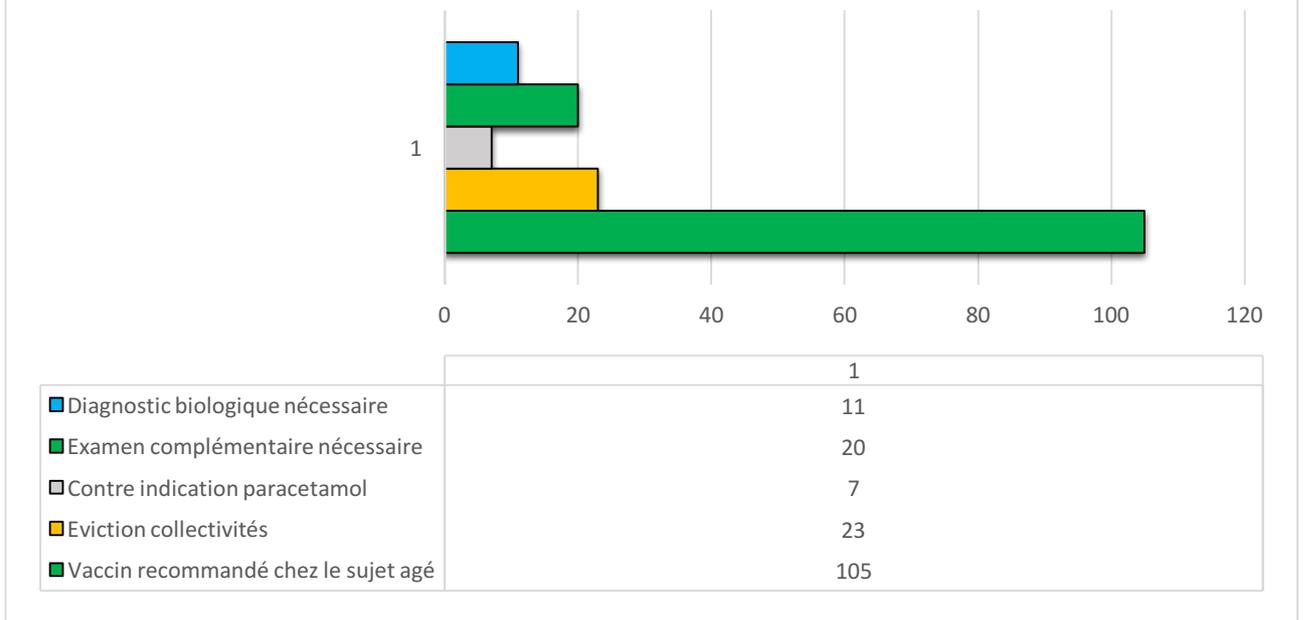


Tableau 2 : Prise en charge thérapeutique cas clinique 1

Les bonnes réponses étaient :

2-Un examen complémentaire est nécessaire :

5- Un vaccin est actuellement recommandé chez les sujets non immunodéprimés de 65 à 74 ans.

Seulement 1,4% des internes ont apporté la bonne réponse.

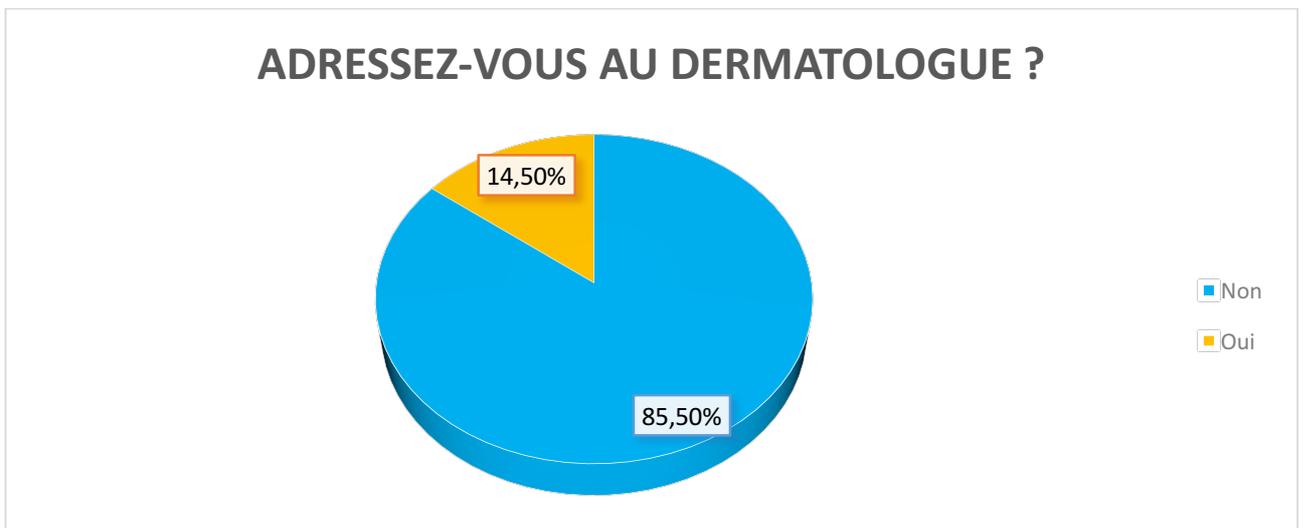


Figure 16 : Référencement au dermatologue cas clinique 1

## Cas clinique 2

Il présentait une lésion unique péri-buccale érythémateuse et crouteuse évolutive chez un enfant de 6 ans avec une mauvaise hygiène des mains.



Photo 2 : Impétigo

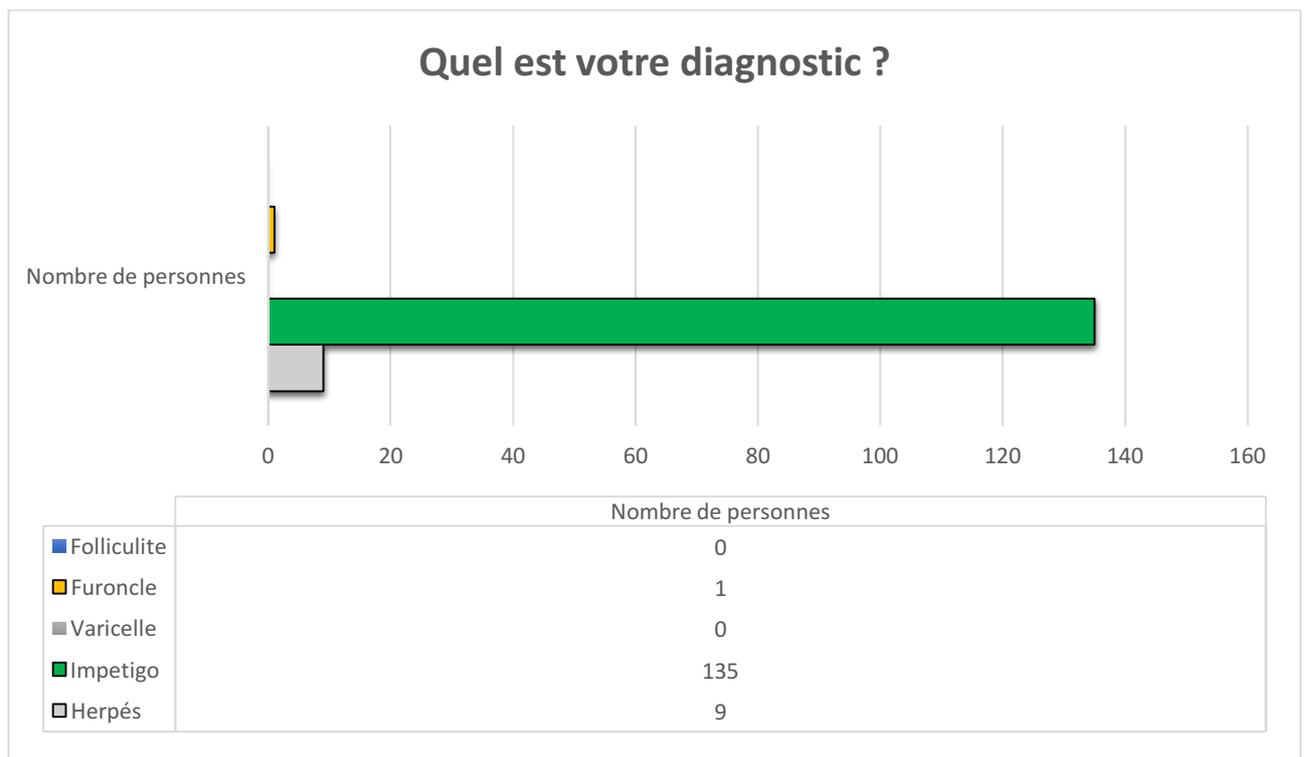


Tableau 3 : Diagnostic cas clinique 2

La bonne réponse était un impétigo.

93,1% des internes (n=135) ont apporté la bonne réponse.

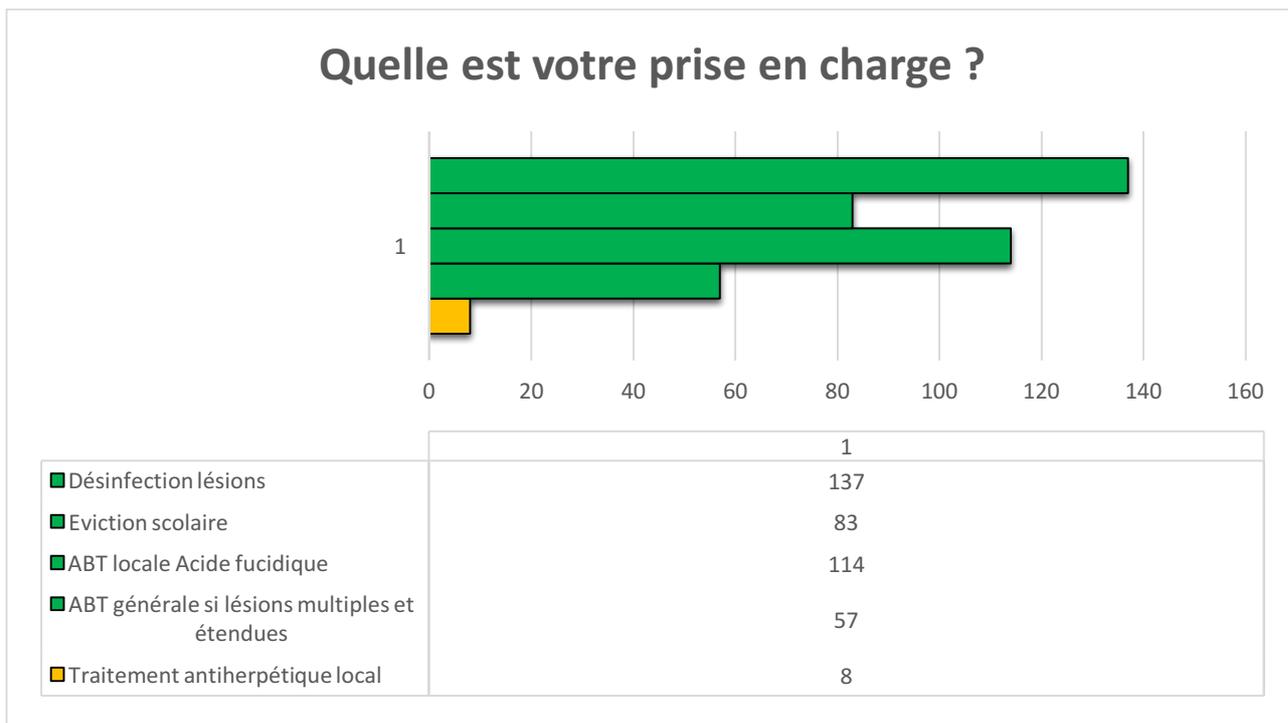


Tableau 4 : Prise en charge thérapeutique cas clinique 2

Les bonnes réponses étaient :

1-Désinfection des lésions et mesures d'hygiène

2-Eviction scolaire

3-Antibiothérapie locale type acide fucidique

4-Antibiothérapie générale type Pénicilline M (Oxacilline, Cloxacilline) si lésions multiples et étendues

17,2% des internes (n=25) ont apporté la bonne réponse.

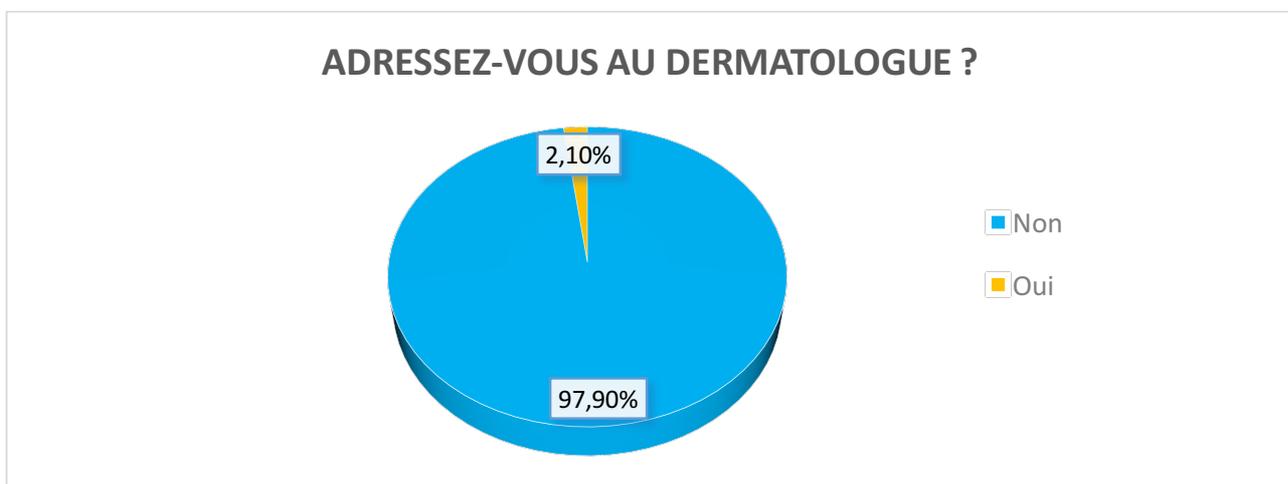


Figure 17 : Référencement au dermatologue cas clinique 2

### Cas clinique 3

Il présentait un nourrisson de 6 mois, présentant une dermatose inflammatoire, prurigineuse, diffuse, intermittente, surtout au niveau des joues et du front de l'enfant en contexte d'atopie paternel et d'herpès labial récurrent chez la mère.



Photo 3 : Dermatite atopique

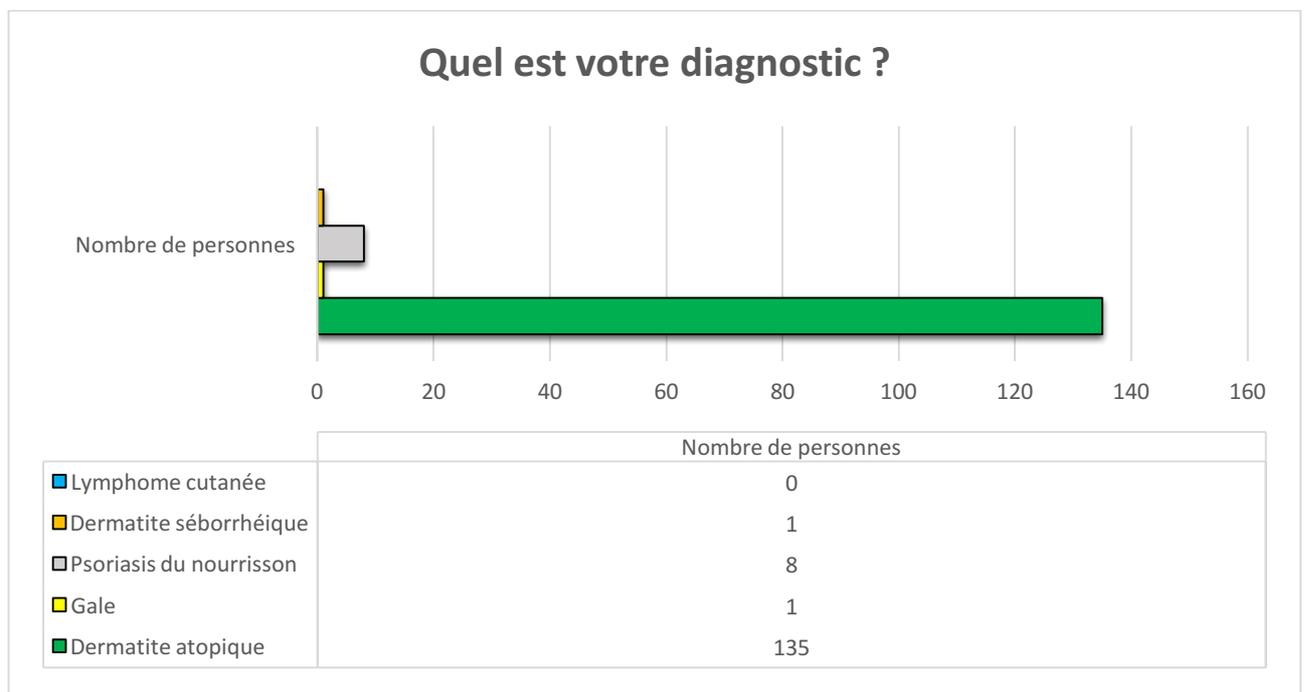
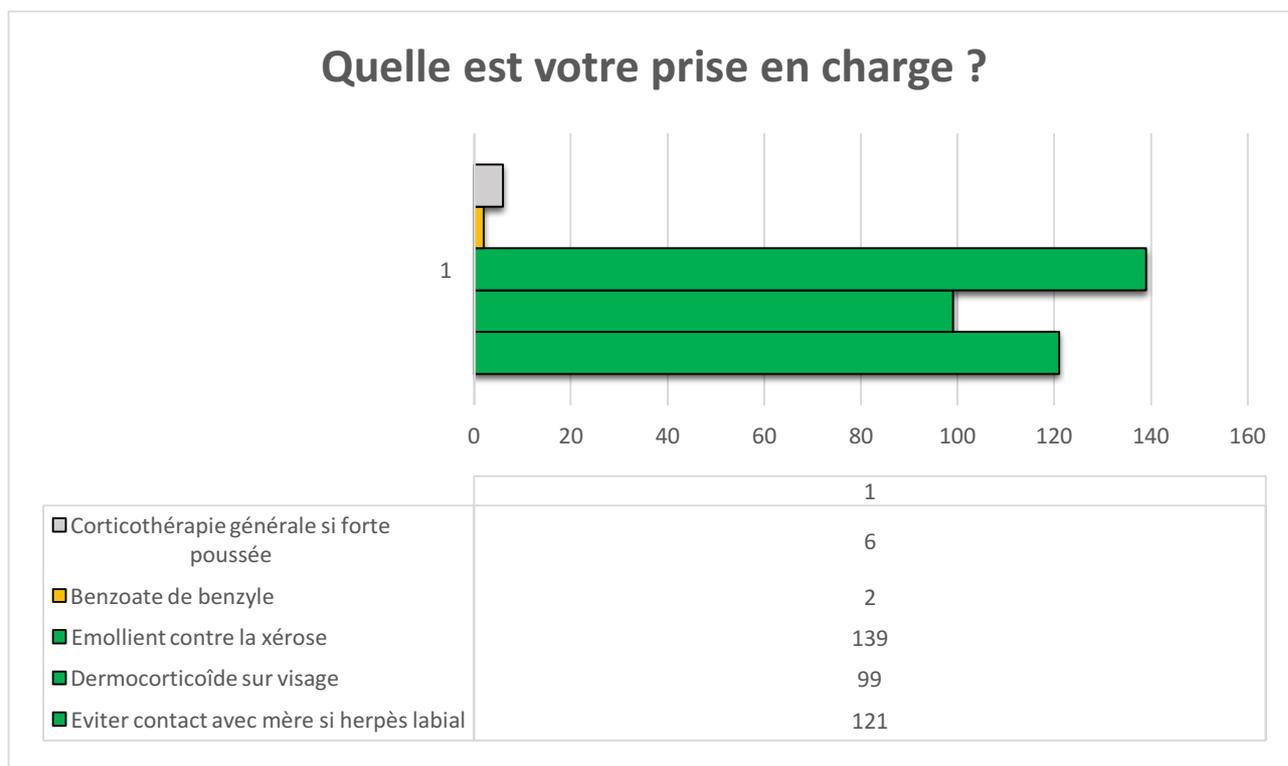


Tableau 5 : Diagnostic cas clinique 3

La bonne réponse était une dermatite atopique.

