



HAL
open science

Activité de dermatologie d'un interne de médecine générale en SASPAS

Hortense Joly

► **To cite this version:**

Hortense Joly. Activité de dermatologie d'un interne de médecine générale en SASPAS. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03200395

HAL Id: dumas-03200395

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03200395v1>

Submitted on 16 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

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

**Activité de dermatologie d'un interne de médecine générale
en SASPAS**

Présentée et soutenue le 25 mars 2021

A la faculté de Médecine de Nice

Par JOLY Hortense

Née le 16/10/1992 à Boulogne-sur-mer (62)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Thierry PASSERON

Assesseurs :

Madame le Professeur Brigitte MONNIER

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Nicolas HOGU



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENZIRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Hogu, je vous adresse mon entière reconnaissance pour votre implication et votre réactivité sans faille dans ce parcours de thèse. Vous avez tout mon respect pour vos précieux conseils.

A Monsieur le Professeur Passeron, vous me faites l'honneur de présider cette thèse, et d'apporter vos connaissances à la critique de celle-ci. Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Je vous prie d'accepter ma respectueuse considération.

A Madame la Professeure Monnier, je vous suis reconnaissante pour votre bienveillance durant ces années d'internat pendant lesquelles vous avez été ma tutrice. Vous avez toute ma gratitude pour m'avoir portée jusqu'ici et m'avoir transmis votre passion pour la médecine générale.

A Monsieur le Professeur Gardon, je vous remercie d'avoir eu la bonté d'accepter de siéger dans le jury de cette thèse, soyez assuré de l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A mes maîtres de stage, Dr Rouquier, Dr Ferrier, Dr Ceccarelli, Dr Barbaroux, Dr Gianettini, Dr Augusti, Dr Rigaud, Dr Del Giudice, Dr Reverte, je vous remercie d'avoir participé à ma formation tout au long de mon internat. Un grand merci à toute l'équipe des urgences de Grasse. A tous les autres collègues que j'ai croisé, chacun d'entre vous m'a apporté une expérience enrichissante.

Activité de dermatologie d'un interne de médecine générale en SASPAS

Table des matières

1	INTRODUCTION	14
2	MATERIEL ET METHODE	16
2.1	Type d'étude.....	16
2.2	Population	16
2.2.1	Inclusion /Non inclusion /Exclusion.....	16
2.2.2	Informations recueillies.....	16
2.3	Définitions utilisées :	16
2.4	Localisation et durée du recueil	17
2.5	Méthode de recueil des données.....	17
2.6	Catégorisation des pathologies	17
2.7	Gestion de l'incertitude et de l'urgence.....	17
2.8	Anonymat et Ethique.....	18
2.9	Analyse des données	18
2.10	Financement et conflit d'intérêt	18
3	RESULTATS.....	19
3.1	Caractéristiques des consultations.....	19
3.1.1	Consultations totales.....	19
3.1.2	Consultations avec un problème cutané.....	19
3.1.3	Caractéristiques des patients	20
3.2	Données sur la pathologie dermatologique	21
3.2.1	Durée des symptômes.....	21
3.2.2	Consultation préalable ou automédication.....	21
3.2.3	Localisation des lésions cutanées.....	21
3.2.4	Typologie des pathologies par ordre de fréquence	22
3.3	Moyens diagnostics	23
3.3.1	Outils matériels	23
3.3.2	Outils numériques	23
3.3.3	Moyens humains	24
4	DISCUSSION	25
4.1	Forces et faiblesses de l'étude	25
4.1.1	Forces	25

4.1.2	Faiblesses.....	25
4.2	Comparaison des principaux résultats	26
4.2.1	Prévalence des consultations dermatologiques.....	26
4.2.2	Typologie des consultations	26
4.3	Moyens diagnostics et pistes d'améliorations	28
4.3.1	Outils personnels.....	28
4.3.2	Outils matériels	29
4.3.3	Moyens humains	30
4.3.4	Outils numériques	31
5	CONCLUSION	33
6	BIBLIOGRAPHIE.....	34
7	ANNEXES.....	38
8	ABSTRACT	41
9	RESUME	42
10	SERMENT D'HIPPOCRATE	43

LISTE DES ABREVIATIONS

CBC : carcinome basocellulaire

CE : carcinome épidermoïde

CIM : classification internationale des maladies

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

COVID : coronavirus disease

ECOGEN : Eléments de Consultation en médecine générale

FMC : formation médicale continue

KA : kératose actinique

KS : kératose séborrhéique

GEASP : Groupe d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles

MG : médecin généraliste

MI : motif incident

MP : motif principal

MS : motif secondaire

MSU : maître de stage universitaire

OMG : Observatoire de médecine générale

PC : problème cutané

SADM : système d'aide à la décision médicale

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée

WONCA : World Organization of National Colleges

1 INTRODUCTION

La peau est un organe essentiel du corps humain, elle a de nombreuses fonctions. (1) Elle nous protège des traumatismes, des rayons ultraviolets, des agressions chimiques, des allergènes et des agents infectieux. Elle permet la synthèse de la vitamine D, d'effectuer des échanges thermiques et d'éliminer des substances comme le fer et le cholestérol. Il s'agit de l'organe du cinquième sens, le toucher, pour interagir avec notre environnement. La peau a un rôle de présentation, elle sert d'interface avec l'autre, elle a un rôle social et donc psychologique.

La peau peut être source de pathologie. La dermatologie est une discipline vaste touchant aussi bien l'infectiologie, le vasculaire, la traumatologie, l'immunitaire...

Les pathologies cutanées sont fréquentes en population générale. Selon l'étude « Objectif peau », un tiers de la population serait atteint par au moins l'une d'elle au cours de l'année. (2)

Au niveau international, la fréquence de consultations pour affections cutanées, si elle est disponible varie selon les pays et leur système de santé. (3) (4) (5) En France, plusieurs travaux dont l'étude ECO-GEN (6) estimaient le pourcentage de consultations en médecine générale pour affection dermatologique à environ 5%. (7) (8) (9) (10)

La démographie médicale dermatologique est en baisse, avec une perte de 10% des dermatologues en 10 ans selon le conseil national de l'ordre des médecins. (11) Les médecins généralistes, en qualité de médecins de premier recours en sont impactés.

Cependant, la dermatologie est une discipline redoutée des internes (12) (13) et des médecins généralistes selon de nombreuses thèses. (14) (15) (16) (17) Le manque de formation pratique durant les études est souvent mis en cause. (18) Pour y pallier, de plus en plus d'outils d'aide à la décision médicale en dermatologie et dans d'autres disciplines se développent, que ce soit pour le diagnostic ou la thérapeutique (thérapeutique-dermatologique, dermatoclic, e-pansement, dermato-info, atlas de dermatologie, antibioclic, dermiS, escarre.fr...).

Le département des Alpes-Maritimes bénéficie d'une offre de soins plus importante que la plupart des départements français. Il y a une forte densité de dermatologues avec 33 dermatologues pour 100 000 habitants (contre 4/100 000 en moyenne). La densité des médecins généralistes (INSEE) est elle aussi plus importante que la moyenne nationale avec 122 médecins pour 100 000 habitants. Soit 1380 médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes et 106 dermatologues (19) pour une population

d'environ un million d'habitants. (20) Le délai moyen de rendez-vous dermatologique est de 61 jours dans ce département. (21)

De plus, la région PACA se situe au troisième rang des régions touristiques, la côte d'azur bénéficie d'un afflux touristique d'environ 600 000 personnes au pic de fréquentation à la mi-août. (22) (23) En parallèle, les affections cutanées sont elles aussi plus fréquentes durant la période estivale.

Malgré ces atouts en termes de démographie médicale, il paraît pertinent de savoir dans quelle proportion la médecine générale de ville est impactée dans les Alpes-Maritimes par les affections dermatologiques. Le travail d'un interne en fin de cursus, en stage de médecine de ville est un moyen d'estimer cette pratique.

Le SASPAS, stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée est un stage obligatoire, depuis 2017, pour les internes de dernière année de médecine générale. (24) Dans une thèse, la majorité des internes estimait que la formation en dermatologie devait passer par le SASPAS. (25) Mais que voit réellement un interne en fin de cursus en termes d'affections cutanées ?

L'objectif principal de cette thèse est de recenser et de décrire les consultations à motif principal, secondaire ou incident dermatologique et les outils utilisés par l'étudiant pour y porter réponse.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive avec recueil des données prospectif multicentrique réalisée par une interne de médecine générale.

2.2 POPULATION

2.2.1 Inclusion /Non inclusion /Exclusion

Tous les patients se présentant au cabinet de médecine générale avec au moins une pathologie cutanée ont été inclus, sans critère d'âge. Les patients avec un motif dermatologique en téléconsultation ont aussi été inclus. Les patients consultant plusieurs fois pour le même motif cutané ont été inclus, dans le cadre du suivi, ainsi que les patients revus plusieurs fois, mais pour des motifs cutanés différents.

Les motifs pouvaient être : Principaux, Secondaires ou Incidents.

Les problèmes médicaux non dermatologiques n'ont pas été inclus sauf si le symptôme dermatologique correspondait à une maladie générale.

Les patients exprimant ouvertement leur refus de participer à l'étude seraient exclus, il n'y en a pas eu.

2.2.2 Informations recueillies

Les informations recueillies concernaient les caractéristiques sociologiques des patients, le contexte de la consultation, les données sur le motif de consultation, sur la typologie de l'affection cutanée et les outils diagnostics employés pour la prise en charge.

2.3 DEFINITIONS UTILISEES :

Définition du motif principal de consultation : motif amenant le patient à consulter.

Définition du motif secondaire de consultation : motif ayant amené secondairement le patient à consulter sans être le motif principal de consultation.

Définition du motif incident : problème cutané ayant été diagnostiqué par le médecin sans que celui-ci n'ait été signalé par le patient.

2.4 LOCALISATION ET DUREE DU RECUEIL

Le recueil des données a eu lieu trois jours par semaine, du 3 juin 2020 au 30 octobre 2020. Le stage n'a duré que cinq mois pour cause de crise sanitaire.

Il s'est effectué dans trois cabinets de médecine générale, dans le département des Alpes-Maritimes :

- Cabinet 1 : A Saint-Cézaire-sur-Siagne, une ville de 4000 habitants, en zone semi-rurale. Chez un médecin en secteur un, avec consultations sans rendez-vous.
- Cabinet 2 : A Cannes, une ville de 70 000 habitants, en zone urbaine, dans un cabinet de groupe. Chez un médecin en secteur un, avec secrétariat et prise de rendez-vous possible en ligne.
- Cabinet 3 : A Cannes, dans un cabinet de groupe. Chez un médecin en secteur deux, avec dépassement d'honoraires, avec secrétariat et prise de rendez-vous possible en ligne.

Le matériel médical utilisé était celui mis à disposition par les praticiens dans leur cabinet.

2.5 METHODE DE RECUEIL DES DONNEES

Les données ont été recueillies au fur et à mesure des consultations puis intégrées sur un tableur Excel, quotidiennement, par l'auteur. Les données ont été stockées sur un ordinateur personnel bloqué par un mot de passe.

Un travail préparatoire avec un dermatologue a été effectué dans le but de catégoriser les différentes pathologies les plus fréquemment rencontrées.

2.6 CATEGORISATION DES PATHOLOGIES

Pour faciliter le recueil des pathologies, celles-ci ont été classées en grandes catégories, la CIM 10 étant difficile d'utilisation pour réunir tous les motifs cutanés. Prises séparément, les pathologies ont été codifiées par leur code en CIM 10. (**ANNEXE 1**)

Les grandes catégories retenues étaient : les plaies, les maladies infectieuses, les tumeurs bénignes et malignes, les dermatoses, les pathologies vasculaires, les pathologies des muqueuses, les pathologies des phanères, les pathologies des paupières et les autres pathologies.

2.7 GESTION DE L'INCERTITUDE ET DE L'URGENCE

En cas d'incertitude diagnostique, un avis était demandé au maître de stage, soit par téléphone, par photo ou le patient était adressé à un confrère. Si la lésion n'était pas suspecte d'être maligne, un test thérapeutique pouvait être envisagé avec un suivi. En cas de diagnostic différent après avis d'un

confrère, le diagnostic conservé pour la pathologie était celui du maître de stage ou du spécialiste en dermatologie.

En cas de lésion urgente le patient devait être adressé aux urgences, ou à un confrère : spécialiste médical ou chirurgical.

2.8 ANONYMAT ET ETHIQUE

L'anonymat des patients a été respecté.

Une information auprès du délégué à la protection des données de la faculté a été faite. Cette étude était une étude interne, elle ne nécessitait aucune autorisation du comité de protection des personnes (CPP).

Le consentement oral ou écrit auprès des patients n'était pas obligatoire dans ce type d'étude, néanmoins une information était faite la plupart du temps. Une information orale a été faite aux représentants légaux des enfants.

2.9 ANALYSE DES DONNEES

Les données brutes ont été traitées.

Le travail étant descriptif, il n'y a pas eu d'analyse statistique des données.

2.10 FINANCEMENT ET CONFLIT D'INTERET

Aucun financement et aucun conflit d'intérêt n'étaient à déclarer.

3 RESULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS

3.1.1 Consultations totales

Au cours des cinq mois de stage, 880 consultations tous motifs confondus, sur les trois cabinets ont été réalisées. Soit une moyenne de 7.6 consultations par demi-journée, ce qui correspond aux recommandations du guide du SASPAS. La répartition des consultations a été équivalente entre les cabinets avec 33.1% dans le cabinet 1, de 38.4% dans le cabinet 2, de 28.5% dans le cabinet 3.