93,1% des internes (n=135) ont apporté la bonne réponse.



*Tableau 6 : Prise en charge thérapeutique cas clinique 3*

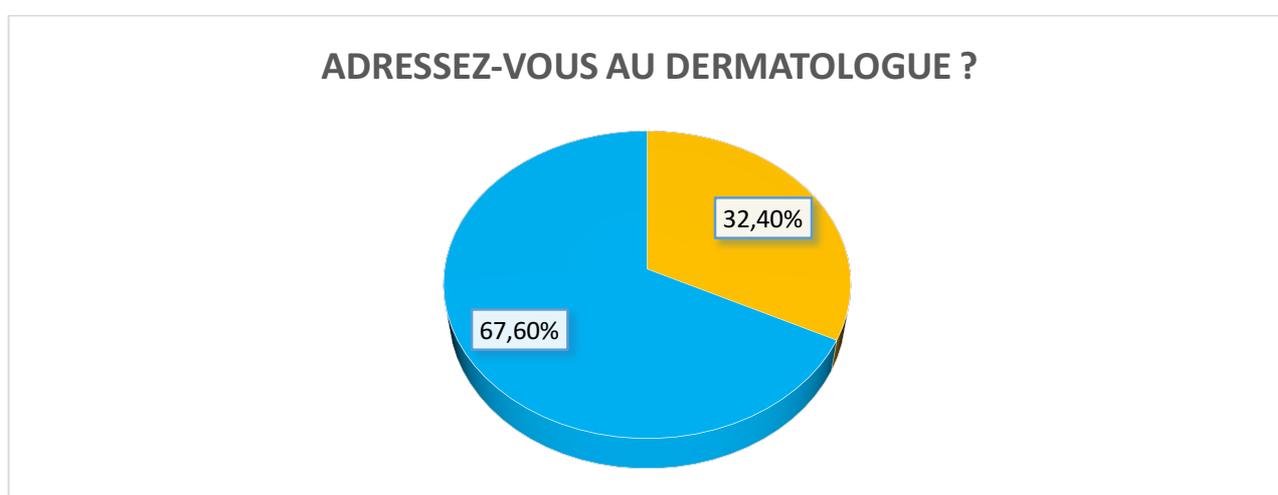
Les bonnes réponses étaient :

3-Application d'émollient contre la xérose (à augmenter en cas de temps froid et sec)

4-Application de dermocorticoïde de puissance adaptée sur les zones inflammatoires notamment sur le visage

5-Eviter le contact direct avec l'enfant en cas d'herpès labial chez la mère.

55,1% des internes (n=80) ont apporté la bonne réponse.



*Figure 18 : Référencement au dermatologue cas clinique 3*

## Cas clinique 4

Il présentait une dermatose faciale inflammatoire et pustuleuse chez un adolescent de 17 ans.



Photo 4 : Acné inflammatoire

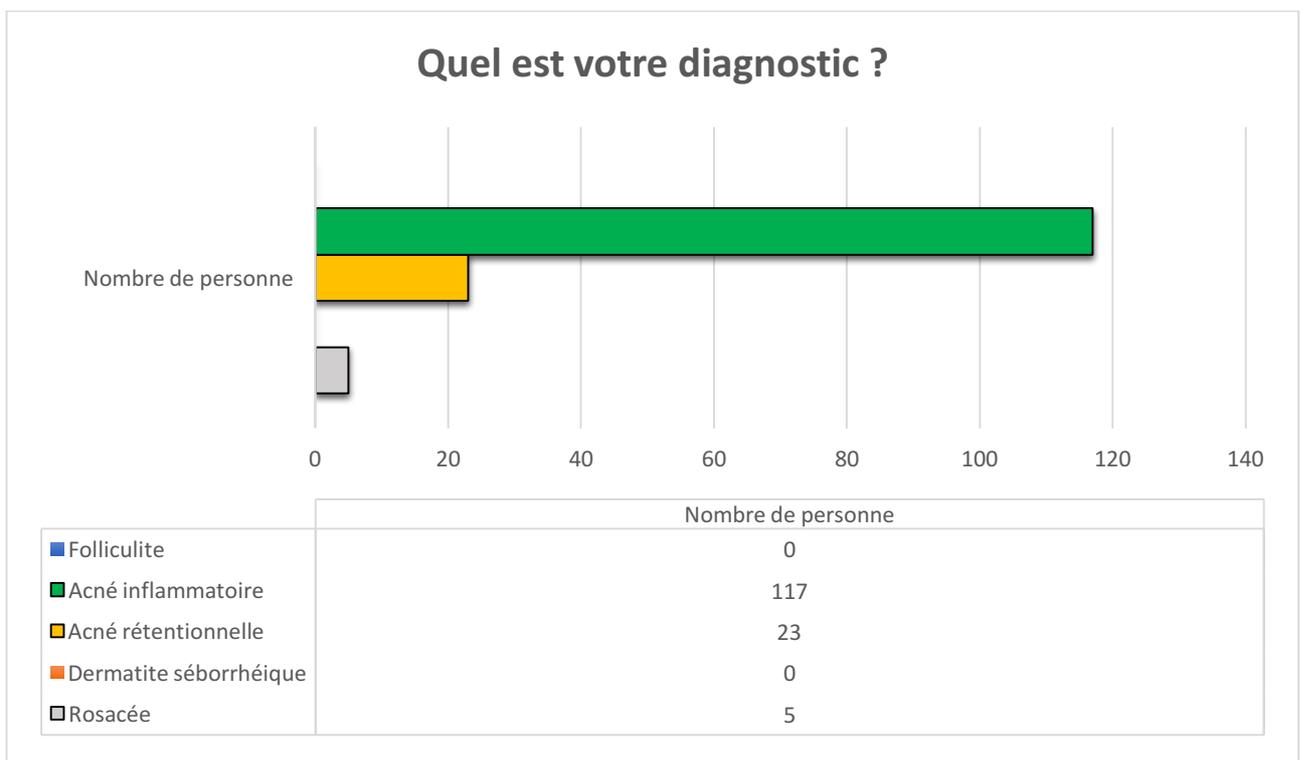


Tableau 7 : Diagnostic cas clinique 4

La bonne réponse était une acné inflammatoire.

80,7% des internes (n=117) ont apporté la bonne réponse.

### Quelle est votre prise en charge ?

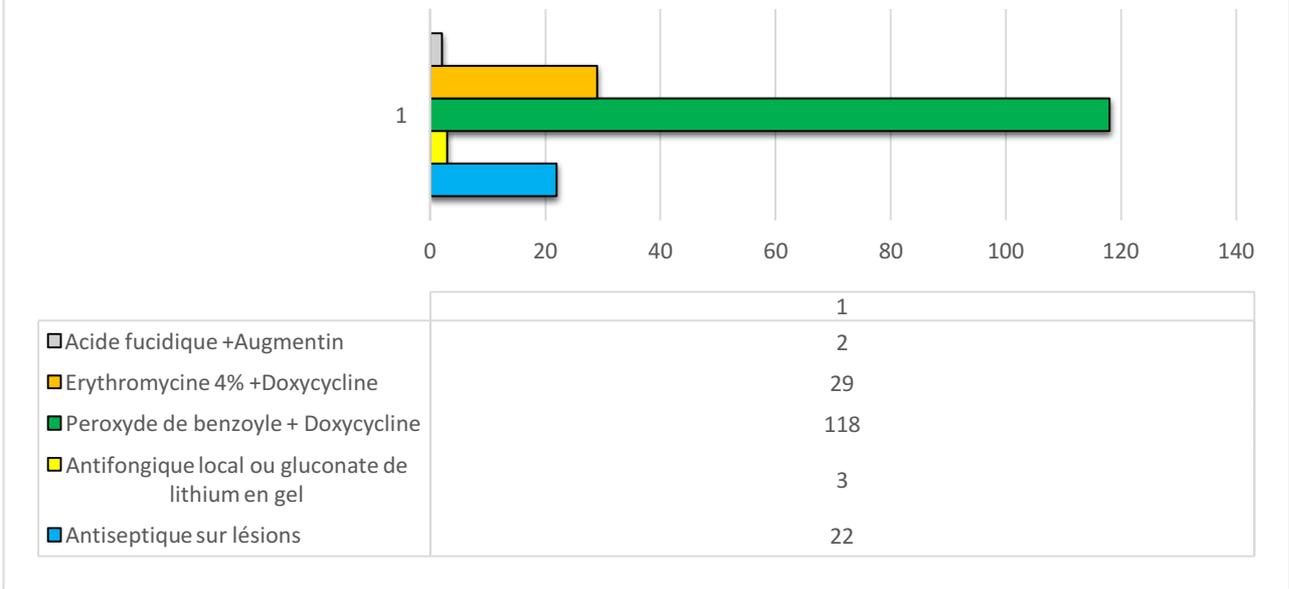


Tableau 8 : Prise en charge thérapeutique cas clinique 4

La bonne réponse était :

3-Traitement local par Peroxyde de benzoyle (ex : CUTACNYL...) + Antibiothérapie générale type Cycline (Doxycycline, TOLEXINE) 100mg/j pendant 3 mois

65,5% des internes (n=118) ont apporté la bonne réponse.

### ADRESSEZ-VOUS AU DERMATOLOGUE ?

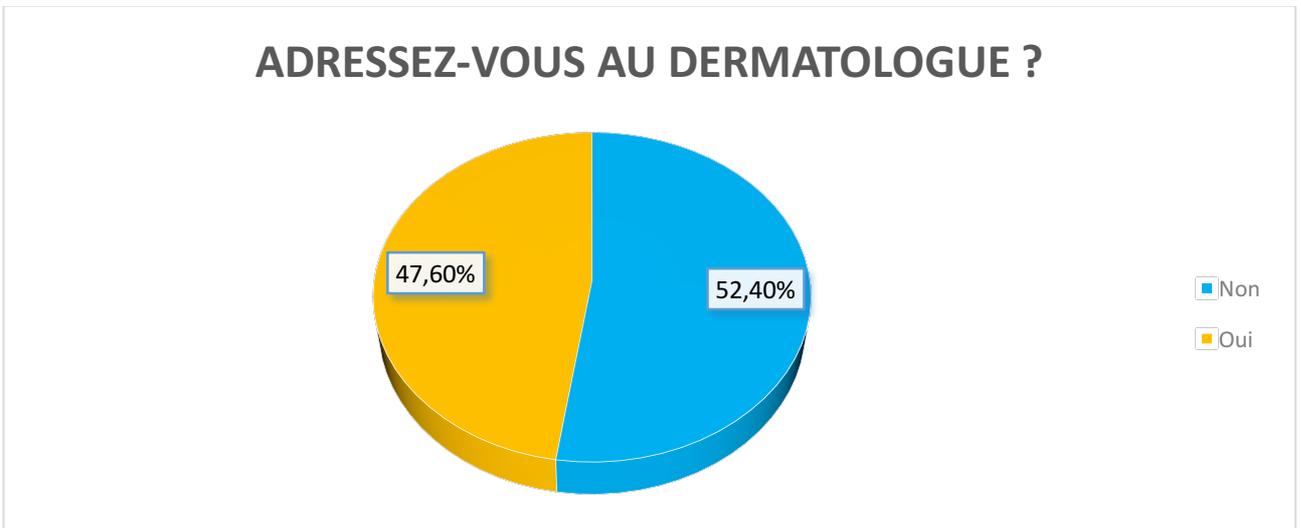


Figure 19 : Référencement au dermatologue cas clinique 4

## Cas clinique 5

Il présentait une dermatose érythémato-squameuse au niveau des coudes et de la région lombo-sacrée chez un homme d'une cinquantaine d'années avec une mauvaise hygiène de vie et un haut niveau de stress.



Photo 5 : Psoriasis

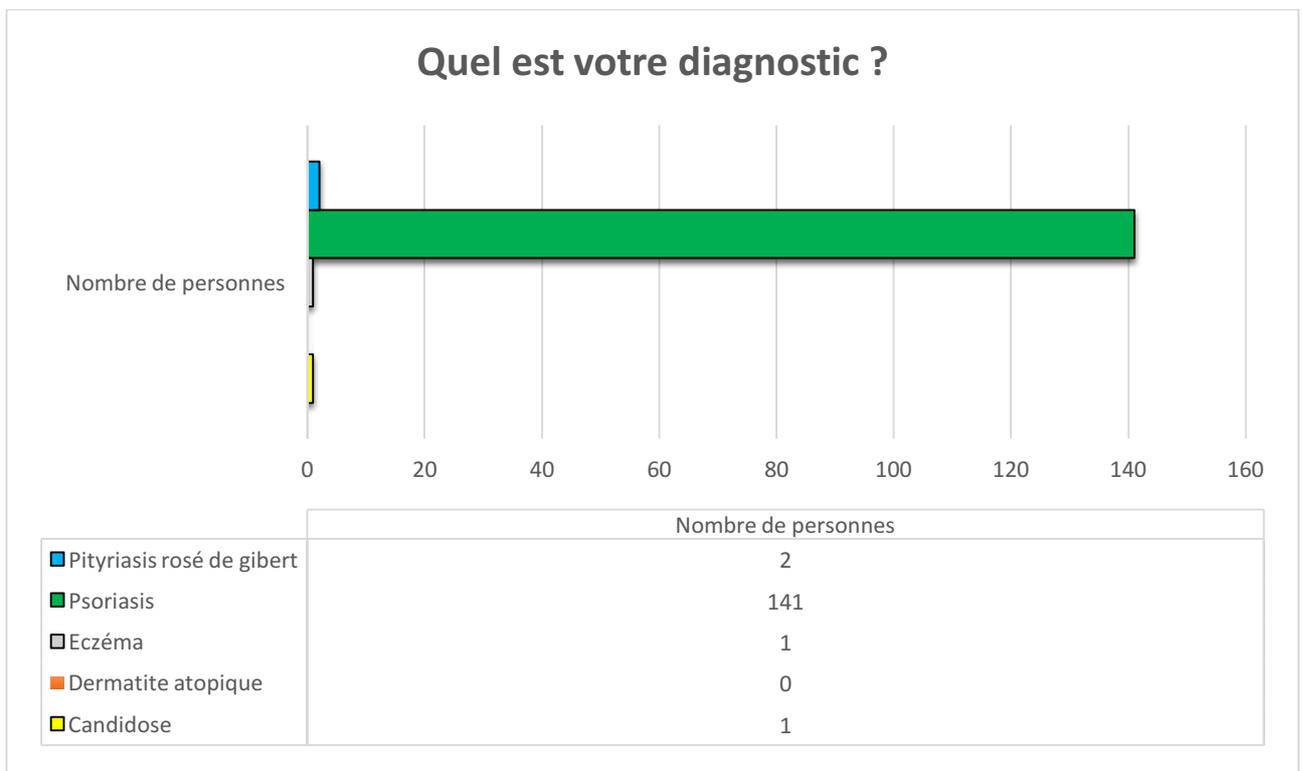
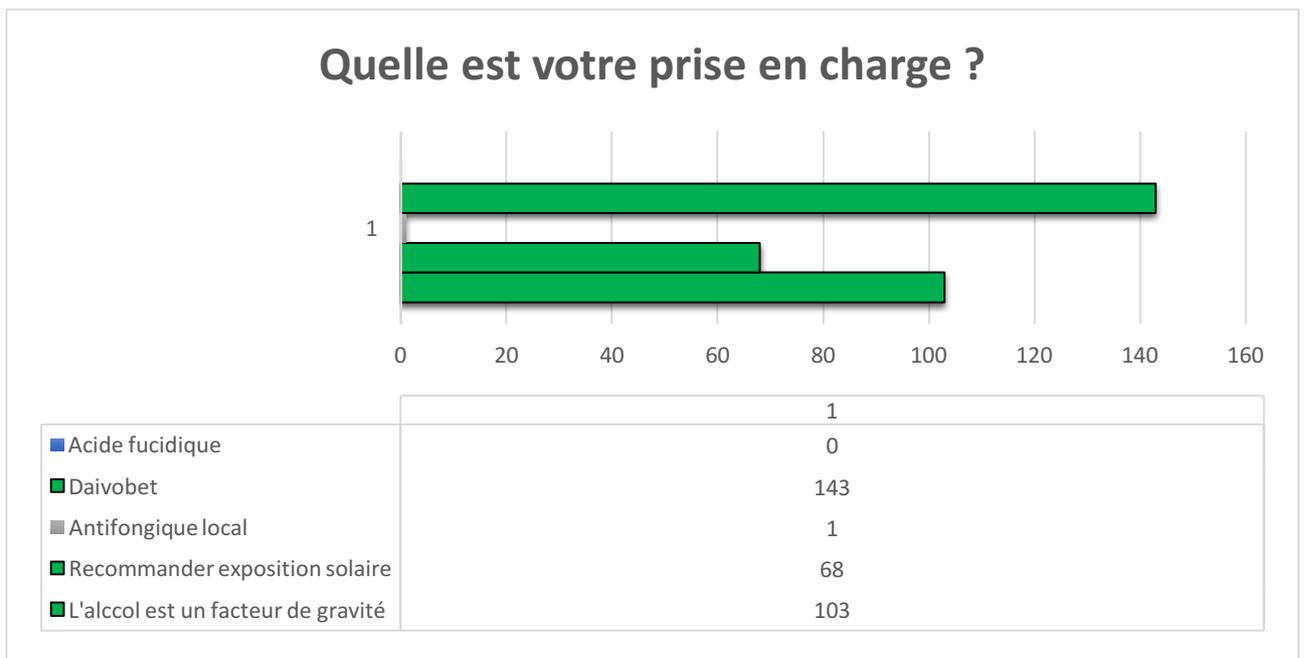


Tableau 9 : Diagnostic cas clinique 5

La bonne réponse était un psoriasis.

97,2 % des internes (n=141) ont apporté la bonne réponse.



*Tableau 10 : Prise en charge thérapeutique cas clinique 5*

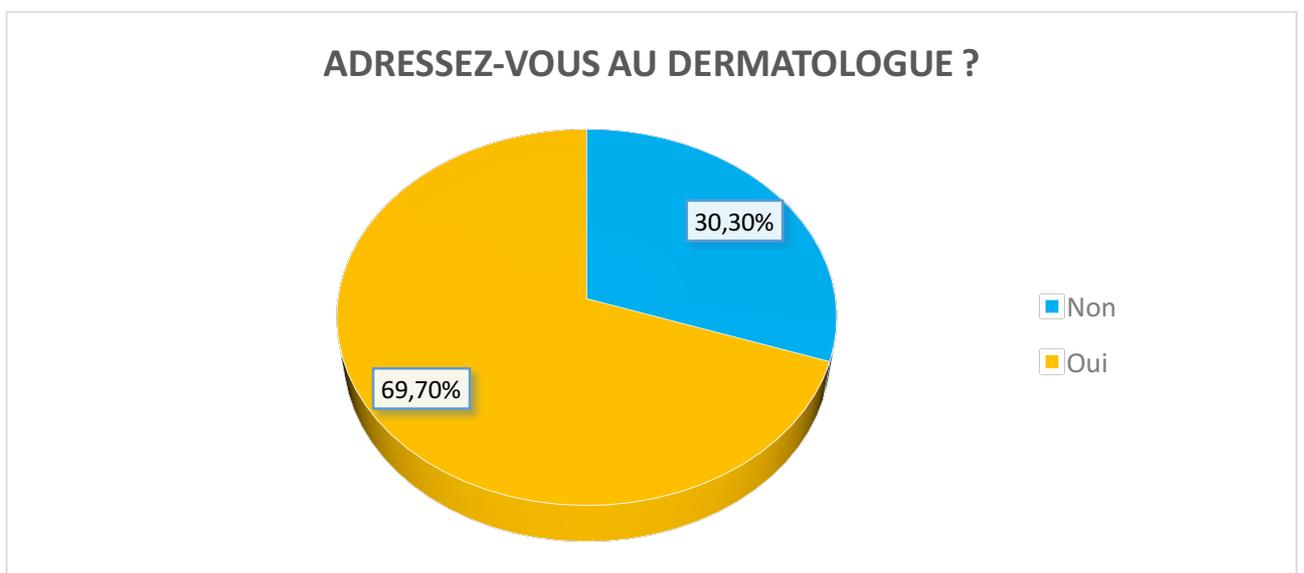
Les bonnes réponses étaient :

2-Application locale d'une association dermocorticoïde + analogue de la vitamine D type DAIVOBET

4-Recommander l'exposition au soleil

5-L'alcool est un facteur de gravité et de résistance thérapeutique de cette maladie

29% des internes (n=42) ont apporté la bonne réponse.