3.1.2 Consultations avec un problème cutané

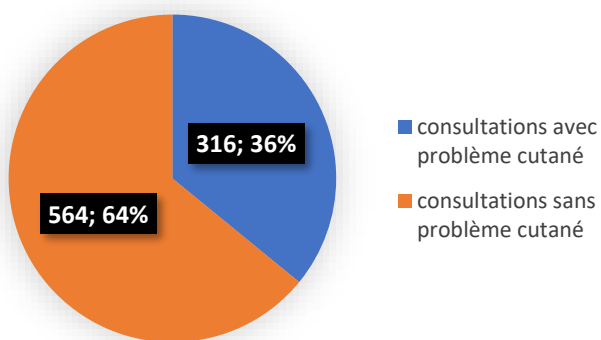


Figure 1 : Proportion de motifs cutanés sur l'ensemble des consultations

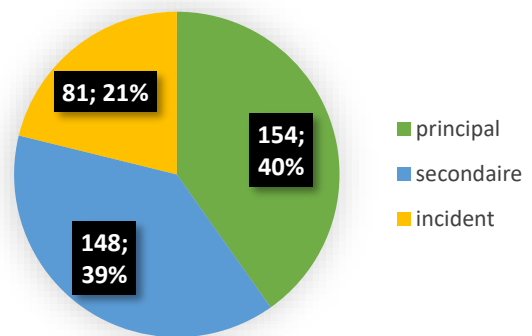


Figure 2 : Répartition des motifs de consultation parmi les problèmes dermatologiques

Il y a eu 316 consultations (**figure 1**) où au moins un problème dermatologique a été identifié, 12 patients avaient déjà été revus pour le même motif, et 3 ont été vus pour un autre motif cutané lors d'une autre consultation. Le nombre de pathologies cutanées était de 383, du fait de plusieurs motifs associés en une consultation. Les pathologies ont été réparties en motifs principaux (MP) soient 154, secondaires (MS) soient 148, et incidents (MI) soient 81 motifs. Parmi celles-ci, il y a eu 5.3% de demandes de fin de consultation. La répartition au sein des motifs cutanés est représentée dans la **figure 2**.

Au total il y a eu 45 urgences réelles ou ressenties soit 14.2% des consultations, également réparties entre les cabinets. Il s'agissait principalement de plaies, de brûlures ou d'éruptions. Le nombre de consultations avec rendez-vous programmé était de 213 soit 67.5%, ce qui respectait les modes de fonctionnement des cabinets.

3.1.3 Caractéristiques des patients

La proportion de femmes représentait une légère prédominance avec 53% des patients. La moyenne d'âge était de 51.3 ans, et les extrêmes 0 à 95 ans. La proportion de touristes était de 17.4%. La proportion de patients médecins traitants était de 63.9%. Les caractéristiques principales des patients figurent en **ANNEXE 2**.

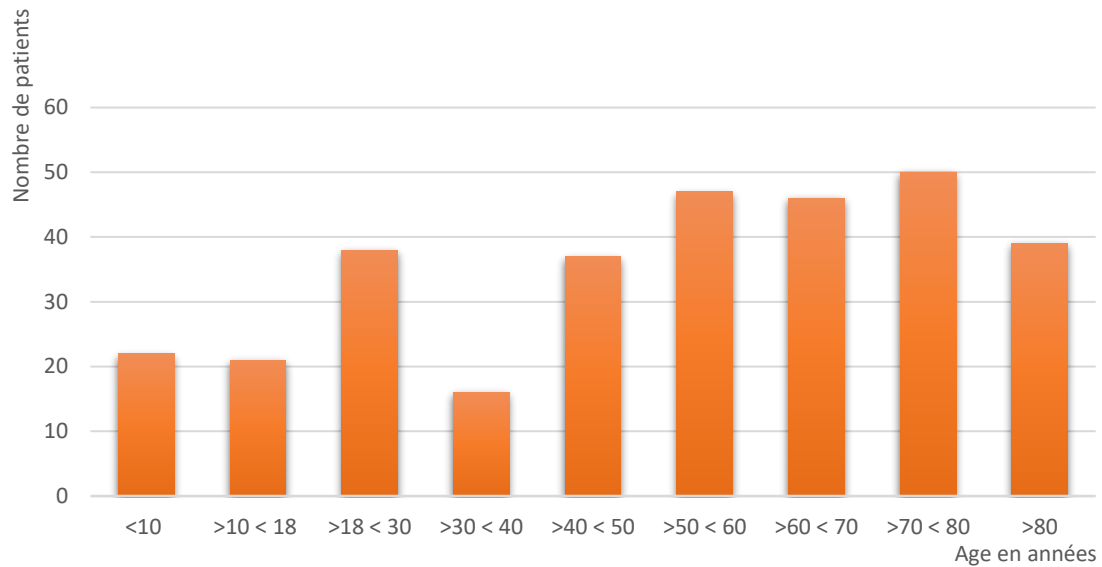


Figure 3 : Répartition d'âge des patients avec un problème cutané

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 70-80 ans avec 16% principalement avec les tumeurs cutanées, et la moins représentée était celle des 30 à 40 ans avec 5%.

3.2 DONNEES SUR LA PATHOLOGIE DERMATOLOGIQUE

3.2.1 Durée des symptômes

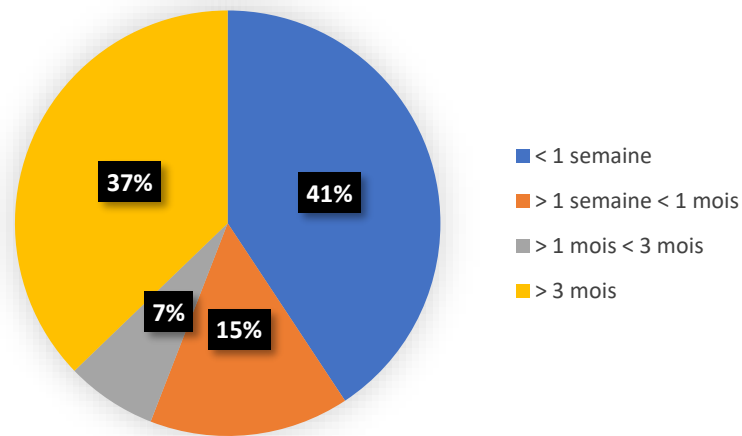


Figure 4 : Durée des symptômes avant la consultation en médecine générale

3.2.2 Consultation préalable ou automédication

Sur les 316 patients ayant consulté avec un problème dermatologique, 169 d'entre eux soit 53.4% avaient déjà consulté un confrère : 46 avaient été vus par un dermatologue ou chirurgien (esthétique, ORL, maxillo-facial), 123 avaient déjà consulté un médecin généraliste, pour 152 d'entre eux, leur pathologie était déjà connue, du fait d'une visite antérieure chez un médecin, toute spécialité confondue, mais pour 16 d'entre eux le diagnostic n'était pas établi. Pour 30 patients, il s'agissait d'une récurrence de leur problème cutané après une période asymptomatique. Il y a donc eu 152 consultations de suivi de pathologie cutanées soit 48.1%.

En tout, 29 patients avaient tenté de s'automédiquer, dont plusieurs patients adressés en urgence par la pharmacie.

3.2.3 Localisation des lésions cutanées

Les lésions étaient localisées pour 86.9% patients, et pour 7.6 %, aucune lésion n'était visible à l'examen clinique. Les atteintes étaient pour 27.9% au visage, pour 25.7% une atteinte du membre supérieur dont 8.4 % à la main, 22.3 % aux membres inférieurs dont 6.5 % au pied, pour 23.8% au tronc. Parmi les 316 consultations, 89 patients présentaient une altération de la qualité de vie du fait d'une lésion cutanée soit 28.1%, 10 patients avaient une légère altération de l'état général soit 3.1%, et un patient avait de la fièvre.

3.2.4 Typologie des pathologies par ordre de fréquence

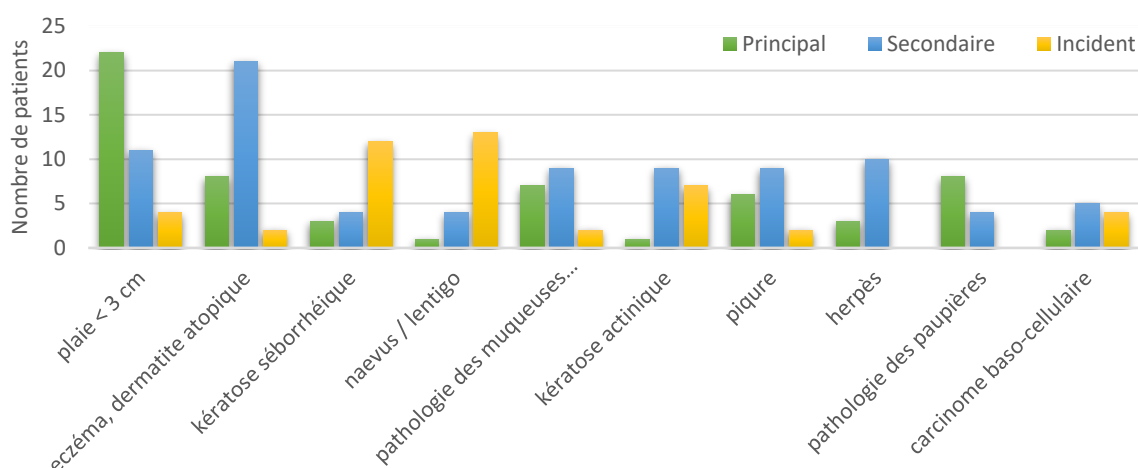
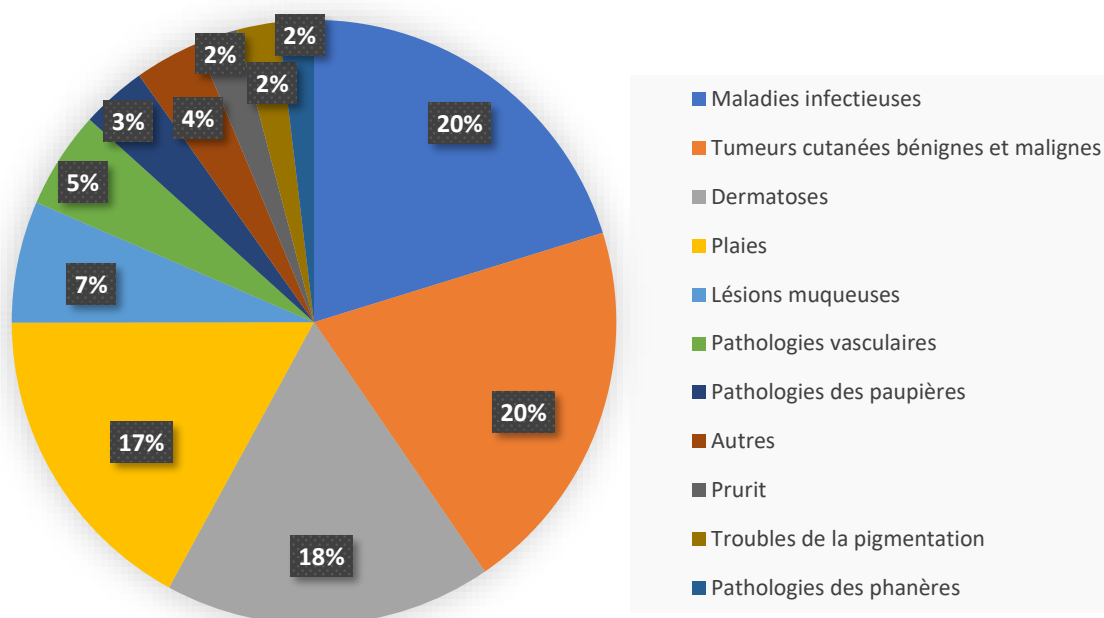


Figure 5 : Les dix pathologies les plus fréquentes en fonction du motif de consultation

Les trois premiers MP, dans l'ordre de fréquence étaient les **plaies aiguës** (14.3%), les **allergies cutanées et l'urticaire** (6.5%), puis l'**eczéma et la dermatite atopique** (5.2%) et les **pathologies des paupières** (5.2%). Les trois premiers MS étaient l'**eczéma et la dermatite atopique** (14.2%), les **plaies aiguës** (7.4%), et l'**herpès** (6.8%). Les trois premiers MI les plus fréquents étaient les **naevus et lentigos** (17.8%), les **kératoses séborrhéiques** (16.4%), puis les **kératoses actiniques** (11.0%). Les résultats complets sont en **ANNEXE 3**.



Autres : molluscum pendulum, éruption cutanée non constatée, phlyctène, hypersudation, xérose, phytophotodermatose, mélasma, cor, kyste sébacé, lipome

Figure 6 : Pathologies cutanées rencontrées en médecine générale par grandes catégories

3.3 MOYENS DIAGNOSTICS

3.3.1 Outils matériels

Pour le diagnostic cutané, la photo a été utilisée chez 64 patients, la loupe chez 38 patients, le déshabillage partiel ou total chez 109 patients (un quart des patients avait des lésions au visage, ne nécessitant pas de déshabillage), et l'éclairage (lampe frontale ou amovible) chez 67 patients. Ces outils permettaient de mieux apprécier la lésion pour pouvoir la décrire, identifier les lésions élémentaires et de se référer aux connaissances. Ainsi le même langage pouvait être parlé avec le MSU et le spécialiste. En cas de difficulté à identifier les lésions - macule, papule, nodule, pustule, vésicule, bulle, perte de substance, érythème, croûte, œdème, squame, xérose, lichénification, suintement, fond lésionnel - et leur extension - topographie, localisée, diffuse - la photo était indispensable pour comparer et demander des avis. La photographie pouvait aussi être demandée au patient, pour juger de l'antériorité, et servir au suivi.

Le dermatoscope et la lumière de Wood n'ont pas été utilisés, n'étant pas disponibles aux cabinets, et n'ayant pas reçu de formation à la dermatoscopie. Le recours aux livres de dermatologie s'est fait huit fois, et un carnet de notes personnelles a été utilisé 20 fois. Les examens complémentaires ayant contribué au diagnostic ont été : 5 biopsies cutanées au punch ou emporte-pièce (4 lésions suspectes de malignité et 1 pour des lésions remaniées avec errance diagnostique), 2 prélèvements au laboratoire (prélèvements unguéaux), 10 examens biologiques (alopécie, purpura, prurit nu, érysipèle, condylomes et bilan IST) et une imagerie (pour un doute entre une thrombose et un érysipèle).