*Figure 20 : Référencement au dermatologue cas clinique 5*

## Cas clinique 6

Il présentait une jeune femme de 32 ans qui consultait pour des lésions annulaires, prurigineuses, migratrices et fugaces apparues depuis 24h.



Photo 6 : Urticaire

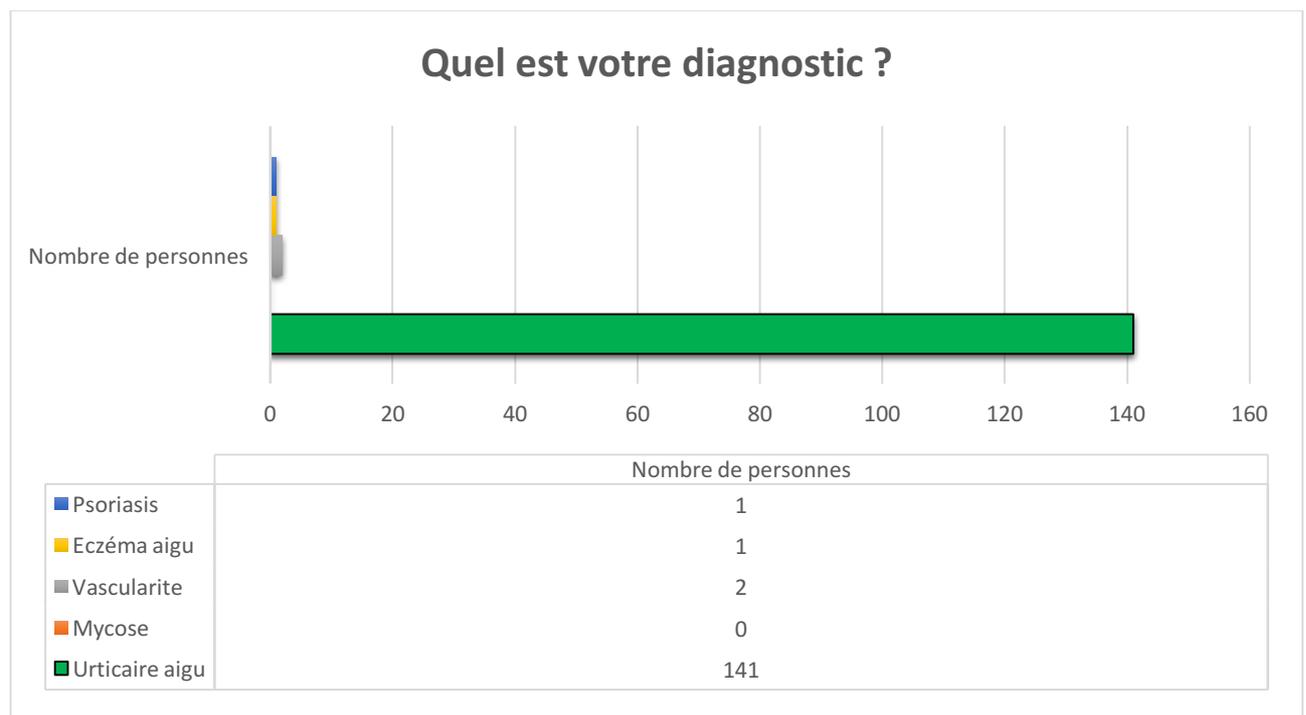


Tableau 11 : Diagnostic cas clinique 6

La bonne réponse était une urticaire aiguë.

97,2 % des internes (n=141) ont apporté la bonne réponse.

## Quelle est votre prise en charge ?

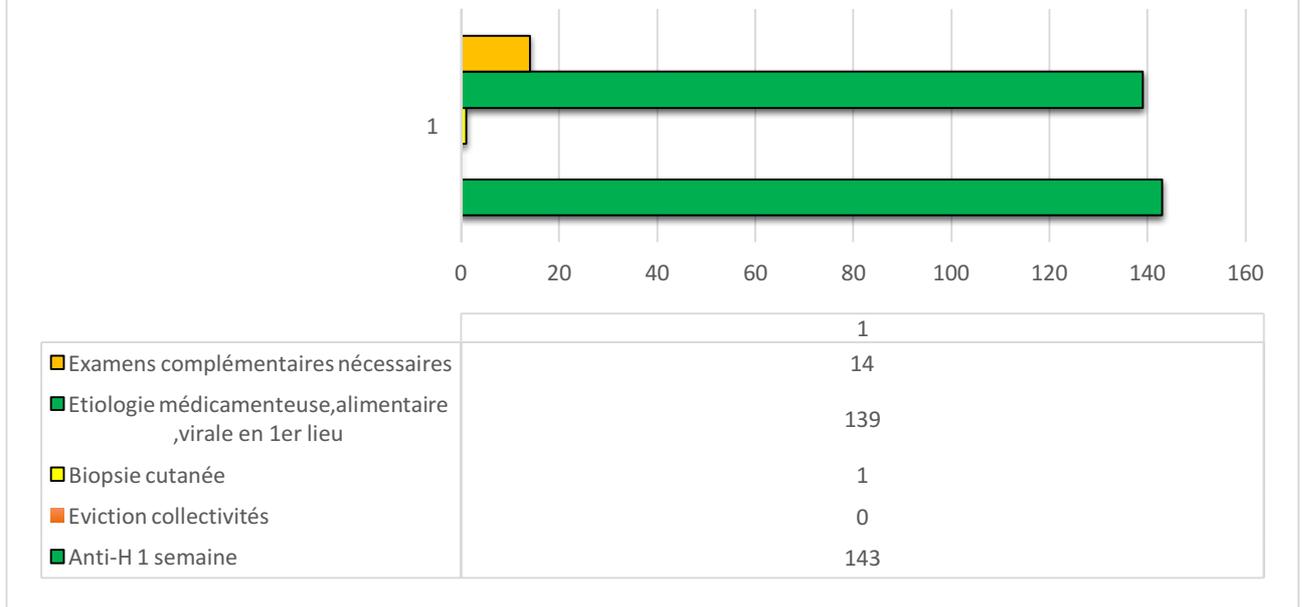


Tableau 12 : Prise en charge thérapeutique cas clinique 6

Les bonnes réponses étaient :

2-On recherchera en premier lieu une étiologie médicamenteuse, alimentaire et virale

5-Traitement symptomatique par anti-H1 pendant 1 semaine

86,2 % des internes (n=125) ont apporté la bonne réponse.

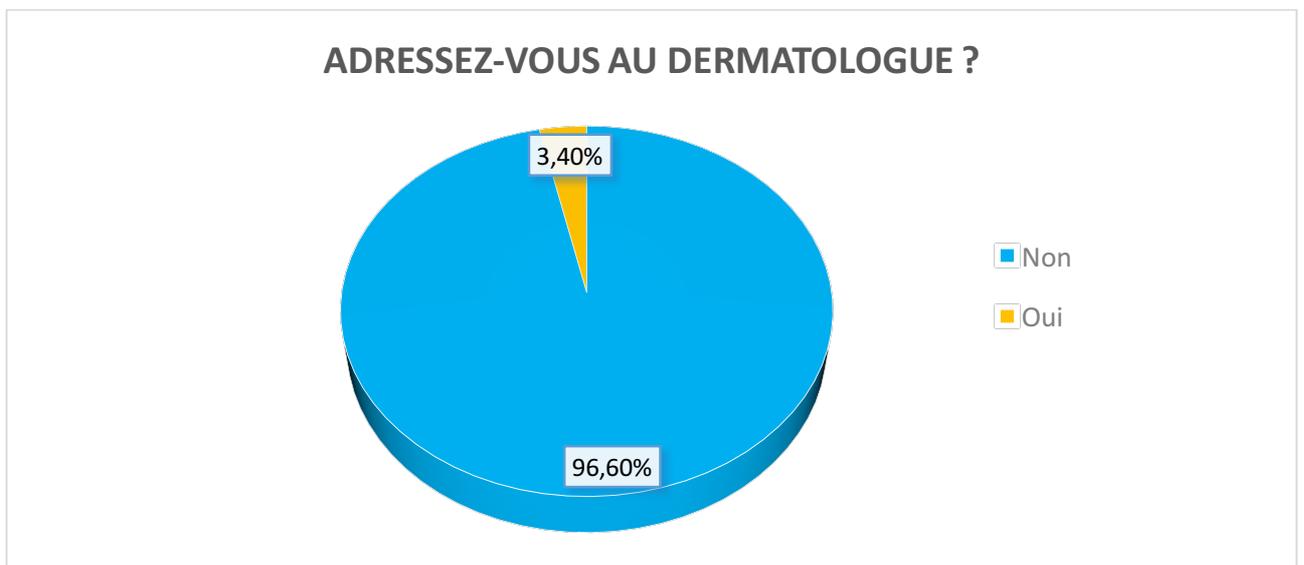


Figure 21 : Référencement au dermatologue cas clinique 6

## Cas clinique 7

Il présentait un jeune marathonien venant consulter pour une lésion prurigineuse évoluant depuis 2 semaines à la face antérieure d'un de ses poignets.



Photo 7 : Dermatophytose

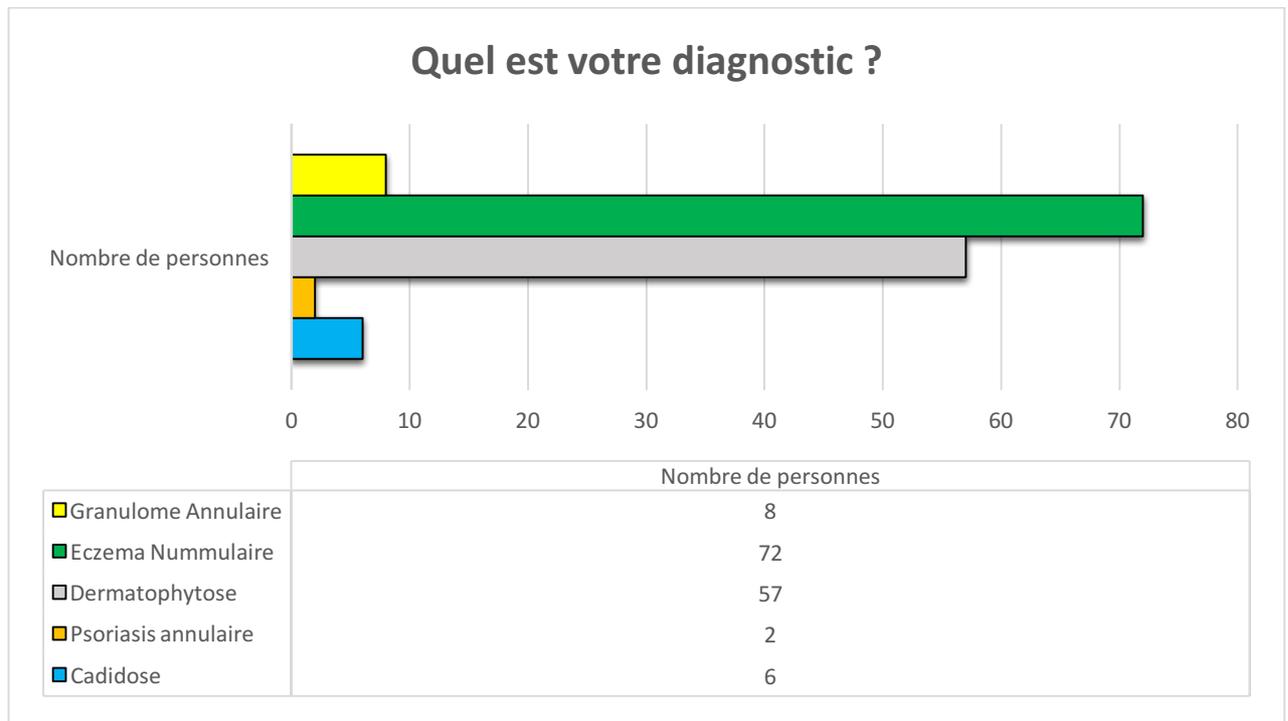
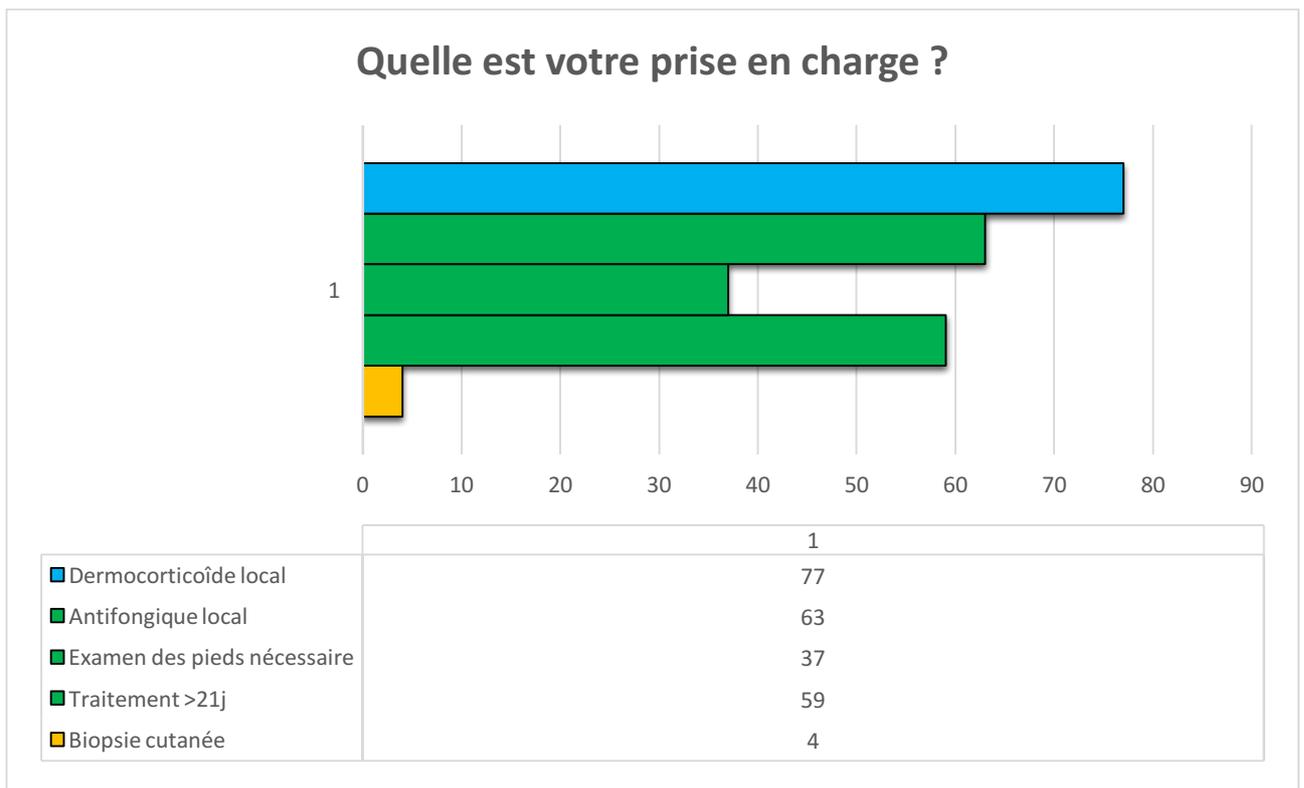


Tableau 13 : Diagnostic cas clinique 7

La bonne réponse était une dermatophytose.

39,3% des internes (n=57) ont apporté la bonne réponse.



*Tableau 14 : Prise en charge thérapeutique cas clinique 7*

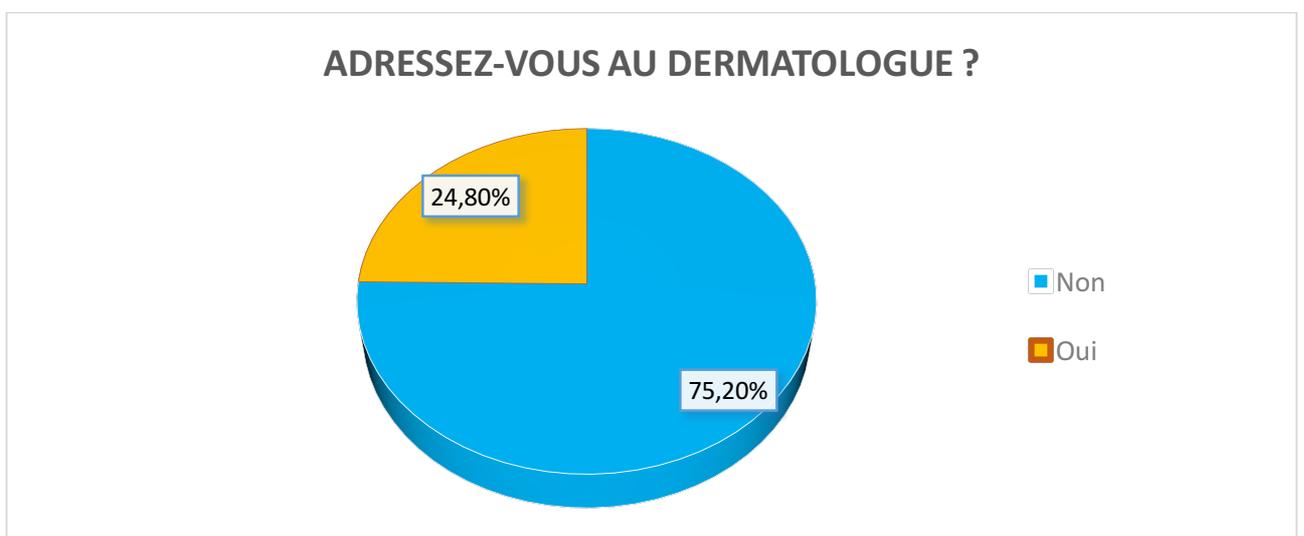
Les bonnes réponses étaient :

2-Application locale d'un antifongique

3-Un examen +/- un traitement des pieds est nécessaire

4-La durée du traitement est de 21 jours minimum

14,5% des internes (n=21) ont apporté la bonne réponse.



*Figure 22 : Référencement au dermatologue cas clinique 7*

## Cas clinique 8

Il présentait un agriculteur de 75 ans présentant une lésion au niveau de l'arête nasale.