3.3.2 Outils numériques

Les outils numériques utilisés ont été internet avec google sur le téléphone ou l'ordinateur chez 46 patients, les antécédents dermatologiques du dossier médical chez 83 patients, la télémedecine sauvage (sollicitation de l'avis d'un confrère hors parcours de soin) 3 fois, un groupe de pair en messagerie instantané a été utilisé 5 fois (pour les doutes infectieux), les sites internet médicaux chez 21 patients : principalement thérapeutique-dermatologique.fr et dermatoclic.fr, étant deux outils que je connaissais et maîtrisais.

Les atlas photographiques n'ont pas été utilisés pendant la consultation, la navigation étant trop chronophage, mais quelques fois à posteriori pour avoir une réponse à apporter lors d'une consultation future.

Aucune application, ni d'utilisation de la téléexpertise (sollicitation de l'avis d'un ou plusieurs confrères en raison de leur compétence ou de leur formation, dans le cadre de la prise en charge d'un patient) n'ont été faites. Il n'y a pas eu recours au DMP.

3.3.3 Moyens humains

Les moyens humains employés pour le diagnostic, ont été pour 60 patients un avis demandé au maître de stage universitaire (MSU) pendant la consultation soit dans 15.7% des cas.

Au total, 28 patients ont été adressés au dermatologue, majoritairement pour des lésions pigmentées, soit 7.3% dont quatre après avis du MSU.

Douze patients ont été adressés à des chirurgiens soit 3.1% dont un après avis du MSU, il s'agissait d'abcès, de panaris et de lésions suspectes ou non du visage.

Un infirmier a été contacté pour aider au diagnostic grâce à l'évolution lésionnelle et des symptômes au domicile.

Aucun patient n'a été adressé aux urgences ni en hospitalisation.

4 DISCUSSION

4.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

4.1.1 Forces

La durée de recueil des données a été de cinq mois avec un investissement important dans ce travail, permettant un suivi des patients. L'étude était prospective, au fur et à mesure des consultations, permettant de diminuer le biais de mémorisation. Le nombre total de 880 consultations est assez grand et permet d'augmenter la représentativité de l'étude, diminuant le biais de sélection.

Les modes d'exercices étaient variés pour représenter au mieux la population, avec différentes conventions (secteur 1 et 2), seul et en groupe, avec secrétariat présentiel ou non. Le recueil s'est effectué dans deux lieux distincts, un en zone semi-rurale, et un autre sur le littoral en centre-ville, cela a permis de voir deux populations différentes, avec des besoins différents. En cas de doute, un second avis, celui du médecin maître de stage était demandé, ce qui permettait un double regard. Les patientèles étaient celles de trois médecins, hommes, de plus de 60 ans, installés au même endroit depuis plus de dix ans, ceci correspondait aux caractéristiques de la majorité des médecins généralistes installés en France. (26)

Les PC ont été plus importants en été et concernaient 3.2 consultations par demi-journée en juillet contre 1.7 en octobre, il s'agissait d'une période à laquelle les dermatoses augmentent. Un autre atout était la fréquentation touristique importante sur la côte d'azur (8.5 consultations par demi-journée en août contre 7.0 en octobre).

4.1.2 Faiblesses

Du fait de la crise sanitaire du COVID, l'étude a été écourtée d'un mois. Il y a eu moins de touristes français et étrangers. (27) La population et les consultations ont pu être impactées, n'étant pas représentatives du tourisme habituel.

Certains patients préféraient consulter leur médecin traitant plutôt qu'un interne, connaissant le fonctionnement du cabinet, ils venaient un autre jour, créant un potentiel biais de recrutement.

L'étude a été faite exclusivement en période estivale, ce qui a pu entraîner une sélection des pathologies. Une étude du syndicat des dermatologues allait en ce sens : en été, on observe une augmentation des lucites estivales bénignes, des taches pigmentées, des mycoses ainsi qu'une augmentation des IST. On retrouvait également des lésions à type de piqûre (méduse, oursin), des photodermatoses et des phytophotodermatoses. (28) Ces pathologies ont été vues pendant le stage, mais ont été peu fréquentes, hormis les mycoses, les taches pigmentées et les piqûres d'insectes.

Un biais d'appétence a pu exister du fait de mon intérêt pour la discipline et de ma formation avec un stage d'externe et d'interne en dermatologie, ce qui n'est pas représentatif de tous les internes.

4.2 COMPARAISON DES PRINCIPAUX RESULTATS

4.2.1 Prévalence des consultations dermatologiques

Dans cette étude, les problèmes cutanés sont présents dans 35.7% des consultations de médecine générale. Les résultats sont bien supérieurs aux résultats internationaux connus, qui se situent entre 4.4% et 18.8% selon les pays et leur système de santé. Ceci s'explique par l'inclusion des MS et MI de consultation, par la définition de problème cutané, et par la focalisation sur les problèmes cutanés durant le stage. Une étude américaine estimait que plus d'un tiers de la population souffrait d'un problème de peau, une recherche canadienne synthétisant les études de 12 pays différents (29) retrouvait les dermatoses au 7ème rang des motifs de consultations dans les pays développés, soit 8.6%. En France, la fréquence des problèmes dermatologiques en médecine générale se situerait entre 4 et 10 % des consultations. (6) (7) (8) (9)

Dans notre étude, en ne prenant que les diagnostics principaux et secondaires, dont la demande émanait du patient, près d'un tiers des patients avaient au moins un motif dermatologique. Et dans près de la moitié des cas, il s'agissait du suivi d'une pathologie déjà connue. Un tiers consultait dans la semaine après l'apparition de la lésion, un autre tiers consultait plus de trois mois après. Cela nécessitait de savoir gérer l'aigu rapidement avec les plaies, les éruptions et aussi les problèmes chroniques ou anciens souvent l'eczéma, l'herpès, et les lésions pigmentées.

Dans 5,3% des cas, le problème cutané (PC) était un motif déclaré en fin de consultation, il était classé en motif secondaire. Dans une autre thèse, (10) les PC étaient en seconde position des motifs de fin de consultation avec 8.8%. C'est un temps supplémentaire à la consultation, initialement négligé par le patient. En tant qu'étudiant, je ne trouvais pas facile de vouloir bien soigner, et tout soigner, dans un créneau de vingt minutes. Une solution, pour aider à la gestion du temps était de recueillir les motifs de consultation dès le début de la consultation et de les hiérarchiser.

4.2.2 Typologie des consultations

Les données connues concernant la typologie des consultations pour motifs cutanés, en médecine de premier recours, étaient discordantes. Les raisons de ces discordances peuvent être la population étudiée, la période, le mode de recueil, la définition de problème cutané lors de l'inclusion, les systèmes de santé des autres pays. Les plaies n'étaient que peu incluses. Dans les études internationales connues, le diagnostic le plus fréquent était l'eczéma. Parmi les recherches récentes, en Angleterre, une étude retrouvait dans cet ordre : l'eczéma, les infections, les tumeurs bénignes ; (30) et une étude

Australienne : les dermatoses de contact, l'ulcère chronique et l'acné. (31) En France, les données n'étaient pas non plus uniformes, cependant les pathologies avec les plus grandes prévalences étaient l'eczéma, les maladies infectieuses, les tumeurs bénignes, et les réactions allergiques.