Photo 8 : Carcinome Basocellulaire

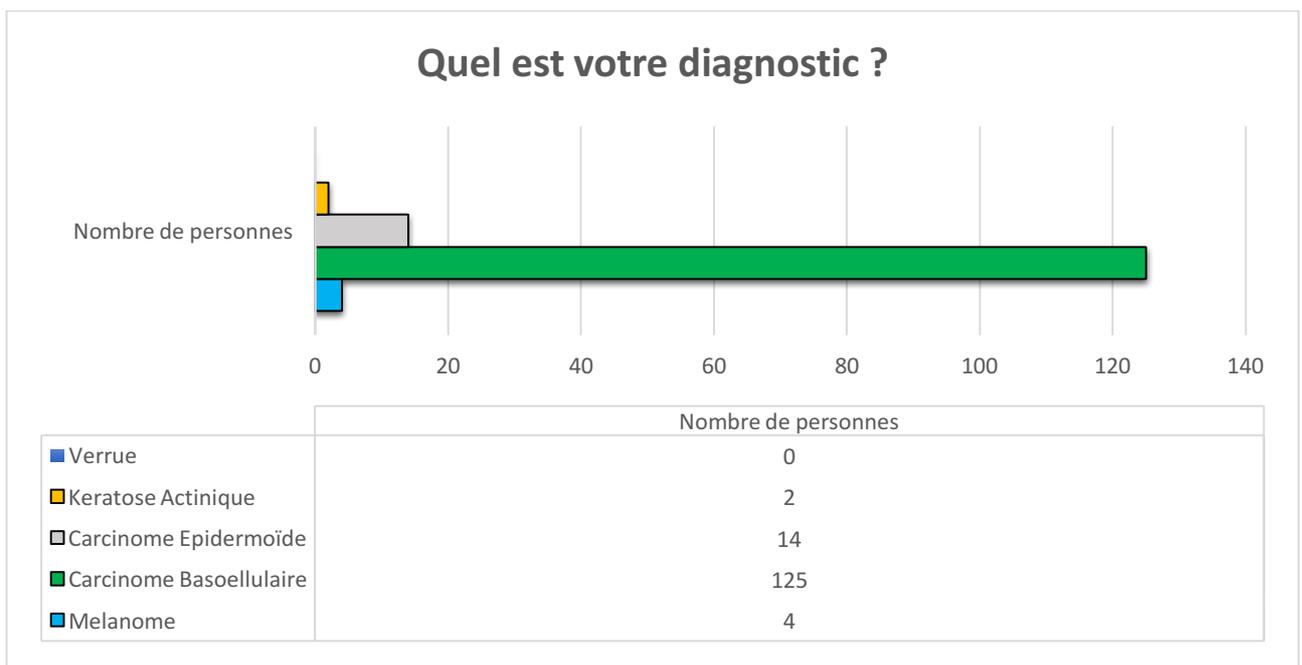
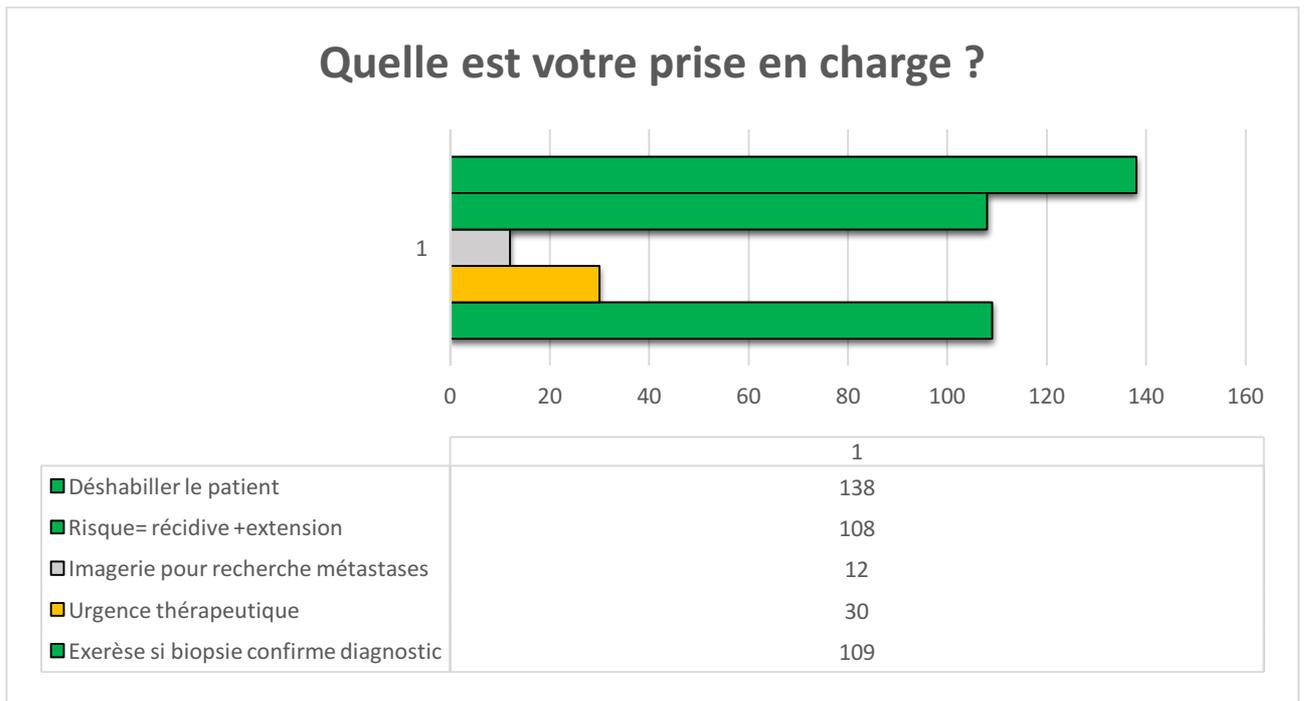


Tableau 15 : Diagnostic cas clinique 8

La bonne réponse était un carcinome basocellulaire.

86,2 % des internes (n=125) ont apporté la bonne réponse.

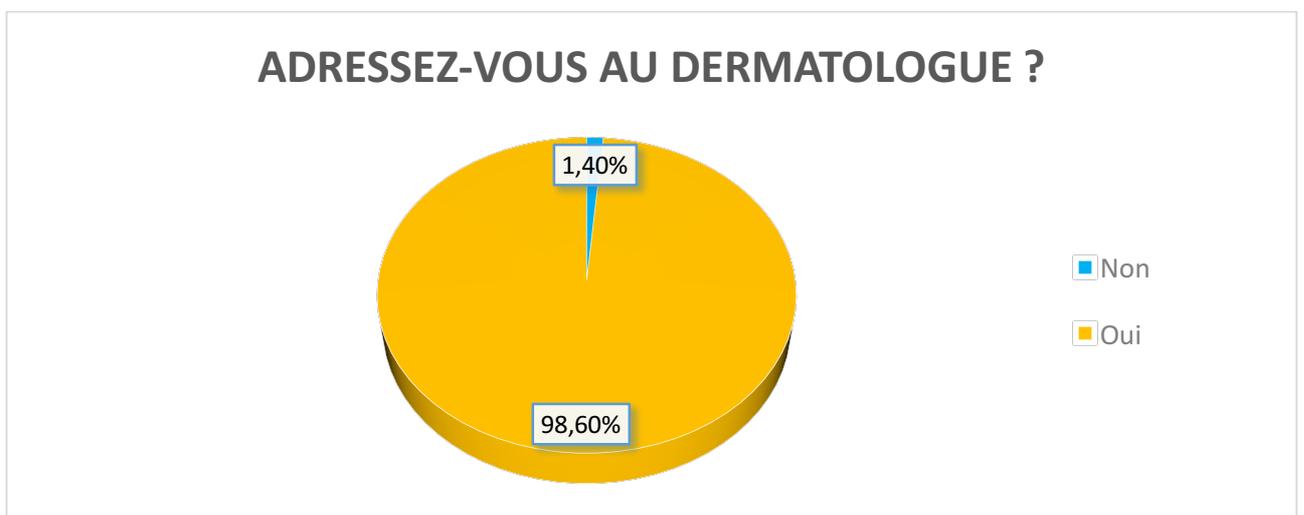


*Tableau 16 : Prise en charge thérapeutique cas clinique 8*

Les bonnes réponses étaient :

- 1- Vous faites se déshabiller le patient à la recherche d'autres localisations.
- 2- Les risques de cette lésion sont la récurrence et l'extension locorégionale
- 5- Une exérèse chirurgicale est à envisager si la biopsie confirme le diagnostic

42,1 % des internes (n=61) ont apporté la bonne réponse.



*Figure 23 : Référencement au dermatologue cas clinique 8*

## Cas clinique 9

Il présentait 5 lésions



1

*Photo 9 : Mélanome malin*



2

*Photo 10 : Mélanome superficiel extensif*



3

*Photo 11 : Naevus*



4

*Photo 12 : Mélanome de Dubreuil*



5

*Photo 13 : Naevus*

## Parmis ces lésions, cocher la/les lésion(s) suspecte(s) de melanome

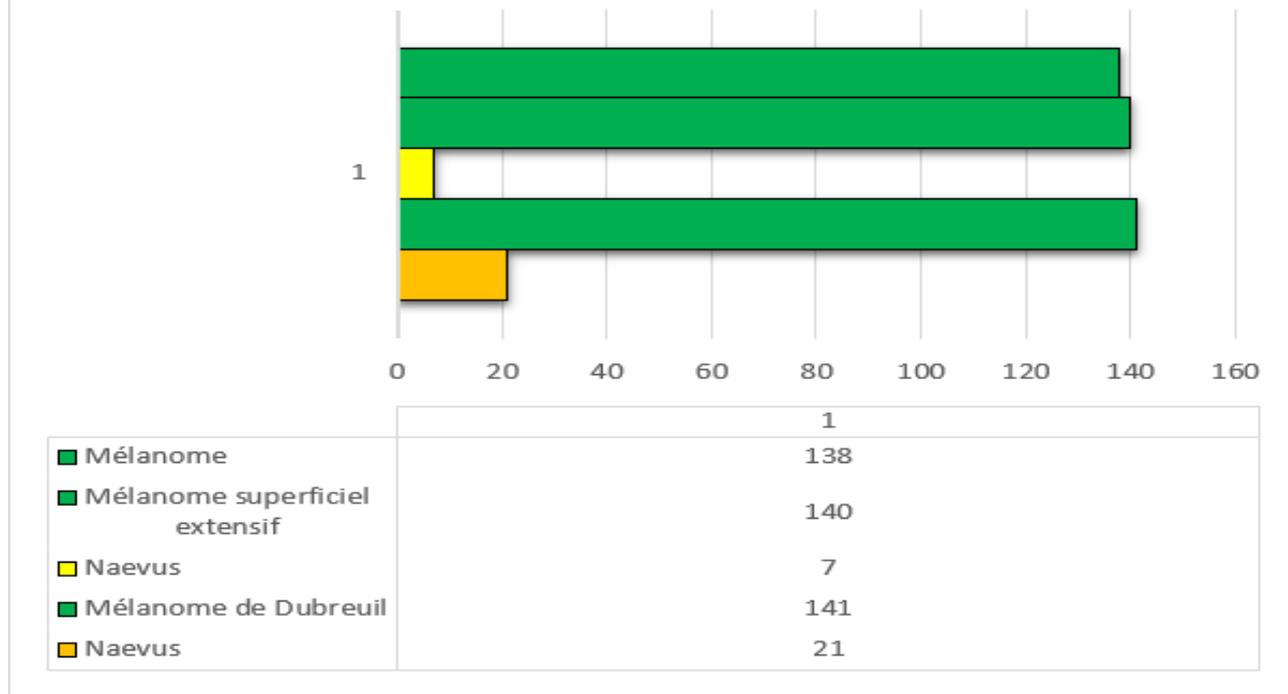


Tableau 17 : Dépistage lésions suspectes de mélanome

Les bonnes réponses étaient les images 1, 2 et 4.

75,1 % des internes (n=109) ont apporté la bonne réponse.

## Cas clinique 10

Il présentait 5 lésions



1 *Photo 14 : Verrue*



2 *Photo 15 : Kératose séborrhéique*



3 *Photo 16 : Carcinome Epidermoïde sur brûlure*



4 *Photo 17 : Carcinome épidermoïde*



5 *Photo 18 : Botriomycome*

## Parmis ces lésions, cocher la/les lésion(s) suspecte(s) de Carcinome épidermoïde

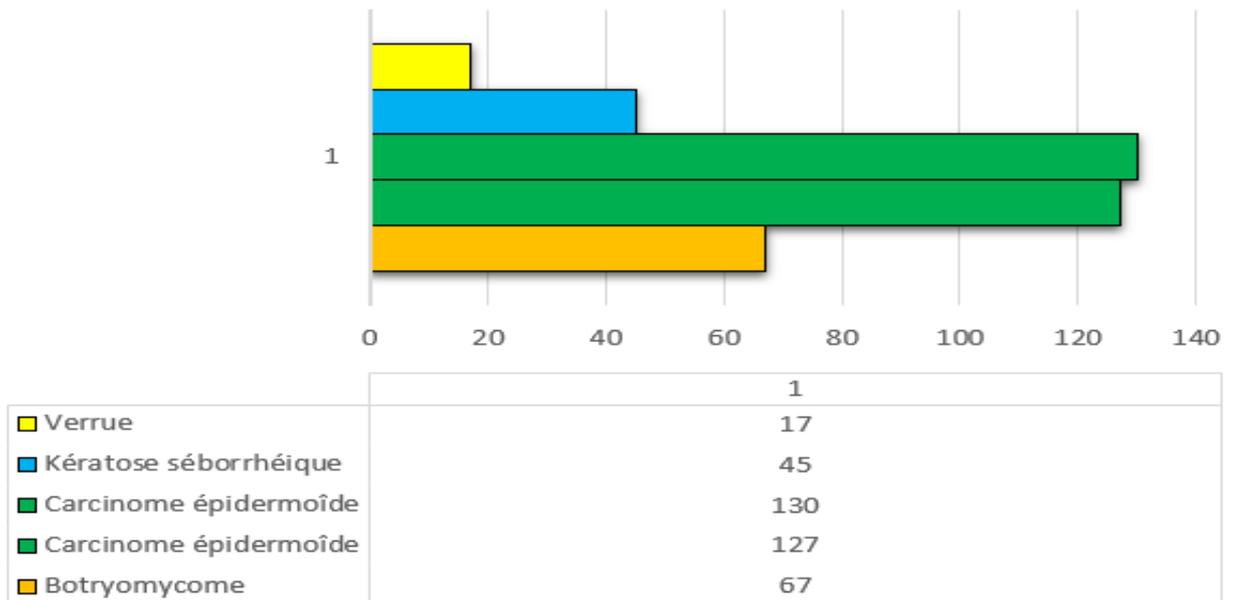


Tableau 18 : Dépistage lésions suspectes de carcinome épidermoïde

Les bonnes réponses étaient les images 3 et 4.

26,9 % des internes (n=39) ont apporté la bonne réponse.

## F. ANALYSE DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

### 1) Population générale

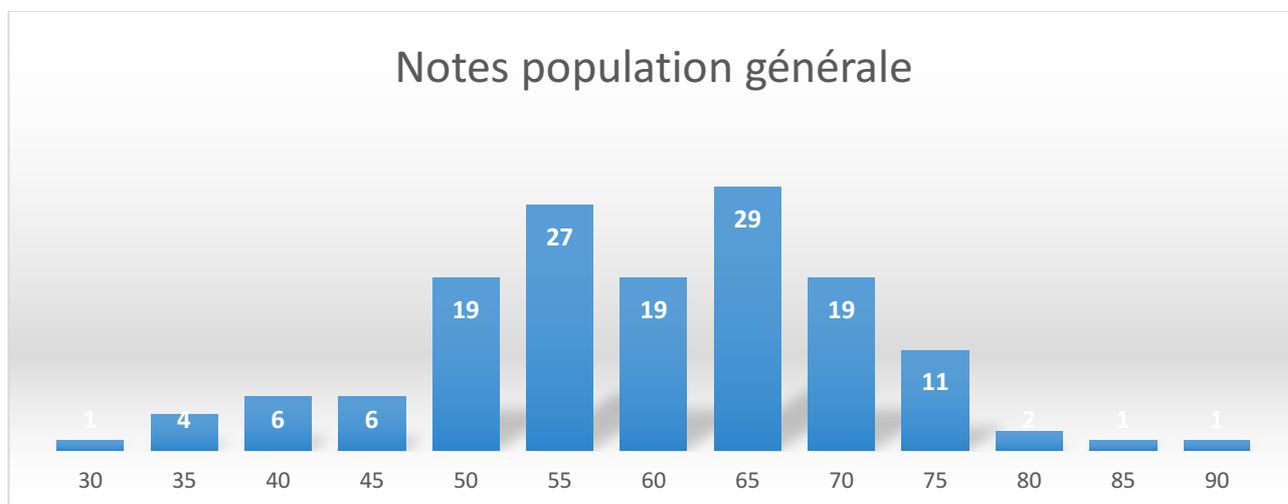


Figure 24 : Notes obtenues au questionnaire

Les notes obtenues allaient de 30/100 à 90/100.

La moyenne générale était à 59,5/100.

20% des internes (n=29) ont obtenu une note équivalente à 65/100.

85,5% des internes (n=124) ont obtenu une note entre 50 et 75/100.

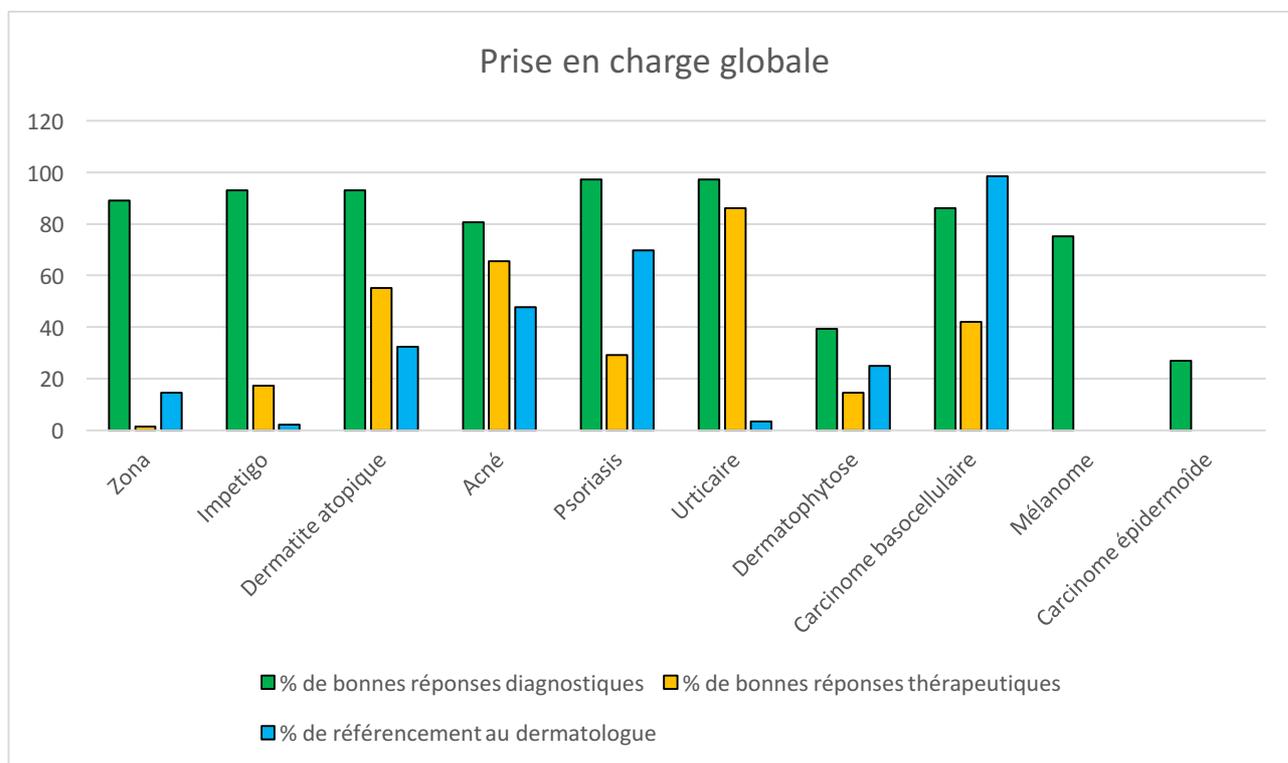


Figure 25 : Prise en charge globale du questionnaire

## 2) Statut professionnel

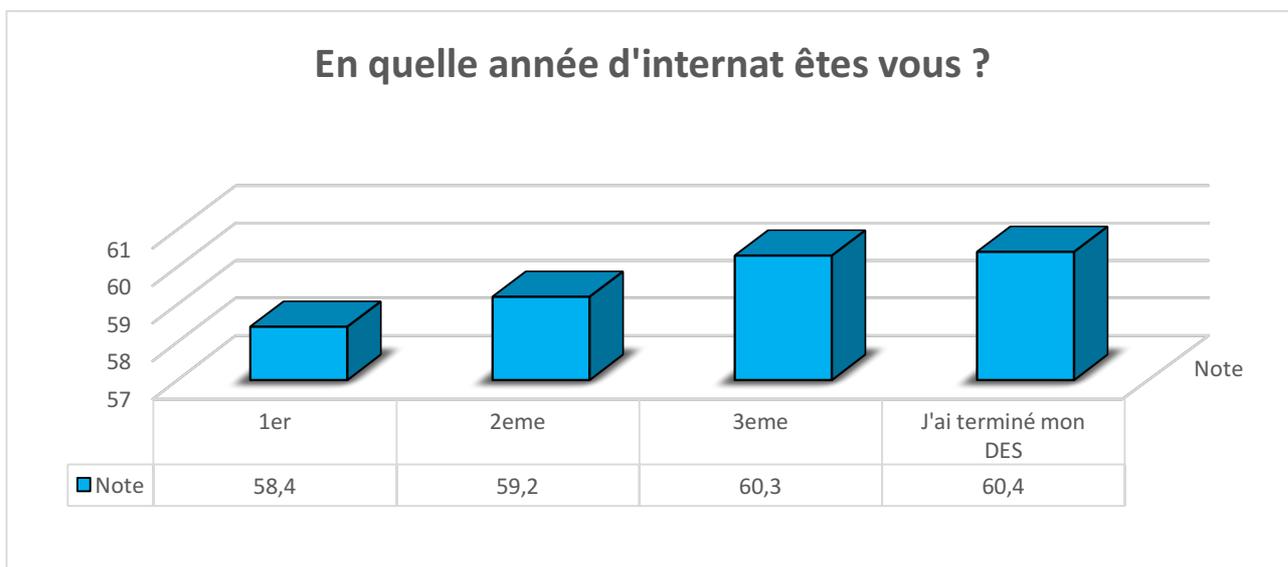


Figure 26 : Notes obtenues selon l'année d'étude

La note moyenne des internes en 1<sup>ère</sup> année de DES (n=38) était de 58,4/100.

La note moyenne des internes en 2<sup>ème</sup> année de DES (n=39) était de 59,2/100.

La note moyenne des internes en 3<sup>ème</sup> année de DES (n=54) était de 60,3/100.

La note moyenne des internes ayant terminé leur DES (n=14) était de 60,4/100.

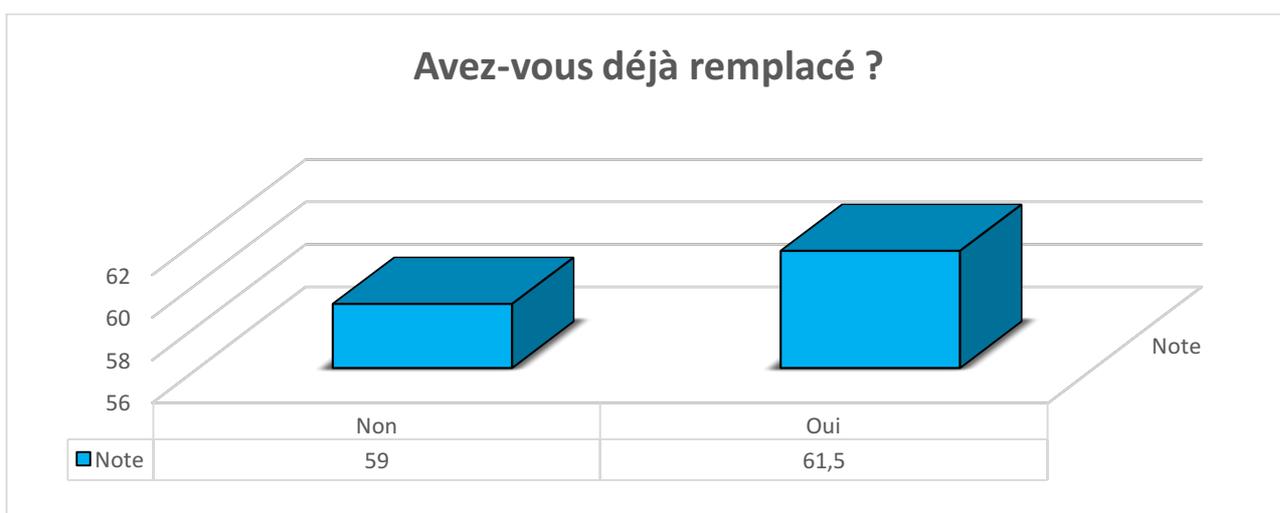


Figure 27 : Notes obtenues selon remplacement

Les internes n'ayant jamais remplacé (n=101) ont obtenu une note moyenne de 59/100.

Les internes ayant déjà remplacé (n=44) ont obtenu une note moyenne de 61,5/100

### 3) Formation en dermatologie

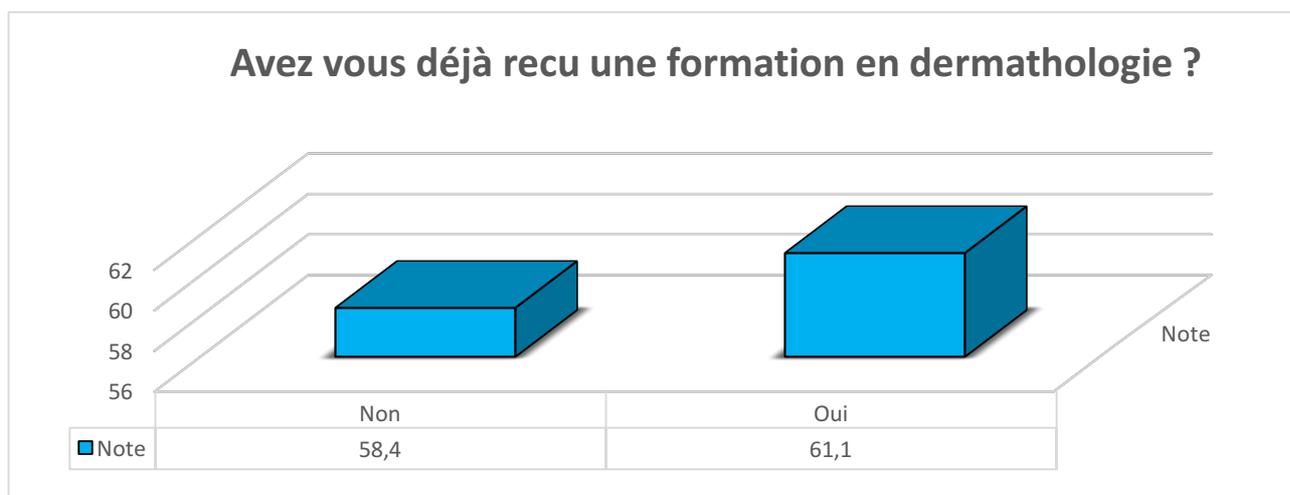


Figure 28 : Notes obtenues selon formation

Les internes n'ayant pas reçu de formation en dermatologie (n=83) ont obtenu une note moyenne de 58,4/100.

Les internes ayant reçu une formation en dermatologie (n=62) ont obtenu une note moyenne de 61,1/100.

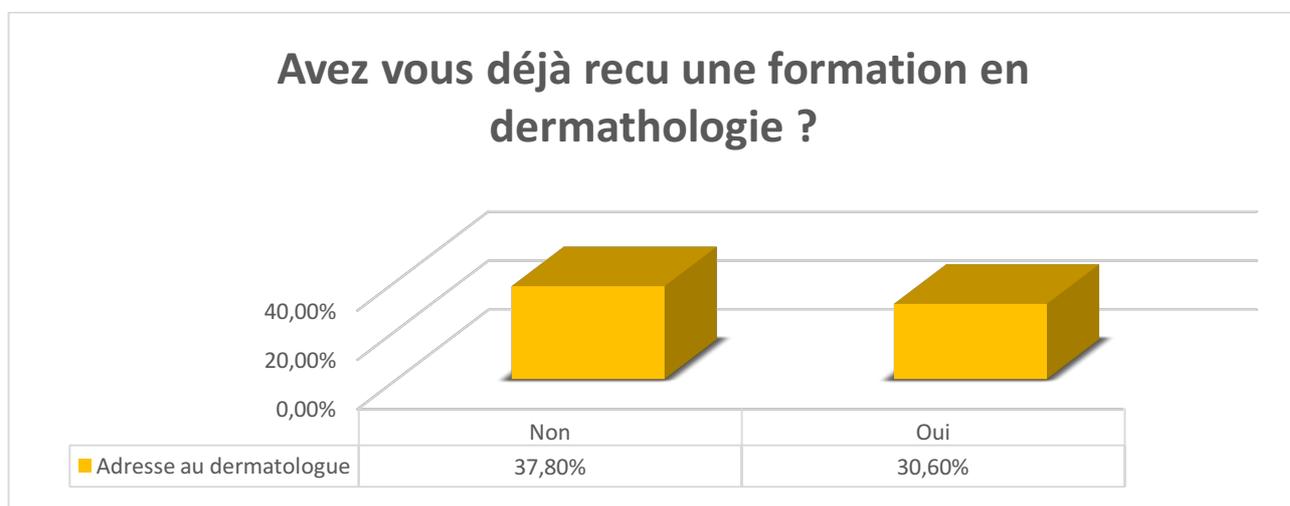
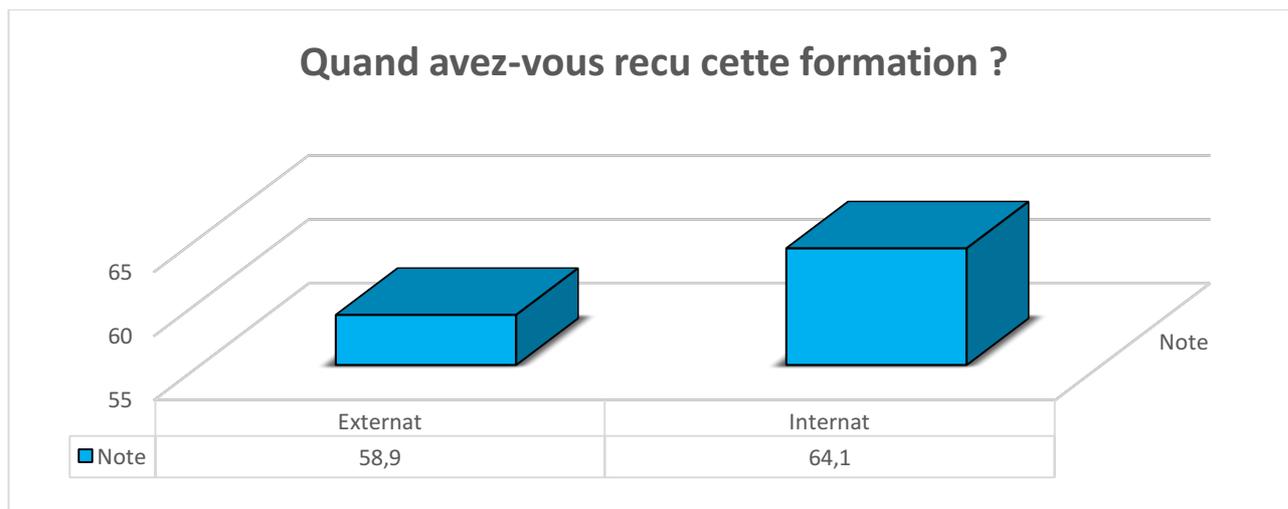


Figure 29 : Référencement au dermatologue selon formation

Les internes n'ayant pas reçu de formation en dermatologie (n=83) adressaient leurs patients au dermatologue dans 37,8 % des cas.

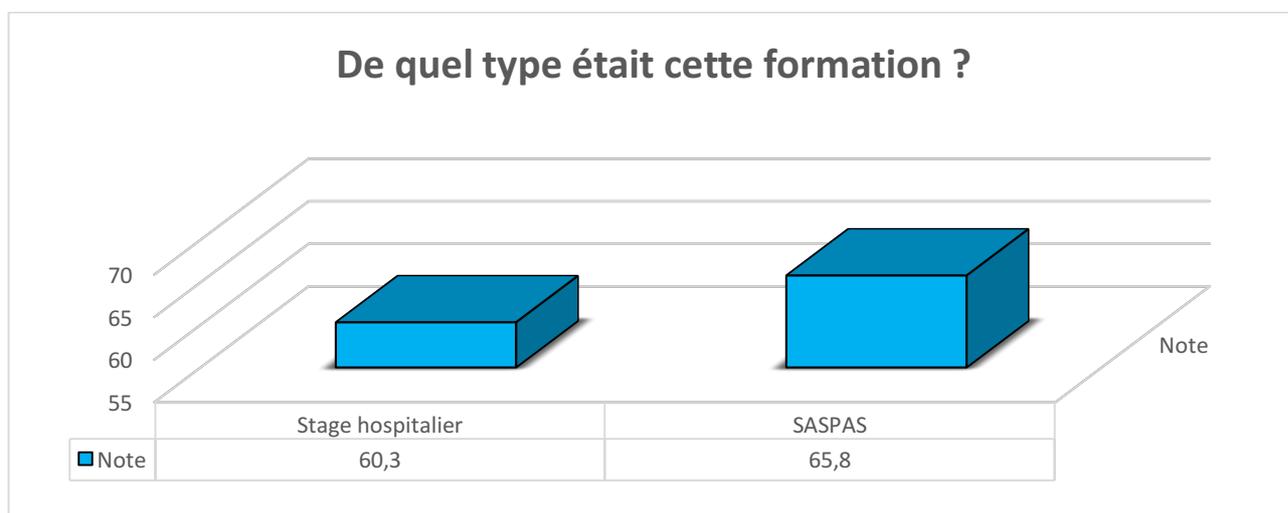
Les internes ayant reçu une formation en dermatologie (n=62) adressaient leurs patients au dermatologue dans 30,6 % des cas.



*Figure 30 : Notes obtenues selon période de formation*

Les internes ayant reçu leur formation en dermatologie durant l'externat uniquement (n=40) ont obtenu une note moyenne de 58,9/100.

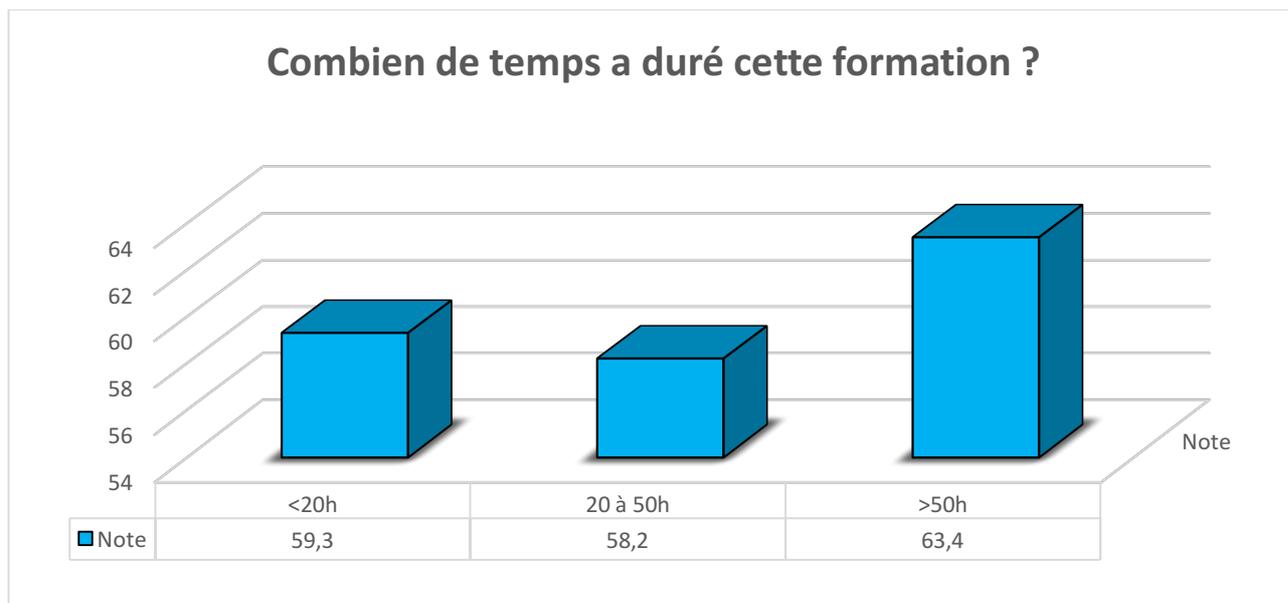
Les internes ayant reçu leur formation en dermatologie durant l'internat uniquement (n=17) ont obtenu une note moyenne de 64,1/100.



*Figure 31 : Notes obtenues selon type de formation*

Les internes ayant reçu une formation de type stage hospitalier uniquement (n=33) ont obtenu une note moyenne de 60,3/100.

Les internes ayant reçu une formation de type SASPAS uniquement (n=13) ont obtenu une note moyenne de 65,8/100.



*Figure 32 : Notes obtenues selon durée de formation*

Les internes ayant reçu une formation de moins de 20h (n=14) ont obtenu une note moyenne de 59,3/100.

Les internes ayant reçu une formation d'une durée comprise entre 20h et 50h (n=17) ont obtenu une note moyenne de 58,2/100.

Les internes ayant reçu une formation de plus de 50h (n=31) ont obtenu une note moyenne de 63,4/100.

## G. INTERET DU QUESTIONNAIRE

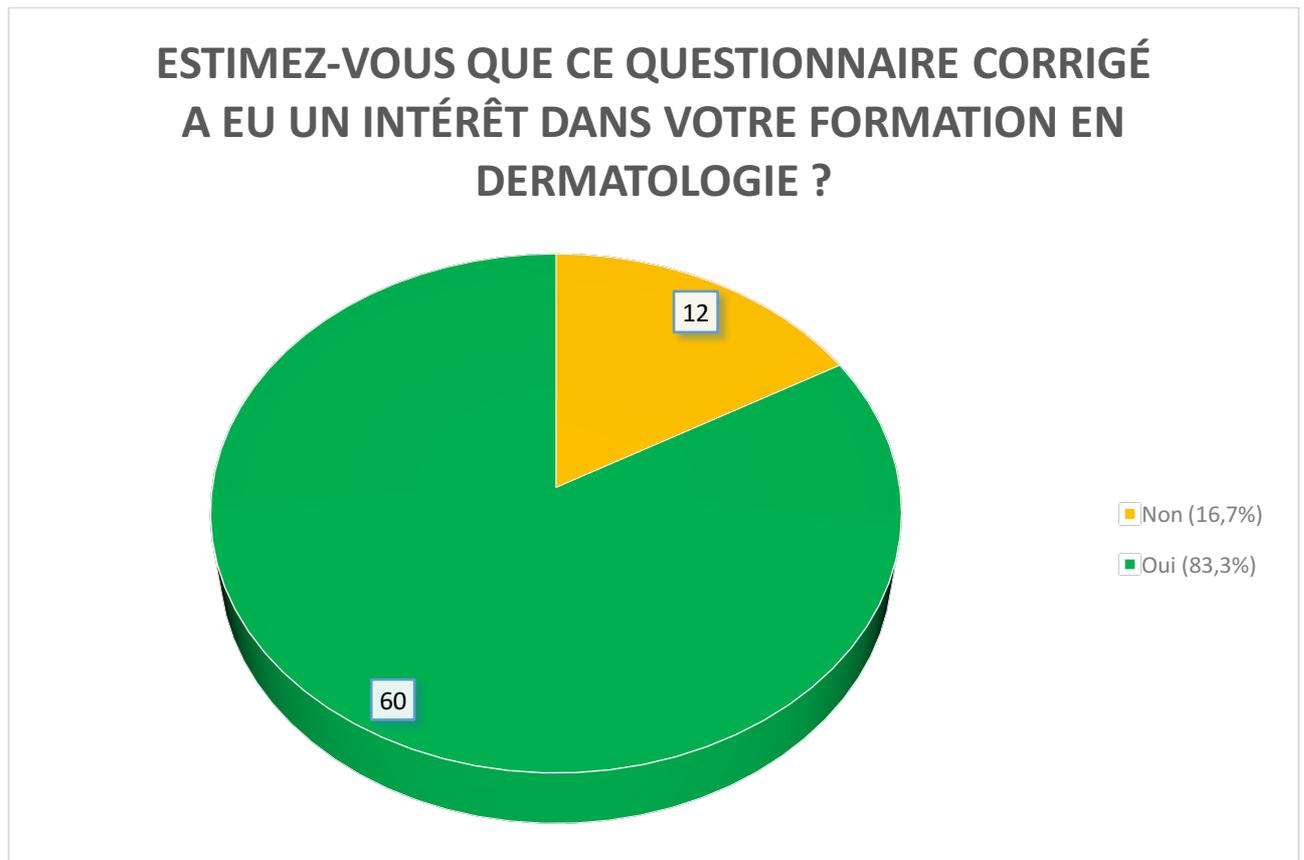


Figure 33 : Intérêt d'autoformation estimé du questionnaire

Sur les 145 répondants au questionnaire, 72 ont répondu à cette dernière question soit un taux de participation de 49,6%.