Notre étude descriptive, dans ce bassin de population a montré que les pathologies les plus souvent rencontrées étaient les maladies infectieuses, des tumeurs bénignes et malignes, puis des dermatoses et des plaies.

Les lésions traumatiques n'étaient pas souvent incluses mais étaient fréquentes, il faut donc bien savoir les prendre en charge. La connaissance de traitements locaux (crèmes et pansements), et des gestes techniques de suture sont utiles, particulièrement en semi-rural, zone où j'ai rencontré le plus de plaies. De même, en aigu, les maladies infectieuses étaient fréquentes, je me suis souvent aidée du site dermatoclic.fr et antibioclic.fr. L'eczéma était souvent connu des patients, car chronique, il s'agissait plutôt d'un suivi, ou de l'adaptation des traitements. Dans l'ensemble, les suivis n'ont pas été problématiques.

Les doutes diagnostiques ont été fréquents, pour les pathologies aiguës, cependant hors infections et allergies, elles étaient rarement urgentes. Du fait d'une pathologie visuelle, les patients espéraient souvent un diagnostic et un traitement efficace immédiats, alors que le temps était plus accepté pour d'autres spécialités.

Les doutes ont été :

- Entre plusieurs diagnostics par la présentation clinique. *Par exemple : un eczéma ou une gale eczématisée devant des lésions de grattage diffuses et des excoriations*
- Sur un unique diagnostic non certain à cause de l'interrogatoire. *Par exemple : la suspicion de toxidermie devant une éruption diffuse après la prise d'un antibiotique qui avait déjà été pris auparavant sans réaction*
- Par le manque de connaissances approfondies sur certaines pathologies. *Par exemple : Devant une dépigmentation : pityriasis versicolor, début de vitiligo ?*

Concernant les lésions anciennes, les doutes ont surtout porté sur la présentation clinique, et l'évolution souvent peu connue des patients. *Par exemple : différencier une kératose actinique et un carcinome épidermoïde débutant, ou le diagnostic des CBC plans.*

4.3 MOYENS DIAGNOSTICS ET PISTES D'AMÉLIORATIONS

4.3.1 Outils personnels

De cette expérience descriptive, pour résoudre les PC et avancer dans la démarche diagnostique, les outils personnels étaient d'abord utilisés. Il s'agissait en premier lieu d'une démarche diagnostique clinique, le patient montrant sa lésion, et faisant appel à une pathologie connue et déjà vue auparavant. En cas de doute, c'était plutôt la démarche hypothético-déductive qui était privilégiée, avec l'interrogatoire et l'examen clinique [observation, palpation, vitropression, curetage, signe de Nikolsky avec décollement cutané, phénomène de Koebner avec reproduction de la lésion initiale] donnant les hypothèses les plus probables.

La formation des internes en médecine générale à la dermatologie n'est pas équivalente selon les facultés. Elle serait en cinquième position des spécialités pour lesquelles les internes souhaiteraient se former. (16) Une des solutions envisagées, bien que difficilement applicable en pratique, était de bénéficier d'un enseignement avec un dermatologue libéral. Une étude, à Bordeaux, faisait état que tous les internes de médecine générale avaient déjà été confrontés à la dermatologie, mais seulement un tiers ont bénéficié d'un stage en dermatologie, et 1% en tant que stage d'interne. Les difficultés diagnostiques étaient principalement sur les lésions tumorales (KS, KA, CBC) engendrant un fort adressage au dermatologue. (16)

Quant aux tumeurs bénignes et malignes, qui évoluaient depuis plus de temps, il était question de chercher des critères de gravité : le « vilain petit canard, les critères ABCDE, l'évolution rapide ». Donner des outils de surveillance au patient, ou à leur conjoint selon la position de la lésion. En effet, le diagnostic était rarement certain, et le traitement pas toujours disponible au cabinet de médecine générale. Pour les lésions aiguës, hormis une urgence potentielle avec un rendez-vous pris par nous-même, elles avaient souvent disparu le temps de consulter un spécialiste, d'où l'intérêt de l'iconographie médicale.

Après élimination de l'urgence ou de la gravité potentielle et examen de l'état général du patient, le temps pouvait être un outil à la fois diagnostique et thérapeutique, sans qu'un autre traitement ne soit nécessaire. Je l'ai souvent utilisé avec un rendez-vous de suivi pour juger de l'évolution de lésions élémentaires. Parfois aucun diagnostic n'était formel, seules des suppositions pouvaient être faites, cela nécessitait des capacités communicationnelles pour discuter de l'incertitude avec le patient.

Un test thérapeutique pouvait être envisagé, surtout local, soit parce que le traitement pouvait fonctionner pour les différentes hypothèses ou parce qu'il y avait peu de risque à le tenter. C'était souvent la gêne du patient qui poussait à cette attitude. Une étude portant sur les MG, relevait que cette prise en charge était fréquente, en effet près de deux tiers des MG estimaient se sentir parfois en difficulté

en pathologie cutanée et un tiers très souvent en difficulté. La majorité des médecins prescrivait un traitement d'épreuve avant d'adresser au spécialiste. (17) Ils éprouvaient des difficultés diagnostiques pour les lésions pigmentées, les toxidermies, les maladies rares et la gale.

Le déshabillage était un outil très utile pour les diagnostics incidents et le dépistage des lésions tumorales. Cependant, malgré un intérêt porté aux problèmes cutanés pendant ce stage, cela n'a pas été facile à mettre en place (seulement un tiers des patients avec un PC). En effet, ceci était chronophage, les patients y étaient parfois réticents. J'utilisais souvent l'examen clinique classique et en profitais si je voyais une lésion qui m'interpellaient. 26 % des médecins disaient examiner leurs patients en sous-vêtement, le manque de temps était mis en avant. (17) Dans une thèse, les dermatologues estimaient que les compétences dermatologiques du médecin généraliste étaient correctes pour le suivi mais moins bonnes pour les diagnostics tumoraux. (32) Le manque de déshabillage des patients était mis en avant. La WONCA (33) définissait les rôles principaux du médecin généraliste dont la prévention fait partie. Selon l'étude ECOGEN (6) près d'un quart des résultats de consultation correspondait à de la prévention et plus de la moitié initiée par le médecin généraliste. A titre d'exemple, une journée nationale de dépistage des cancers cutanés par les dermatologues avait permis le diagnostic de 2650 lésions cancéreuses (CBC, mélanomes, CE). (34) Il pourrait être intéressant de créer une consultation de médecine générale dédiée à la prévention dans laquelle s'intégrerait un examen dermatologique complet avec une cotation spécifique, cela créerait un temps dédié, où le déshabillage serait possible.