83,3% (n=60) estimaient avoir eu un intérêt d'autoformation en dermatologie à répondre à ce questionnaire corrigé.

16,7% (n=12) n'estimaient pas avoir eu un intérêt d'autoformation en dermatologie à répondre à ce questionnaire corrigé.

## IV. DISCUSSION

### A. INFORMATIONS GENERALES SUR LA POPULATION

Les questionnements posés dans ce mémoire semblent intéresser au vu du taux de réponse de 30,5 %, équivalent à celui obtenu dans une autre enquête menée sur le psoriasis auprès des internes à Paris (35). Néanmoins, nous avons constaté un taux de réponse moindre de la part des IMG ayant terminé leurs semestres de DES (uniquement 28 réponses, 14 après exclusion). Une des explications tient au fait que le questionnaire leur ait été adressé via une page Facebook. Ils devaient peut-être se sentir moins concernés par l'étude que s'ils l'avaient reçu directement sur leur boîte mail personnelle comme les internes contactés via la mailing list du SILR. De plus, une seule relance a été effectuée. Il est difficile d'estimer un taux de réponse car ce groupe « Solidarité SOS sujet thèse » est composé d'internes et de médecins de toutes spécialités confondues. Par ailleurs, nous notons une proportion de femmes répondantes (68%) à notre enquête supérieure au sex-ratio de la promotion 2017 de médecine générale (62,1% de femmes) (37). Cela témoigne du plus grand intérêt qu'ont les femmes pour la dermatologie. En effet, le pourcentage de femmes au sein de la promotion 2017 en dermatologie dépasse 75% (37). Un autre point notable est l'âge de nos répondants. Si les participants ont entre 23 ans à plus de 35 ans, les 2/3 des répondants avait entre 25 et 27 ans.

Le questionnaire ayant été envoyé le 24 avril 2018 et les réponses ayant été acceptées jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2018, les répondants pouvaient être en fin de 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> semestre pour les réponses les plus rapides ou en début de 2<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> semestre pour les réponses les plus tardives. La même proportion d'internes était en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> année de DES soit environ 26% chacune. On a observé un pic de réponses chez les internes de 3<sup>e</sup> année de DES avec environ 37% des répondants et une moindre proportion d'internes ayant terminé leur DES avec environ 10% des répondants.

Comme le stage ambulatoire de niveau 1 chez le praticien, obligatoire dans la maquette de médecine générale, se déroule au cours de la 2<sup>e</sup> année d'internat à Montpellier, nous pensons qu'au moins la moitié des répondants à notre enquête s'était familiarisé à la dermatologie durant ce stage. De plus, 31 % d'entre eux ont déjà fait des remplacements de médecine générale. On peut supposer qu'au moins ceux-là ont déjà été confrontés lors de leurs consultations à des dermatoses du fait de leur prévalence importante dans la population générale. Par ailleurs, les

internes répondants n'ont pas tous bénéficié de la même formation en dermatologie. En effet, seulement 43% des répondants avaient reçu une formation en dermatologie en plus de la formation théorique reçue par tous. Le polycopié national de dermatologie était considéré comme la référence de la formation théorique reçue par tous car considéré comme référence pour les Epreuves Nationales Classantes dans cette spécialité. Toutefois, il faut prendre en considération que tous les étudiants de DCEM ne se rendent pas en cours magistral et que les cours magistraux diffèrent d'une faculté de médecine à l'autre (36). En conséquence, il semble difficile de statuer de la formation théorique réelle de chaque étudiant et ainsi de pouvoir les comparer. Cette proportion de formation reste très faible compte tenu de la fréquence des dermatoses en consultation de médecine générale (5)(6). Parmi ces étudiants ayant reçu une formation complémentaire en dermatologie, la majorité soit 64,5% l'ont reçu durant l'externat, 27,4% durant l'internat et le reste soit 5 étudiants ont reçu une formation durant l'externat et l'internat. Pour la plupart d'entre eux (66,1%), cette formation a eu lieu dans le cadre d'un stage hospitalier et pour 29% d'entre eux, s'est passée dans le cadre d'un stage ambulatoire de type SASPAS. Quelques étudiants avaient reçu cette formation dans le cadre de séminaires, d'une formation médicale continue ou de cours en ligne avec photothèque. A partir de ces résultats, nous pouvons constater qu'aucun répondant n'a accompagné les consultations d'un dermatologue dans le cadre d'un stage de consultation, faisant pourtant partie des propositions de nombreux médecins généralistes pour améliorer la formation en dermatologie (8). La durée de formation n'était, à priori, pas un frein à cette formation car pour la moitié des étudiants, elle avait duré plus de 50h.

Une question intéressante était de connaître l'utilité ressentie par l'étudiant de cette formation complémentaire. 92% des répondants ayant reçu une formation en dermatologie l'avait jugée utile pour leur pratique médicale. Pour près de la moitié d'entre eux (45%), comme pour d'autres médecins généralistes interrogés (8), la formation était utile car elle apportait un côté pratique à cette discipline décrite comme clinique et visuelle et permettait ainsi de prendre en charge de vraies lésions et non des photos tirées de livres. En accord avec l'étude de Vanessa Bureaux (8), certains répondants ont jugé cette formation utile dans la mesure où d'une part elle permet incontestablement d'acquérir de l'expérience et d'autre part la dermatologie est très fréquente dans la pratique de la médecine générale. Un répondant a jugé précieux le « compagnonnage » engendré avec le dermatologue durant son SASPAS, lui permettant ainsi de s'y référer plus facilement. Toutefois, certains répondants ont estimé cette formation inutile, arguant le caractère trop lointain de cette formation durant l'externat ainsi que le caractère

inadapté à la médecine générale d'une formation hospitalière surspécialisée ou son caractère insuffisant. D'autre part, il est alors intéressant de remarquer que parmi les répondants formés, bien que peu nombreux, la plupart ont reçu une formation hospitalière qui plus est durant l'externat, jugée comme trop lointaine ou mal adaptée à la pratique de la médecine générale (8).

## B. EVALUATION DES BESOINS EN FORMATION

L'un des objectifs de ce travail était d'évaluer les besoins en formation en dermatologie des internes de médecine générale du Languedoc Roussillon.

Les IMG du LR semblent intéressés par la dermatologie puisque, même si la moitié y porte un intérêt moyen, 33,8% des internes répondants aiment beaucoup et 7,6% aiment énormément cette discipline. Cependant, même si la dermatologie intéresse en grande partie les IMG du LR, 81,4% d'entre eux estiment leurs connaissances trop limitées pour prendre en charge les dermatoses de leurs futurs patients. Différentes raisons expliquent ces chiffres qui peuvent paraître alarmants. Comme nous l'avons vu précédemment (8), la formation initiale en dermatologie est souvent jugée insuffisante et parfois inadaptée à la pratique de la médecine générale, ce qui rend souvent les étudiants et jeunes médecins peu à l'aise avec cette spécialité. Il peut également exister une part de subjectivité à cette question qui fait appel au niveau de confiance de l'étudiant en ses connaissances. D'ailleurs, lorsque nous leur demandons si une formation complémentaire en dermatologie est nécessaire, la quasi-totalité des répondants (96,6%) acquiescent et 45,1% estiment même que cette formation devrait être obligatoire. 72,1% des internes souhaiteraient réaliser cette formation complémentaire dans le cadre d'un stage ambulatoire hebdomadaire de type SASPAS. Cette forme d'apprentissage pratique de la dermatologie semble plus plébiscitée par les IMG du LR qu'une formation dans le cadre d'un stage ambulatoire quotidien avec un dermatologue de type stage de consultation (25,7% des répondants). On peut penser que les internes choisissent préférentiellement une formation de type SASPAS afin de pouvoir se former dans d'autres spécialités ou qu'un stage de consultation quotidien pourrait entraîner un certain surdosage de la discipline pour l'interne. Ces stages ambulatoires sont de toute évidence préférés à une formation hospitalière car seulement 9,3% des internes souhaiteraient réaliser un stage hospitalier. Certaines raisons déjà mentionnées peuvent expliquer ce choix. Une formation hospitalière est souvent très spécialisée avec des

pathologies cutanées et des traitements très spécifiques. On peut également penser que les internes sont moins attirés par un stage hospitalier souvent synonyme de charge administrative importante et d'horaires souvent lourds. Par ailleurs, 46,4% des répondants pensent qu'un enseignement en cours de DES pourrait les aider dans leur formation. Si aucun cours en lien avec la dermatologie n'a été dispensé dans le cadre du DES de médecine générale pour l'année 2017-2018, l'enseignement théorique obligatoire change régulièrement à Montpellier et on peut noter qu'un cours de dermatologie est au programme de l'année 2018/2019 pour la promotion de DES 3 (38). 38,6% des répondants pensent que la Formation médicale continue est un bon moyen de se familiariser avec la dermatologie.

Toutefois, comme citée dans une étude (8), il faut savoir que la dermatologie se prête moins à ce type de formation que d'autres spécialités plus prisées par les laboratoires comme la cardiologie ou la rhumatologie. Enfin, 56,4 % des internes plébiscitent une photothèque à distance. Plusieurs sites internet (e.g. [www.e-dermato.fr](http://www.e-dermato.fr)....) mettent à disposition des cours en vidéo ou des photos de lésions en libre-service avec diagnostic et commentaires. Il nous semble important que les internes soient pro-actifs pour se former en partie grâce à ce genre de site, la formation en ligne étant probablement l'avenir de notre profession vu le nombre de sites web et d'applications mobiles se développant ces dernières années.

### C. CONNAISSANCE DES INTERNES EN DERMATOLOGIE

Le questionnaire d'évaluation des connaissances se composait de dix cas cliniques. Les huit premiers étaient composés d'un court énoncé, d'une photo de la lésion, d'une question diagnostique en QCM avec cinq possibilités de réponses et d'une question thérapeutique en QCM également avec plusieurs réponses possibles parmi cinq choix de réponse. Les deux derniers cas cliniques étaient composés de cinq photos parmi lesquelles il fallait distinguer les lésions suspectes de malignité. Le répondant recevait 5 points lorsque le diagnostic était correct, sinon il obtenait 0 point et recevait 5 points lorsque toutes les réponses thérapeutiques étaient correctes, sinon de la même manière il obtenait 0 point à cette question thérapeutique. Concernant les deux derniers cas cliniques, l'étudiant obtenait 10 points s'il cochoit uniquement et toutes les lésions suspectes de malignité.

Le premier cas clinique présentait une lésion érythémateuse abdominale en héli-ceinture douloureuse évoluant depuis 3 jours chez un patient de 34 ans. Le diagnostic n'a pas réellement posé de difficultés aux internes puisqu'ils sont 89% (n= 129), à avoir répondu un zona. 11 étudiants ont répondu une pemphigoïde bulleuse alors que le contexte ne s'y prêtait pas et que l'on ne notait aucune bulle. Si le diagnostic n'a pas posé de problème aux étudiants, il en est autrement quant à la prise en charge. En effet, seulement deux étudiants ont apporté les deux bonnes réponses à ce QCM. Si la majorité des répondants 72,4% (n=105), savaient qu'une vaccination contre le zona était recommandée chez les adultes âgés de 65 à 74 ans par le Haut Conseil de la santé publique, seulement 13,8% (n= 20) des étudiants auraient prescrit un examen complémentaire, à savoir une sérologie VIH. En effet, l'apparition d'un zona chez un adulte de moins de 50 ans doit faire penser à chercher une immunodépression et notamment une infection par le VIH. Pour finir, 14,5% (n= 21) des internes ont adressé ce patient à un dermatologue.

Le second cas clinique montrait un enfant âgé de 6 ans avec une mauvaise hygiène des mains, présentant une lésion péri buccale à type de lésion unique prurigineuse, recouverte de croûte jaune miel et évoluant de façon centrifuge. 93,1% (n= 135) des internes ont répondu de façon correcte, un impétigo. Concernant la prise en charge thérapeutique, seulement 25 répondants ont obtenu les 5 points à cette question en cochant les quatre premières réponses. 94,5% des étudiants savent qu'il est nécessaire de pratiquer une désinfection des lésions associée à des mesures d'hygiène notamment un lavage des mains, 78,6% appliquent une antibiothérapie locale type Acide fucidique, 57,2% recommandent une éviction scolaire et seulement 39,3% auraient prescrit un antibiothérapie type Pénicilline M en cas de lésions multiples et /ou étendues. Cependant, ces étudiants se sentent plus confiants dans la prise en charge de ce cas clinique car seulement trois étudiants adressent cet enfant à un dermatologue.

Le troisième cas clinique illustre une dermatose inflammatoire chronique prurigineuse chez un nourrisson de 6 mois avec ATCD familial d'atopie et un herpès labial chez la mère. Le taux de bonne réponse est très haut : 93,1% (n= 135) des répondants ont identifié une dermatite atopique. L'enfant est pris en charge de manière correcte par 80 répondants. 95,9% des répondants préconisent une application d'émollients afin de lutter contre la xérose cutanée. 83,4% savent qu'il faut absolument éviter le contact de l'enfant avec un herpès en poussée afin d'éviter la survenue d'un syndrome de Kaposi-Juliusberg et 68,3% appliquent un dermocorticoïde de puissance adaptée notamment sur le visage de l'enfant afin de stopper le

processus inflammatoire de cette dermatose. Concernant les autres réponses, les corticoïdes par voie générale n'ont pas leur place dans la prise en charge de cette pathologie et un traitement contre la gale serait inutile car hormis le prurit de l'enfant, aucun autre argument ne fait penser à une gale. Même si pour ce cas clinique, la prise en charge posait moins de problème aux répondants, ils sont 32,4% (n=47) à adresser le nourrisson au dermatologue et ce, probablement du fait de l'âge de l'enfant, de la possible inquiétude parentale ou du caractère chronique de la pathologie.

Le quatrième cas clinique présentait un adolescent venant consulter pour des lésions papulo-pustuleuses du visage. Le diagnostic a cette fois ci posé légèrement plus de difficultés aux répondants car 80,7% (n=117) ont répondu qu'il s'agissait d'une acné inflammatoire. La confusion s'est faite avec une acné rétentionnelle car ils sont 15,9% (n= 23) à avoir donné cette réponse. Cependant sur la photo, on ne notait pas voire très peu de comédons. 95 répondants ont soigné cet adolescent de la bonne manière en première intention soit en appliquant un traitement local quotidien par peroxyde de benzoyle associé à une antibiothérapie générale de type Doxycycline au long cours. De la même manière que pour le cas clinique précédent, on peut remarquer une discordance entre la bonne prise en charge des répondants et le taux de référencement au dermatologue car ils sont 47,6% à adresser cet adolescent au dermatologue. Différentes raisons, comme la faible utilisation de ces agents pharmacologiques, la nécessité d'un suivi, le retentissement psychologique pour le patient ou encore la volonté d'instaurer un traitement plus lourd comme les médicaments à base d'isotrétinoïne peuvent justifier et expliquer les décisions prises par ces jeunes médecins généralistes.

Le cinquième cas clinique présentait des lésions érythémato-squameuses en plaque au niveau des zones bastions chez un cinquantenaire, bon vivant, avec de nombreux facteurs de stress. Le diagnostic était semble-t-il évident, car 97,2% (n= 141) ont répondu qu'il s'agissait d'un psoriasis. Cependant, 42 répondants ont effectué une prise en charge correcte. 98,6% des internes appliquaient une association dermocorticoïde + analogue de la vitamine D sur les lésions. 71% savaient que l'alcool était un facteur de gravité et de résistance thérapeutique à cette maladie et moins de la moitié soit 46,7% des internes recommandaient une exposition solaire légère à visée thérapeutique. Ce cas témoigne de l'importance pour les internes, futurs médecins généralistes, de connaître les facteurs déclenchants, aggravants ou améliorants de pathologies chroniques. En effet, une bonne prise en charge consiste à impliquer le patient dans

sa maladie tout en le guidant par nos connaissances ou en répondant à ses questions afin de le tenir en bonne santé et de lui éviter de nouvelles poussées. Dans ce cas clinique, près de 70% des répondants adressent le patient au dermatologue. Le caractère chronique de la pathologie, la nécessité d'un suivi, le caractère systémique de la pathologie, des connaissances plus actualisées ou la meilleure gestion de l'escalade thérapeutique par le spécialiste sont autant de raisons qui peuvent expliquer ce taux de référencement.

Le sixième cas clinique présentait des lésions prurigineuses ressemblant à des piqûres d'orties, migratoires et fugaces chez une patiente jeune. Encore une fois, les répondants n'ont pas éprouvé de difficulté à trouver le bon diagnostic puisque 97,2% (n= 141) ont répondu un urticaire aiguë. Il en est de même pour la prise en charge de cette pathologie puisque 125 internes ont trouvé la prise en charge adéquate. 98,1% prescrivent un anti histaminique type anti-H1 pendant une semaine et 95,9% d'entre eux savent que les étiologies principales de cette réaction cutanée sont les médicaments, l'alimentation et les infections virales. On observe tout de même que presque 10% des répondants prescrivent à tort des examens complémentaires. Cette pathologie semble être assez bien maîtrisée par les internes car seulement 3,4% d'entre eux ont adressé la patiente au spécialiste. Cela tient probablement au fait que cette pathologie est très fréquente dans la population générale, que la sémiologie des lésions est très spécifique et que sa prise en charge demeure assez simple.

Le septième cas clinique présentait un placard érythémato-squameux prurigineux, géographique à contours circinés, au niveau du poignet sous la montre d'un coureur, évoluant depuis 2 semaines. Ce diagnostic a été le moins certain du questionnaire car seulement 57 internes ont répondu une dermatophytose. Près de la moitié des répondants (n=72) a pensé à un eczéma nummulaire très certainement du fait de sa forme arrondie mais ici la lésion était unique et typique d'une dermatophytose. Ce cas clinique a également posé certains problèmes thérapeutiques puisque seulement 21 bonnes réponses ont été obtenues. 43,4% appliquent sur la lésion un antifongique, 40,7% l'appliquent pour une durée d'au moins 3 semaines et 25,5% pensent à examiner les pieds afin de traiter un possible foyer infectieux. On remarque que 53,1% des répondants appliquent un dermocorticoïde sur cette lésion du fait de la confusion diagnostique avec un eczéma nummulaire. Près d'un quart des participants adressent le patient au dermatologue. On peut penser que ce taux est important compte tenu de la fréquence de la pathologie.

Le huitième cas clinique présentait un nodule unique, lisse, translucide et perlé au niveau de l'arête nasale d'un agriculteur de 75 ans. 86,2% (n= 125) des internes ont indiqué que cette lésion correspondait à un carcinome basocellulaire. Presque 10% ont indiqué, à tort, qu'il s'agissait d'un carcinome épidermoïde. On pourrait penser que le fait de se tromper de type de carcinome est secondaire si le généraliste détecte et adresse le patient au dermatologue toute lésion carcinomateuse. Cependant, on remarque que seulement 61 étudiants ont répondu correctement à la partie prise en charge thérapeutique. Si 95,2% des internes répondants sont d'accord pour faire se déshabiller le patient afin de rechercher d'autres localisations, seulement 75% d'entre eux envisagent une exérèse chirurgicale en cas de confirmation diagnostique à la biopsie cutanée. On se rassure en observant que 98,6%, n=143, des réponders adressent ce patient au spécialiste pour suite de la prise en charge.

Dans le neuvième cas clinique, l'étudiant devait indiquer parmi les cinq lésions présentées, celles qui étaient suspectes de mélanome. 75,2% (n= 109) des étudiants ont indiqué les 3 lésions suspectes de mélanome à savoir la figure 1 (mélanome malin), la figure 2 (mélanome superficiel extensif) et la figure 4 (mélanome de Dubreuil). L'image 3 et 5 correspondaient à des naevus donc bénins. On pourrait s'inquiéter devant seulement 3/4 de bonnes réponses sur un cas clinique dont le pronostic du patient est en jeu mais les erreurs tiennent surtout à un sur-diagnostic de lésions suspectes. En effet, 95,2% des internes ont identifié la figure 1, 96,6% la figure 2 et 97,2% la figure 4 comme étant suspectes de mélanome. On en déduit que l'immense majorité des étudiants aurait dépister ces lésions et aurait adressé le patient en urgence au dermatologue pour prise en charge.

Sur le même principe, le dixième et dernier cas clinique proposait cinq images parmi lesquelles l'étudiant devait identifier celles suspectes de carcinome épidermoïde. 27% (n=39) des étudiants ont eu les 10 points correspondants à cette question en identifiant les 2 lésions suspectes à savoir le carcinome épidermoïde sur brûlure de la figure 3 et le carcinome épidermoïde de la figure 4. Ce taux de bonnes réponses relativement faible pourrait s'expliquer de la même manière par le sur-diagnostic de lésions bénignes comme la verrue de la figure 1, la kératose séborrhéique de la figure 2 ou le botryomycome de la figure 5, jugées comme étant suspectes de lésions cancéreuses.

L'ensemble des résultats concernant les réponses diagnostiques, thérapeutiques et le taux de

référencement au dermatologue pour chaque cas clinique a été reporté sur la figure 25 (cf p.79).

#### D. ANALYSE DES RESULTATS

Les notes obtenues dans la population des IMG du LR étaient très éparses, allant de 30 à 95/100, témoin de la différence de niveau qu'il peut exister dans cette spécialité. La moyenne étant d'environ 60/100 et l'immense majorité des notes comprises entre 50 et 75/100, nous pouvons conclure que les IMG du LR ont eu, dans l'ensemble, de bons résultats à ce questionnaire.

Il nous a été possible ensuite de comparer les résultats des IMG en fonction de plusieurs de leurs caractéristiques. Les notes obtenues en fonction de leur année d'étude vont crescendo, ce qui met en exergue, comme dans une autre étude (39) le rôle essentiel de l'expérience.

Cependant, même si les résultats indiquent de meilleures notes avec une expérience grandissante, les différences entre les notes restent minimes puisque les étudiants de 1<sup>ère</sup> année ont obtenu une moyenne de 58,4/100 et les étudiants ayant terminé leur DES une moyenne de 60,4/100. De la même manière, les étudiants ayant déjà remplacé donc a priori ayant plus d'expérience ont obtenu une meilleure note (61,5/100), que ceux n'ayant jamais remplacé (59/100). Encore une fois, la différence de note paraît faible mais va dans le sens de l'importance de l'expérience.

L'un des principaux intérêts de cette étude était de comparer les résultats des internes ayant reçu une formation en dermatologie et ceux n'en ayant pas reçu afin de juger de l'utilité de celle-ci. L'analyse des résultats semble en faveur d'un bénéfice de la formation en dermatologie : les répondants ayant été formés obtiennent de meilleures notes que les répondants n'ayant pas été formés. Ceci est cependant à nuancer dans la mesure où la différence est faible car elle est de 2,7 points sur 100. On a également cherché à savoir si les internes ayant été formés étaient plus autonomes et faisaient moins appel au dermatologue. Un bénéfice de la formation semble une nouvelle fois mis en avant, en s'appuyant sur les résultats : les IMG ayant été formés adressent leurs patients au dermatologue dans 30,6% des cas contre 37,8% pour les IMG n'ayant reçu aucune formation supplémentaire en dermatologie.

Ce travail permet d'apporter de nouveaux éclairages : En effet, il semblerait que les internes ayant été formés répondent mieux aux cas cliniques et adressent leurs patients au spécialiste dans une moindre mesure. Cependant, on ne peut tirer aucune conclusion car cette étude est

purement observationnelle. Pour juger de la réelle utilité d'une formation en dermatologie, il faudrait qu'elle soit standardisée et réaliser une étude prospective interventionnelle, l'intervention étant la formation, avec des résultats avant et après formation.

Par ailleurs, il nous a semblé important de comparer les résultats en fonction du type de formation reçue. Nous constatons ainsi que les IMG du LR ayant reçu une formation durant l'internat ont mieux répondu avec une note moyenne de 64,1/100 contre 58,9/100 pour les IMG du LR ayant reçu cette formation durant leur externat. Ceci est certainement dû, et peut se comprendre, au possible oubli d'une formation lointaine. De la même manière, les IMG ayant reçu une formation de type SASPAS uniquement ont mieux répondu avec une note moyenne de 65,8/100 contre 60,3/100 pour les IMG ayant reçu une formation de type stage hospitalier uniquement. Ceci peut révéler qu'une formation hospitalière peut possiblement être moins adaptée à l'exercice de la médecine générale. Enfin, nous avons comparé les notes en fonction du temps de formation. Ceci nous a montré que les étudiants ayant reçu une formation de plus de 50h ont obtenu une meilleure note (63,4/100) que ceux ayant reçu une formation de moins de 20h (59,3/100).

Cette analyse observationnelle semblerait indiquer qu'une formation pratique complémentaire en dermatologie est bénéfique et que la meilleure des formations se ferait durant l'internat par un stage ambulatoire de type SASPAS de plus de 50h. Une nouvelle fois, on ne peut qu'observer ces résultats et non émettre des conclusions. De plus, cette étude a été réalisée sur un petit échantillon de médecins répondants et les pathologies traitées sont courantes, présentées de manière relativement typique et ne représentent qu'une petite partie de la dermatologie. Réalisé seul, ce travail est une première approche mais on pourrait imaginer une étude de plus grande ampleur avec plus de médecins interrogés et plus de pathologies traitées afin de confirmer ou infirmer ces observations.

Revenons à présent sur la dernière question de notre enquête. Cette question avait été rajoutée après le recueil des réponses. Son objectif était de mieux cerner l'intérêt de ce questionnaire corrigé en termes d'autoformation. Le lien de cette question a été envoyée par mail à tous les étudiants inclus dans cette étude et ayant répondu au questionnaire. Parmi les 145 répondants, 72 (49,6%) ont répondu à cette question subsidiaire et 83,3% (n= 60) d'entre eux ont estimé que ce questionnaire corrigé les avait aidés dans leur formation en dermatologie. On peut supposer ici l'existence d'un biais d'auto-sélection car les internes ayant répondu à cette question sont probablement ceux ayant tiré le plus de bénéfices de ce questionnaire.

## E. FORCES ET LIMITES

L'originalité de ce mémoire est double : d'une part, dresser un état des connaissances des internes de médecine générale du Languedoc Roussillon en dermatologie et d'autre part, de les questionner sur leurs besoins en formation.

Pour répondre à la problématique posée dans ce mémoire, il nous a semblé le plus pertinent de réaliser une étude quantitative, observationnelle et descriptive. A notre connaissance, cette problématique n'avait pas été encore abordée sous cet angle dans la littérature. Toutefois, nous pouvons souligner plusieurs limites. Une première tient au nombre de répondants. Si nous avons obtenu un taux satisfaisant de participants de 30,5 % (n=131) parmi les IMG en cours de DES grâce à la mailing list du SILR, le nombre de participants parmi les internes ayant terminé leur formation pratique de DES de médecine générale a été plus difficile à quantifier avec précision. Ces internes ont été contactés sur la page Facebook « Solidarité SOS sujet de thèse » qui compte 579 membres, évoluant dans des spécialités médicales différentes. Seules les réponses de 28 participants ont été obtenues par ce biais dont 14 n'ont pu être incluses dans nos analyses car ces 14 participants avaient soutenu leur mémoire de DES. Nous aurions peut-être obtenu plus de réponses et par conséquent augmenter la puissance statistique en passant par un autre mode de recrutement des participants. Une autre limite à ce travail relève du questionnaire : Le questionnaire que nous avons élaboré prend environ 15 minutes pour y répondre et est peut-être trop long (26 réponses en attente). De plus, on pourrait imaginer que face à ses propres limites de connaissances, certains répondants se sont découragés et ont donc abandonné. Dans la même lignée, ce taux de réponse qui est peut-être limité malgré la large diffusion pourrait tenir du manque d'implication des autres internes pour notre travail de thèse (absence d'entraide entre internes, en d'autres termes) ou du manque d'intérêt manifeste pour la dermatologie. Une autre limite est liée aux questions. En effet, certaines questions notamment sur le référencement au dermatologue font appel au degré de confiance que l'étudiant peut avoir en lui et donc peuvent générer un biais déclaratif.

Pour réaliser le questionnaire de connaissances, nous nous sommes référés au polycopié national de dermatologie. Toutes les photos et quelques cas cliniques en sont tirés. Dans ce questionnaire, nous avons pour ambition de balayer les pathologies dermatologiques les plus souvent rencontrées en cabinet de médecine générale mais il nous était impossible d'être exhaustifs. En conséquence, de nombreuses autres dermatoses auraient pu faire l'objet de cas clinique mais nous nous sommes restreints pour ne pas proposer un questionnaire encore plus long et/ou

fastidieux. Un autre biais du questionnaire est un biais de mesure. En effet, les réponses aux questions, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques sont sous forme de QCM. Le fait d'émettre des propositions influence forcément le répondant et on peut penser que les réponses auraient été différentes et les notes moins élevées si les questions avaient été ouvertes. D'autre part, l'interprétation des résultats est intimement liée aux choix de cotation des réponses. En effet, nous avons pris le parti d'accorder le nombre de points maximal à chaque question quand seules les réponses correctes étaient sélectionnées. Autrement dit, notre système de cotation ne laissait pas de place à l'erreur. Par exemple, en ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, où plusieurs réponses étaient possibles pour chaque question, il fallait donner uniquement les propositions exactes pour obtenir les 5 points correspondants. De même pour les deux derniers cas cliniques où il s'agissait de sélectionner les lésions suspectes de malignité, la sélection d'une lésion non suspecte, non dommageable dans la pratique, entraînait la perte des 10 points correspondants à la question. D'autre part, un autre biais de l'enquête par questionnaire, que ce soit par mail, téléphone ou voie postale est l'aspect déclaratif de cette étude. On peut penser qu'il existe des différences entre les réponses données par les internes et leur pratique médicale. Enfin, notre étude étant descriptive, ne permet en aucun cas d'avancer des conclusions. Afin de savoir si une formation en dermatologie améliore les compétences diagnostiques et thérapeutiques des internes, il faudrait réaliser une étude prospective interventionnelle et comparer les résultats de 2 groupes d'internes tirés au sort, l'un ayant reçu une formation et l'autre non.

Néanmoins, nous pouvons également souligner les possibles forces de notre travail : il faut noter qu'un feedback était donné juste après réception des réponses. Ceci a sans doute, quand même encouragé les répondants et contribué au taux de participation correct chez les internes en cours de DES. Nous pouvons avancer alors l'hypothèse d'un biais d'auto-sélection car les étudiants répondants étaient possiblement les plus investis et les plus intéressés par la dermatologie. Par ailleurs, même s'il a pu être mal interprété, le caractère informatif du questionnaire corrigé représente sans doute la principale force de cette étude. Enfin et pas des moindres, le recueil des éventuels besoins en formation permet de mettre en lumière une demande réelle existante de formation complémentaire en dermatologie

## F. PERSPECTIVES

L'un des principaux points de ce travail est la mise en évidence du souhait des IMG d'être mieux formés en dermatologie. Selon une étude réalisée en Haute Normandie, 80% des généralistes déclarent être plutôt à l'aise en dermatologie avec une confiance élevée dans leur capacité à prendre en charge les dermatoses. Cette confiance diagnostique était plus élevée pour les pathologies suivantes : pathologies infectieuses, lésions traumatiques, psoriasis et acné (4). Mais ce degré de certitude augmentait avec l'âge du médecin généraliste, la durée d'installation et le nombre de pathologies dermatologiques vues. Autrement dit, cette aisance diagnostique augmente avec l'expérience, ce qui explique que les internes interrogés ne soient pas forcément aussi confiants que leurs aînés (39). Malgré cette confiance élevée, le généraliste peut souhaiter un avis du dermatologue dans certaines situations. Dans une étude réalisée à Strasbourg en 2006 (40), les médecins généralistes avaient recours au spécialiste dermatologue principalement pour avis diagnostique (pour 72% des médecins), après échec d'un premier traitement dermatologique (24,2%), pour la réalisation de biopsie/exérèses (22,4%), pour la suspicion de lésions cutanées malignes (19,9%) et pour la réalisation d'un traitement spécifique spécialisé (photothérapie, laser....) (18%). Dans cette même étude, les médecins généralistes interrogés étaient moins confiants que leurs confrères Hauts Normands et étaient désireux pour 84% d'entre eux d'une formation post universitaire en dermatologie sous la forme d'un enseignement pratique avec une riche iconographie afin d'approfondir leurs connaissances. 35,5% des médecins interrogés souhaitaient un enseignement sous forme de cas cliniques et 26,1% sous forme de cours théorique avec projection d'images (40).

Plusieurs études ont évalué l'acquisition des connaissances concernant l'examen clinique cutané. Par exemple, une étude portant sur 223 étudiants de l'Université de Boston (41) a montré que 52% des étudiants ne possédaient pas les compétences pour la réaliser un examen clinique cutané complet, 35% n'en avaient jamais réalisé et 28% n'en avaient jamais vu au cours de leurs études. Une autre étude portant sur 342 internes de médecine dans 7 écoles américaines (42) retrouvait des résultats superposables. 76% des étudiants ne s'étaient jamais entraînés à réaliser un examen clinique cutané, 53% n'en avaient jamais observé la réalisation et seulement 16% des étudiants se considéraient comme compétents vis-à-vis de la pratique de l'examen clinique cutané. La formation en dermatologie des médecins généralistes est donc nécessaire (43) et a montré son efficacité dans de nombreuses études, notamment sur le dépistage du cancer cutané (44).

Dans la thèse de Vanessa Bureaux sur les pathologies dermatologiques en médecine générale (8), il a été demandé aux médecins généralistes de faire des propositions afin d'améliorer leur formation en dermatologie. Les médecins généralistes interrogés désiraient une amélioration de la qualité de la formation initiale. Ils souhaitaient aussi une formation continue plus fréquente avec des dermatologues ou des formations entre médecins généralistes. Ces trois idées rejoignent celles des IMG interrogés dans notre travail qui souhaitent aussi améliorer leur formation au cours du DES et être de préférence, accompagnés pour cela par des dermatologues. Cependant, même si ce type de formation dans le cadre d'un SASPAS est proposé et répandu à la faculté de Montpellier, on comprend qu'il est très difficilement généralisable à tous les IMG. En effet, la mise en place d'une telle formation paraît compliquée car malheureusement peu sont les dermatologues qui acceptent de former les jeunes médecins généralistes en consultation probablement du fait du caractère bénévole et chronophage de cette formation. De plus, on connaît déjà la difficulté pour trouver des maîtres de stage de médecine générale et l'on ne peut que constater depuis plusieurs années la baisse du nombre de dermatologues inscrits à l'ordre des médecins, ce qui rend cette idée difficilement réalisable.

Face à ce manque de confiance qu'ont les étudiants en leurs connaissances en dermatologie et ce souhait de formation, on pourrait penser à multiplier les moyens de formation dans cette spécialité. Il est un fait que la formation en médecine générale dispensée à Montpellier est de qualité et que les enseignants du DMG fournissent un conséquent travail pédagogique. En témoigne la mise au programme d'un cours de DES consacré à la dermatologie pour l'année 2018 /2019, qui pourrait, pourquoi pas, faire l'objet d'une étude interventionnelle. Comme les médecins interrogés dans l'étude réalisée à Strasbourg (40), on peut penser également au côté formatif de ce type de questionnaire et on pourrait penser que, comme dans d'autres facultés de médecine française (par exemple : à Paris 7) une photothèque à distance avec cas cliniques corrigés soit mise en ligne à disposition des internes de médecine générale du Languedoc Roussillon. Les étudiants pourraient ainsi s'entraîner et se former sur des cas cliniques et ainsi acquérir de l'expérience. Une photothèque et la réalisation de cas cliniques représentent un travail important. Pour cela, on pourrait imaginer un groupe d'internes de médecine générale référent qui, avec l'aide ou non de l'équipe de dermatologie, collecte des photos prises confidentiellement en consultation par les différents internes et réalise, à la manière de ce questionnaire, des cas cliniques corrigés d'entraînement. Dans cette optique, on pourrait se dire que les séances de Groupes d'Échanges de Pratique Tutorés (GEPT) représente le lieu et le moment propice à la confection d'un tel travail.

## V. CONCLUSION

La dermatologie est une spécialité médicale omniprésente dans l'exercice de la médecine générale. Elle possède certaines spécificités et de nombreux médecins généralistes éprouvent souvent des difficultés d'ordre diagnostique ou thérapeutique dans cette discipline. Dans un contexte où la prévalence des dermatoses augmente dans la population générale, où le médecin généraliste est placé au centre du système de soin et où le référencement au dermatologue devient de plus en plus compliqué, il est important que les futurs médecins généralistes maîtrisent cette discipline.

Les internes de médecine générale du Languedoc-Roussillon semblent peu à l'aise en dermatologie et la quasi-totalité pensent qu'une formation pratique complémentaire est nécessaire, de préférence sous forme d'un stage ambulatoire chez un dermatologue. Dans l'ensemble, les internes ont bien répondu au questionnaire avec des notes pour la plupart au-dessus de la moyenne. On a pu observer que les internes ayant reçu une formation complémentaire en dermatologie avaient, avec de faibles différences, obtenu de meilleurs notes et se référaient moins au dermatologue. Il semblerait qu'une formation pratique est d'autant plus utile si elle est effectuée durant l'internat sous forme d'un SASPAS de plus de 50h.

Nous ne pouvons cependant rien conclure de cette étude qui n'est qu'observationnelle. Afin de juger de la réelle utilité d'une formation pratique complémentaire en dermatologie, il faudrait alors réaliser une étude interventionnelle. De plus, notre étude est limitée par un faible échantillon d'internes et de pathologies présentées.

On peut cependant avancer qu'il est important de former les futurs médecins généralistes, piliers de notre système de soins, à la dermatologie. Il existe différents types et méthodes de formation qui peuvent être combinés afin de permettre à l'étudiant de se familiariser au mieux avec la dermatologie et ainsi de l'aider à acquérir de l'expérience.

Enfin, le caractère informatif et éducatif du questionnaire corrigé a été bien reçu par les internes de médecine générale et représente la principale force de cette étude. Il pourrait ainsi servir d'exemple pour des travaux futurs.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1/ LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Juin 2004. N°315.

2/ Société Française de Médecine Générale. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. 1997 Juin ;45.

3/ BREUIL-GENIER P. Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent. 2000 Avril;(709).

4/ AVOGADRO S. Thèse pour le doctorat en médecine. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute Normandie. Décembre 2012.

5/ LOWELL BA, FROELICH CW, FEDERMAN DG, KIRSNER RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. J Am Acad Dermatol. 2001 août;45(2):250.5.

6/ CHEN FM. Dermatology Referrals in an Academic Family Medicine Clinic. Southern Medical Journal. 2001 mai ;94(5) :475.

7/ / CLARCK RA, RIETSCHER RL. The cost of initiating appropriate therapy for skin diseases: a comparison of dermatologists and family physicians. J Am Acad Dermatol 1983; 9:787–796.