4.3.2 Outils matériels

Le matériel utile au diagnostic en dermatologie courante est assez restreint. Il comprend le matériel de petite chirurgie, le dermatoscope, et la lumière de Wood.

Les médecins généralistes ne possèdent pas souvent ce matériel. (35) Un des moyens diagnostic était la biopsie cutanée, or seuls 3.9 % des médecins généralistes les réalisent. (36) Je l'ai moi-même peu utilisée, d'ailleurs nous n'en avons pas tous appris le geste dans notre formation. L'apprentissage dans les centres de simulation des facultés, sur mannequins, proposés aux externes, pourraient être un bon moyen pour les internes qui souhaiteraient revoir ce geste, car tous n'en ont pas bénéficié. De même, les formations post-universitaires couplées entre les internes et MSU sont utiles pour les apprentissages pratiques, tournés vers la médecine générale.

Le dermatoscope, très utile pour le dépistage des cancers cutanés est rarement présent en cabinet de MG, seuls 6% des médecins généralistes en sont équipés et y sont formés. (18) (36) Les justifications avancées pour le manque d'utilisation de ces moyens diagnostiques étaient le manque de temps de formation, la crainte des conséquences médico-légales, et les limites de leurs compétences. (18) Il se-

rait intéressant que les MSU en aient à leur cabinet et y soient formés, surtout pour les tumeurs cutanées courantes, celles-ci ayant une grande prévalence. Pour se perfectionner, des formations FMC en dermatologie existent et ont prouvé leur efficacité. (37) La formation diagnostique orientée vers la pathologie tumorale serait à développer.

La loupe et le bon éclairage (lumière du jour si possible) étaient très fréquemment utilisés, pour mieux identifier les lésions élémentaires et parler le même langage que le dermatologue.

Les biologies et l'imagerie étaient assez peu utilisées en dermatologie pour le diagnostic. (38)

4.3.3 Moyens humains

Quand les outils personnels ou matériels étaient insuffisants au diagnostic de manière immédiate, les ressources externes étaient nécessaires. Cela pouvait être en premier lieu l'avis immédiat du MSU (qui a été fait directement dans 15% des cas) par téléphone ou envoi d'une photo par MMS/messagerie instantanée qui a été fréquemment utilisé, ou l'avis d'un collègue du cabinet de groupe.

Quand on jugeait que le diagnostic pouvait être différé/ non immédiat, les photos et la discussion pouvaient se faire lors du débriefing avec le MSU le soir. Dès le début du SASPAS, il était intéressant de demander les coordonnées des correspondants des MSU. Les spécialistes en ville étaient facilement joignables, ou leur secrétariat sur appel, donnait généralement un rendez-vous dans la semaine. Pour l'apprentissage, il était très intéressant d'avoir le courrier de retour du spécialiste, pour ma part je n'en ai reçu qu'un, confirmant un CBC suspecté. J'ai parfois utilisé un groupe de pair virtuel entre internes, plus réactif, inspiré des groupes de GEASP.

Pour juger de l'évolution, j'ai appelé une fois un infirmier, qui a été une aide utile car l'interrogatoire du patient était déficitaire. Je n'ai pas appelé les laboratoires, car ils n'étaient pas joignables rapidement, même si cela aurait pu m'orienter pour faire d'éventuels prélèvements (Ex : suspicion d'onychomycose).

Durant ce stage, 10.4% des patients consultant pour un PC ont été adressés à des confrères (chirurgiens ORL, ophtalmologue, maxillo-facial, dermatologue), principalement pour des lésions suspectes d'être malignes, quelques fois pour les dermatoses et peu pour les maladies infectieuses. Dans une étude, devant un PC tumoral, les MG référaient leur patient à un confrère dans 82 % des cas, soit un à trois patients par mois. (18) Le département des Alpes-Maritimes est privilégié par rapport à d'autres (39), avec une offre de soin de dermatologie importante, malgré cela le délai de rendez-vous y est long s'il est pris par le patient (68 jours à Cannes ; 49 jours à Grasse, ville plus proche de Saint Cézaire). (43) Pour pallier ce délai de rendez-vous et faciliter les diagnostics, l'URPS-ML de la région SUD a créé un outil de téléexpertise en dermatologie accessible par email ou QR code. (40) La télé-

expertise en est encore à ses balbutiements, et n'a pas été expérimentée pendant ce stage, mais il serait pertinent d'avoir un retour sur cette pratique.

Dans d'autres régions, il existe des réseaux de prise en charge en dermatologie. (Pour les plaies chroniques « Domoplaie, TELAP, Cicat Occitanie, Cicat 63, Avis plaie » ou pour le mélanome « Mélanome ouest »). Un projet similaire national ou départemental pourrait être utile. Les CPTS se développent actuellement avec le COVID et l'organisation des vaccinations, elles mettent en relation différents professionnels de santé avec des annuaires sur les sites des CPTS. Les spécialistes y adhèrent s'engagent à prendre en charge les soins non programmés. L'adhésion des internes ou MSU aux CPTS locales pourrait renforcer le lien généralistes - dermatologues.

4.3.4 Outils numériques

L'intégration des photos lésionnelles au logiciel patient était très utile pour le diagnostic, le débriefing et le suivi du patient. Pour cela, j'ai dû ajouter un convertisseur pour la compatibilité entre les systèmes d'exploitation (Apple et Android).

Avec l'essor des nouvelles technologies, de nombreux outils pour aider à la prise de décision médicale ont été créés, les SADM. En dermatologie, ceux-ci peuvent aider aussi bien au diagnostic qu'à la thérapeutique. Selon une étude réalisée chez les médecins généralistes en 2016, 94 % des médecins possédaient un smartphone et 64 % utilisaient une application médicale. (41) Depuis, d'autres applications et sites médicaux ont été développés. Selon le baromètre des médecins utilisateurs de smartphone, l'utilisation professionnelle de celui-ci se ferait à 65 % pour l'aide à la prescription (en 2016). Les sites internet sont utilisés quasiment quotidiennement par les médecins généralistes. Pour aider au diagnostic visuel, des atlas d'images et photos en ligne sont disponibles (atlasdermato.org, dermnet, dermatlas, on-line atlas dermatologie etc). Je les ai peu utilisés, la recherche de pathologies n'étant pas aisée dessus. Peut-être qu'une photothèque des pathologies fréquente sur l'espace numérique de travail de la faculté, mise en favori, pourrait être utile, sans être exhaustive. Un site « dermatologic » d'aide au diagnostic utilisant un algorithme avait été créé, il a disparu à ce jour. (42) Les raisons du manque d'utilisation de ces outils sont la méconnaissance de leur existence, la caractère chronophage, payant, avec création de code d'accès, et ils sont essentiellement pour la thérapeutique. Pour certains SADM, la présence de conseils aux patients, imprimables en font des outils pertinents (thérapeutique-dermatologique, dermatoclic). (43) De ce fait, un site ou une application réunissant une aide au diagnostic et la thérapeutique pourrait faciliter le quotidien. Des applications créées par des laboratoires existent mais ne sont pas sans lien d'intérêt.