8/ BUREAUX V. Thèse pour le doctorat en médecine. Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes. Décembre 2012

9/ HUE Tran, KENG Chen, LIM AC, JABBOUR J, SHUMACK S. Assessing diagnostic skill in dermatology: A comparison between general practitioners and dermatologists. Australasian Journal of Dermatology. 2005 Nov ;46(4):230.4.

10/ BRANCH WT, WINTROUB BU. Dermatologic training for nondermatologists. J Am Acad Dermatol. 1983 août;9(2):281.3.

11/ BENTON EC, KERR OA, FISHER A, FRASER SJ, McCORMACK S. The changing face dermatological practice: 25 years. experience. British Journal of Dermatology. 2008 août;159(2):413.8.

12/ KERR OA, TIDMAN MJ, WALKER JJ, ALDRIDGE RD, BENTON EC. The profile of dermatological problems in primary care. Clinical & Experimental Dermatology. 2010 juin;35(4):380.3.

13/ ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. DREES, dossiers santé et solidarité 2009, N°12-t1

14/ MICHEAU Julie, MOLIERE Eric. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES ; 2010. Report No.: 15.

15/ COUSIN S. L'esthétique attire de plus en plus de médecins Remede.org. [2 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/l-esthetique-attire-de-plus-en-plus-de-medecins.html>

16/ L'observatoire de l'accès aux soins: enquête auprès des français et des professionnels de santé. IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) 2011 Oct. Report No.: n°19743.

17/ Enquête sur l'accès aux soins : le point de vue des patients. URPS Médecins libéraux Languedoc-Roussillon. Available from: <http://www.urpsml-lr.org/enquete-acces-aux-soins-des-patients>

18/ Accès aux soins : Qu'en pensent patients et médecins libéraux Quelles améliorations possibles ? URPS Médecins libéraux Ile-de-France. Available from: <http://www.urps-med-idf.org/publication/>

19/ CNOM. Atlas de la démographie médicale 2017.

20/ CNOM. Cartographie interactive de la démographie médicale | Démographie médicale

21/ SICART D. Les médecins au 1er janvier 2012. DREES. Février 2012. N°167.

22/ WONCA EUROPE 2002 “The european definition of general practice/ family medicine”

23/ Les 5 fonctions du médecin généraliste [ 21 mai 2018]. Disponible sur:  
<http://www.dumga.fr/les-5-fonctions-du-medecin-generaliste.html>

24/ La réforme de l’assurance maladie. Site ameli.fr. Available from: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-reforme-de-l-assurance-maladie/index.php>

25/ LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie.  
Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/>

26/ Le parcours de soins coordonnés. Site ameli.fr.  
Available from: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php>

27/ OMG Observatoire de Médecine Générale. Available from: <http://omg.sfm.org/>

28/ LETRILLIART L. Etude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) Protocole. 2011. CNGE. Available from: <http://etudeecogen.fr/>

29/ AUBERT C. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecin généralistes en Haute Normandie. Thèse pour le doctorat en médecine. Rouen : UFR de médecine de Rouen. 2012.100 p.

30/ AZZAHTI R. Place de la dermatologie en médecine générale : exemple d’un cabinet semi-rural des Pyrénées-Orientales. Thèse pour le doctorat en médecine Montpellier :UFR de médecine de Montpellier.2014

31/ STEELE K. Primary dermatological care in general practice. J R Coll Gen Pract. 1984 Jan;34(258):22.3.

32/ JULIAN C. Dermatology in general practice. British Journal of Dermatology. 1999 Sep;141(3):518-20.

33/ EPSTEIN and MD. Assessment in medical Education. New England journal of medicine. 2007, pages 387-456.

34/ Enseignements. Département de Médecine Générale. [3 oct 2018]. Disponible sur: <http://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/enseignements/>

35/ AZOT A. Thèse pour le doctorat en médecine. Prise en charge du psoriasis par les internes de médecine générale et évaluation de leurs besoins en formation en dermatologie. Septembre 2016.

36/ [https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/03/19/les-internes-publient-le-palmares-de-leurs-facs\\_698841](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/03/19/les-internes-publient-le-palmares-de-leurs-facs_698841)

37/<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/11/25/internat:les-specialites-que-les-femmes-preferent-celles-que-les-hommes-fuient>

38/maquetteDUMG2018/2019.<http://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/enseignements>

39/ Moreno G., Étude prospective pour évaluer les médecins généralistes dans leurs compétences de diagnostic dermatologique dans un cadre de référence. Aust. J. Dermatol. Mai 2007 ; 47(2) : 77-82

40/ ANSTETT E, =Université Louis Pasteur Strasbourg 1. Strasbourg. FRA / com. Enquête auprès de 161 médecins généralistes alsaciens sur les besoins ressentis en formation post-universitaire de dermatologie. 2006.

41) GELLER AC., PROUT M., Sun T. et al. Medical student's knowledge, attitudes, skills and practices of cancer prevention and detection. Journal of cancer education. 1999. 14. Pages 72-77

42) WISE E., SINGH D., MOORE M., et al. Rates of skin cancer screening and prevention counselling by US medical residents. Archives of Dermatology. 2009. 145(10). Pages 1131-1136.

43) FEDERMAN DG., CONCATO J., KIRSNER RS Comparaison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. A review of the literature. Archives of family medicine. 1999 Mar-Apr. 8(2). Pages 170-172.

44) GERBERT B. BRONSTON A. WOLFF et al. Improving primary care resident's proficiency in the diagnosis of skin cancer. Journal of General Internal Medicine. Février 1998 pages 91-97.

45) Masson E. Etude sociodémographique des dermatologues libéraux en France métropolitaine en 2011. EM-Consulte. Disponiblesur <http://www.emconsulte.com/article/774358/figures/etude-sociodémographique-dermatologues-libéraux>.

## ANNEXES

### QUESTIONNAIRE DE THESE

#### Présentation du questionnaire

Bonjour à tous ,

Qui d'entre nous ne s'est jamais senti en difficulté face à un patient présentant une pathologie dermatologique ?

Dans le cadre de mon travail de thèse ,  
je réalise une étude qui évalue les connaissances des internes de médecine générale du Languedoc Roussillon en dermatologie ainsi que leurs besoins en formation.

La première partie de ce questionnaire évalue la formation reçue ainsi que les éventuels besoins de formation en dermatologie.

La deuxième partie s'attache à évaluer vos connaissances.

Il s'agit de 10 petits cas cliniques illustrés sur les motifs de consultation dermato les plus fréquemment rencontrés en médecine générale avec questions diagnostique et thérapeutique en QCM.

Attention:

1 seule bonne réponse par question diagnostique .

1 ou plusieurs réponses correctes par question thérapeutique.

NB: Adresser au dermatologue n'est pas une bonne ou une mauvaise réponse ! Adresse le patient au dermatologue comme tu le ferais dans ta pratique professionnelle .

Les réponses seront strictement anonymes et confidentielles.

Cela peut prendre 10 à 15 minutes pour y répondre mais l'intérêt est de s'évaluer et de se former.

Immédiatement après réception, vous obtiendrez votre note ainsi que la correction du questionnaire .

**ALORS SAUVE MOI LA PEAU ET VIENS TE TESTER EN DERMATO !!!!**

Je te remercie par avance de ta collaboration et de l'intérêt que tu portes à mon travail .

#### Partie 1 : Informations générales sur la population

**1/Sexe** : Homme / Femme

**2/Age** : 22/ 23/ 24/ 25/ 26/ 27/ 28/ 29/ 30/ 31/ 32/ 33/ 34/ 35/ >35

**3/En quelle année d'internat êtes vous ?** : 1<sup>ère</sup> /2<sup>ème</sup> /3<sup>ème</sup> / J'ai terminé mon DES

**4/Avez-vous déjà remplacé ?** : Oui/ Non

**5/Avez-vous déjà soutenu votre mémoire de DES ? : Oui/ Non**

## **Partie 2 : Formation reçue en dermatologie**

**1/Durant votre formation médicale, en plus de la formation théorique reçue par tous, avez-vous reçu une formation en dermatologie ? : Oui/ Non**

**2/Si oui, avez-vous reçu cette formation durant ? (plusieurs réponses possibles):**  
L'externat/ L'internat

**3/Si oui, de quel type était cette formation ? (plusieurs réponses possibles)**

- Séminaire
- Formation médicale continue
- Cours en ligne avec photothèque
- Stage hospitalier
- Stage ambulatoire hebdomadaire avec un dermatologue dans le cadre d'un SASPAS
- Stage ambulatoire quotidien avec un dermatologue dans le cadre d'un stage de consultation
- Autre : Précisez svp

**4/Combien de temps a duré cette formation ? < 20h/ De 20 à 50h/ >50h**

**5/Estimez-vous que cette formation a été utile ? Oui/ Non**

**6/Pourquoi ?**

## **Partie 3 : Evaluation des besoins en formation**

**1/La dermatologie vous intéresse ? Enormément/ Beaucoup/ Moyennement/ Un peu/ Pas du tout**

**2/Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes en dermatologie pour prendre en charge vos futurs patients ? Oui/ Non**

**3/Pensez-vous qu'une formation pratique, en plus de la formation théorique reçue par tous , est nécessaire ? Oui/ Non**

**4/Si oui, pensez-vous que cette formation doit être ? Obligatoire/ Facultative**

**5/Si oui, selon vous, quelle forme doit prendre cette formation ? (plusieurs réponses possibles)**

- Cours de DES à la faculté
- Formation médicale continue
- Cours en ligne avec photothèque
- Stage hospitalier
- Stage ambulatoire hebdomadaire avec un dermatologue dans le cadre d'un SASPAS
- Stage ambulatoire quotidien avec un dermatologue dans le cadre d'un stage de consultation
- Autre : Précisez svp

## Partie 4 : Evaluation des connaissances

### Cas clinique 1

Un jeune cadre dynamique de 34 ans, vient vous consulter pour une éruption apparue il y a 48h sur la partie gauche de l'abdomen. Elle est non prurigineuse mais douloureuse.

Le patient vous dit : « Cela a commencé par des plaques rouges puis des petites bulles blanches qui ont disparu ». A l'interrogatoire, vous retrouvez seulement la prise d'un gramme de paracétamol il y a 2 jours, qu'il prend habituellement de manière ponctuelle pour des céphalées légères.



#### Quel est votre diagnostic ? :

- Pemphigoïde bulleuse
- Intolérance médicamenteuse
- Zona
- Eczéma
- Psoriasis

#### Concernant la prise en charge , cocher la ou les réponse(s) exacte(s):

- 1-Un diagnostic biologique est nécessaire
- 2-Un examen complémentaire est nécessaire
- 3-Arrêt et contre-indication du paracétamol
- 4-Une éviction des collectivités est nécessaire
- 5-Concernant cette maladie , un vaccin est actuellement recommandé chez les sujets non immunodéprimés de 65 à 74 ans

#### Adressez-vous au dermatologue ? Oui/ Non

## **Cas clinique 2**

Un jeune couple vous amène leur enfant de 6 ans à la sortie de l'école pour une éruption unique quelque peu prurigineuse, apparue il y a quelques jours et ne disparaissant pas . Vous notez que les mains de l'enfant sont très sales. La maman vous dit y avoir quelques cas semblables dans sa classe



### **Quel est votre diagnostic ? :**

- Herpès
- Impétigo
- Varicelle
- Furoncle
- Folliculite

### **Concernant la prise en charge , cocher la ou les réponse(s) exacte(s) :**

- 1-Désinfection des lésions et mesures d'hygiène
- 2-Eviction scolaire
- 3-Antibiothérapie locale type acide fucidique
- 4-Antibiothérapie générale type Pénicilline M (Oxacilline, Cloxacilline) si lésions multiples et étendues
- 5- Traitement antiherpétique local type Aciclovir crème

### **Adressez-vous au dermatologue ? Oui/ Non**

### **Cas clinique 3**

Le petit Michel, 6 mois, est amené à la consultation par ses parents. Il présente une dermatose prurigineuse diffuse évoluant depuis 2 semaines par poussées entrecoupées de rémission, retentissant sur son humeur et son sommeil. Vous notez des lésions inflammatoires de la peau surtout au niveau des joues et du front de l'enfant. L'interrogatoire ne note aucun prurit dans l'entourage, un asthme chez son père et un herpès labial récidivant chez sa mère.



#### **Quel est votre diagnostic ? :**

- Dermatite atopique
- Gale
- Psoriasis du nourrisson
- Dermatite séborrhéique
- Lymphome cutanée

#### **Concernant la prise en charge, cocher la ou les réponse(s) exacte(s) :**

- 1-Corticothérapie générale en cas de forte poussée
- 2-Traitement de Michel et de sa famille par Benzoate de Benzyle et désinfection de l'environnement
- 3-Application d'émollient contre la xérose (à augmenter en cas de temps froid et sec)
- 4-Application de dermocorticoïde de puissance adaptée sur les zones inflammatoires notamment sur le visage
- 5-Eviter le contact direct avec l'enfant en cas d'herpès labial chez la mère

#### **Adressez-vous au dermatologue ? Oui/ Non**

#### **Cas clinique 4**

Le jeune Kevin, 17 ans , sans ATCD notable hormis des cheveux blonds vénitiens vient seul en consultation en plein mois de janvier :



#### **Quel est votre diagnostic ?**

- Rosacée
- Dermatite séborrhéique
- Acné rétentionnelle
- Acné inflammatoire
- Folliculite

#### **Concernant la prise en charge , cocher la ou les réponse(s) exacte(s) (en 1ère intention et en dehors de contre-indication)**

- 1-Traitement local par antibiotique type Acide fucidique + Antibiothérapie générale type Amoxicilline+Acide clavulanique (AUGMENTIN) 1g 3 fois par jour pendant 3 mois
- 2-Traitement local par antibiotique type Erythromycine 4% + Antibiothérapie générale type Cycline (Doxycycline , TOLEXINE ) 100mg/j pendant 3 mois
- 3-Traitement local par Peroxyde de benzoyle (ex : CUTACNYL...) + Antibiothérapie générale type Cycline (Doxycycline , TOLEXINE ) 100mg/j pendant 3 mois
- 4-Traitement local par antifongique local type ketoconazole ou au gluconate de lithium en gel (LITHIODERM)
- 5-Antiseptique sur les lésions

#### **Adressez-vous au dermatologue ? Oui/ Non**

### **Cas clinique 5**

Mr L. 48 ans , chef d'entreprise , en instance de divorce , père de 4 enfants dont 2 caniches vient vous consulter en urgence pour l'apparition de lésions au niveau des coudes et de la région lombosacrée. Il a pour ATCD un surpoids, un tabagisme actif et une consommation quotidienne d'alcool .



### **Quel est votre diagnostic**

- Candidose
- Dermatite atopique
- Eczéma
- Psoriasis
- Pityriasis rosé de gibert

### **Concernant la prise en charge , cocher la ou les réponse(s) exacte(s)**

- 1-Antibiothérapie locale type Acide Fucidique
- 2-Application locale d'une association dermocorticoïde + analogue de la vitamine D type DAIVOBET
- 3-Application locale d'un antifongique
- 4-Recommander l'exposition au soleil
- 5-L'alcool est un facteur de gravité et de résistance thérapeutique de cette maladie

### **Adressez-vous au dermatologue ? Oui/ Non**

### **Cas clinique 6**

Mademoiselle V. 32 ans consulte pour des lésions annulaires et prurigineuses apparues depuis 24h. Elle a constaté que les lésions apparues la veille ont disparu et que les nouvelles lésions ont une configuration annulaire qui se modifie d'heure en heure. Il n'y a pas d'autres symptômes cutanés, muqueux ou généraux. Elle vous montre ses cuisses :



### **Quel est votre diagnostic ?**

- Urticaire aigue
- Mycose
- Vascularite
- Eczéma aigu
- Psoriasis

### **Concernant la prise en charge , cocher la ou les réponse(s) exacte(s)**

- 1-Des examens complémentaires sont nécessaires
- 2-On recherchera en premier lieu une étiologie médicamenteuse , alimentaire et virale
- 3-Biopsie cutanée
- 4-Eviction des collectivités
- 5-Taitement symptomatique par anti-H1 pendant 1 semaine

**Adressez-vous au dermatologue ?** Oui/ Non

### **Cas clinique 7**

Un jeune marathonien vient vous consulter, adressé par son médecin du travail, pour une lésion prurigineuse au niveau du poignet évoluant depuis environ 15 jours. Il retire sa montre GPS running et vous montre la face antérieure de son poignet gauche :



### **Quel est votre diagnostic ?**

- Candidose
- Psoriasis annulaire
- Dermatophytose
- Eczéma nummulaire
- Granulome annulaire

### **Concernant la prise en charge , cocher la ou les réponse(s) exacte(s)**

- 1-Application locale d'un dermocorticoïde
- 2-Application locale d'un antifongique
- 3-Un examen +/- un traitement des pieds est nécessaire
- 4-La durée du traitement est de 21 jours minimum
- 5-Biopsie cutanée

**Adressez-vous au dermatologue ?** Oui/ Non

### **Cas clinique 8**

Une jeune femme vous amène son grand père, agriculteur languedocien de 75 ans, à la consultation pour une lésion de l'arête nasale qu'elle ne saurait dater:



### **Quel est votre diagnostic ?**

- Mélanome
- Carcinome basocellulaire
- Carcinome épidermoïde
- Kératose actinique
- Verrue

### **Concernant la prise en charge , cocher la ou les réponse(s) exacte(s)**

- 1- Vous faites se déshabiller le patient à la recherche d'autres localisations.
- 2- Les risques de cette lésion sont la récurrence et l'extension locorégionale
- 3-Vous réalisez un bilan d'imagerie à la recherche de métastases.
- 4- Cette lésion constitue une urgence thérapeutique.
- 5-Une exérèse chirurgicale est à envisager si la biopsie confirme le diagnostic

### **Adressez-vous au dermatologue ? Oui/ Non**

**Cas clinique 9**

**Parmis ces lésions , cocher la/les lésion(s) suspecte(s) de Mélanome :**

**1**



**2**



**3**



**4**



**5**



**Cas clinique 10**

**Parmi ces lésions, cocher la/les lésion(s) suspecte(s) de carcinome épidermoïde :**

**1**



**2**



**3**



**4**



**5**



## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
  
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## I. RESUME

**Introduction :** La dermatologie est une spécialité médicale omniprésente dans l'exercice de la médecine générale. Elle possède certaines spécificités et de nombreux médecins généralistes éprouvent certaines difficultés diagnostique et thérapeutique dans cette discipline.

**Méthode :** : Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive, par questionnaire informatisé anonyme. L'objectif était d'évaluer les connaissances des internes en médecine générale du Languedoc Roussillon ainsi que leurs éventuels besoins en formation.

**Résultats :** Nous avons obtenu 159 réponses et en avons analysé 145 après exclusion. 81% des interrogés estiment ne pas avoir de connaissances suffisantes en dermatologie et 97% d'entre eux pensent qu'une formation pratique complémentaire est nécessaire, de préférence sous la forme d'un stage ambulatoire chez un dermatologue. Les notes obtenues étaient éparées allant de 35 à 90/100. La moyenne est de 59,5/100. 85% des internes ont obtenu une note entre 50 et 75/100. De par l'analyse des résultats, on a pu observer, avec des différences très faibles, que les étudiants ayant reçu une formation pratique en dermatologie avaient obtenu de meilleurs résultats et se référaient moins au dermatologue. De la même manière, il semblerait qu'une formation durant l'internat, sous la forme d'un SASPAS d'une durée de plus de cinquante heures est préférable.

**Conclusion :** Il existe une réelle volonté de la part des internes de médecine générale du Languedoc Roussillon de se former en dermatologie. Il est possible qu'une formation pratique complémentaire améliore les connaissances des internes en dermatologie. Cependant cette étude n'est qu'observationnelle. Le caractère éducatif du questionnaire corrigé a été bien reçu par les internes de médecine et pourrait ainsi servir d'exemple pour des travaux futurs.

**Mots clés :** Dermatologie-évaluation-médecine générale-Languedoc Roussillon-internes