La télémédecine s'est fortement développée ces dernières années, et encore plus récemment avec la crise sanitaire. Plus de trois médecins généralistes sur quatre pratiqueraient la téléconsultation contre

moins de 5% avant la COVID. La répartition des médecins la pratiquant serait à 82% des médecins généralistes, et 1.1% de dermatologues. (44) La plupart avait moins de 50 ans, alors que plus d'un médecin sur trois a plus de 60 ans. (45) Cependant, durant le SASPAS, la téléconsultation a été peu utilisée, il ne s'agissait pas d'une demande de la part des patients. Cela aurait pu être justifié pour la dermatologie, étant une discipline visuelle, certains problèmes pouvant être gérés en téléconsultation plus que dans d'autres spécialités. C'est d'ailleurs l'expérience que j'ai eu lors de remplacements, où la téléconsultation était pertinente pour le suivi de pathologies déjà connues, à condition que la caméra fonctionne. En effet, selon les dermatologues (32) la télédermatologie avait un intérêt surtout dans les suivis ou pour juger du degré d'urgence mais rarement en consultation initiale. Cela s'expliquait par des problèmes d'éclairage, d'impossibilité de réaliser des gestes techniques, de toucher, de se rendre compte de la taille et de la couleur de la lésion, et donc peu utile pour le diagnostic.

Peut-être que dans un futur proche, la salle d'attente connectée va se développer, permettant de gagner du temps médical de consultation, et mettant en avant la prévention cutanée chez les patients.

5 CONCLUSION

La dermatologie est une discipline fréquente en médecine générale, et cela même dans un département avec une offre de soin favorisée. Bien qu'elle génère souvent des difficultés, elle s'intègre dans les compétences du médecin généraliste.

Le mérite de ce travail a été de montrer la typologie des pathologies cutanées en médecine de ville et de montrer que dans la moitié des cas, il s'agissait d'un suivi de pathologie déjà connue. Cette étude a mis en évidence que la formation de chaque interne lui permettait d'avoir la démarche diagnostique correcte, même en cas de doute, et de fournir un traitement adapté. Elle a également mis en évidence l'intérêt du stage de SASPAS pour former le futur médecin généraliste. Il faudrait favoriser les formations médicales continues couplées entre le MSU et l'interne de médecine générale, ainsi que les journées de consultation chez des spécialistes libéraux lors du SASPAS.

Les pathologies communément rencontrées doivent nous faire mettre l'accent sur les plaies, l'eczéma, l'herpès, et le dépistage des tumeurs cutanées. Les outils matériels existant sont peu utilisés, il faudrait encourager l'utilisation du dermatoscope et de la biopsie cutanée. La création d'une consultation dédiée à la prévention pourrait dégager un temps utile au dépistage.

La téléexpertise ne s'est pas encore implantée en pratique courante, elle serait à développer, tout comme un lien interprofessionnel grâce aux CPTS ou à des réseaux de dermatologie s'inspirant de ceux existants. Il ressort aussi de cette thèse que la création d'un site internet d'aide au diagnostic et à la thérapeutique serait pertinent.

Il serait intéressant de connaître la proportion de pathologies rencontrées en hiver et d'approfondir par un travail sur les moyens thérapeutiques à disposition de l'interne et du médecin généraliste.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. B. Devulder, E. Delaporte. La dermatologie du quotidien. Tout Prévoir.
2. Richard M-A, Corgibet F, Beylot-Barry M, Barbaud A, Bodemer C, Chaussade V, et al. Sex- and age-adjusted prevalence estimates of five chronic inflammatory skin diseases in France : results of the « OBJECTIFS PEAU » study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(11):1967-71.
3. Fleischer AB, Feldman SR, MConnell RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Fam Med*. oct 1997;29(9):648-52.
4. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care : Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol*. 1 août 2001;45(2):250-5.
5. Choi YM, Namavar AA, Wu JJ. Most Common Dermatologic Topics Published in Five High-Impact General Medical Journals, 1970–2012 : Melanoma, Psoriasis, Herpes Simplex, Herpes Zoster, and Acne. *Perm J*. 2014;18(4):29-31.
6. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2014;25:148-57.
7. Avogadro-Leroy S. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie. :100.
8. Aubert C. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute-Normandie. :101.
9. OMG - Top 50 des RC [Internet]. [cité 24 nov 2018]. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
10. Jouanin S, Figon S, Université Claude Bernard (Lyon). Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. [S.l.]: [s.n.]; 2006.
11. cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf [Internet]. [cité 14 déc 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
12. Mosnier R. Impact positif des applications mobiles dans la formation en dermatologie des internes de Médecine générale de Marseille. 2017;79.

13. Rousset L, Azot A, Halioua B. Évaluation du niveau de connaissance et des demandes de formation en dermatologie des internes en médecine générale. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 déc 2018;145(12, Supplément):S252-3.
14. Saury V. Prise en charge des dermatoses aiguës en médecine générale : état des lieux des connaissances et besoins des médecins généralistes en matière d'aide à la prise en charge. :116.
15. 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.
16. Dione A. État des lieux des compétences des Internes de Médecine Générale et concordance diagnostique dans la prise en charge des pathologies cutanées en soins de santé primaires. :141.
17. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes. :111.
18. Majewski E. Incertitude diagnostique en dermatologie et place de la télédermatologie en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais [Thèse d'exercice] Université de Lille ; 2018.
19. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: http://annuaire.sante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche/liste-resultats-page-1-par_page-20-tri-aleatoire.html
20. dep06 recensement. INSEE. 2020
21. 2018-10-10-DREES_delai-RV-PS.pdf [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-10/2018-10-10-DREES_delai-RV-PS.pdf
22. Tourisme - La fréquentation touristique se maintient – Bilan économique 2018 - Provence-Alpes-Côte d'Azur | Insee [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4160981?sommaire=4162317>
23. TOURISCOPE - L'observatoire du tourisme de la cote d'azur [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.cotedazur-touriscope.com/v2/barometre/index.html?action=barometre&idb=228>
24. guide-du-saspas.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://unice.fr/faculte-de-medecine/presentation/departements/medecine-generale/stages/guide-du-saspas>

25. Legentil T. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
26. Informations de la CARMF n°68 - Décembre 2020 - Statistiques - Page 01 sur 28 [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/68-2020/info-carmf.php?tete=stat01>
27. Provence-Alpes-Côte d'Azur : Activité dans le tourisme – Activité touristique : impact de la crise sanitaire Covid19 | Insee [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4625453?sommaire=4625628>
28. Syndicat des dermatologues. Les maladies dermatologiques de l'été [cité le 29/01/2021] Disponible sur :<https://www.syndicatdermatos.org/les-maladies-dermatologiques-de-lete/>
29. Finley CR, Chan DS, Ccfc SG, Ccfc CK, Ccfc MRK, MIs SC, et al. What are the most common conditions in primary care? :9.
30. KERR OA, TIDMAN MJ, WALKER JJ et al. The profile of dermatological problems in primary care. *Clinical & Experimental Dermatology*. 2010. 35(4). 380.3.
31. BRITT H, MILLER GC, HENDERSON J, University of Sydney. Family Medicine Research Centre. Sydney. AUS. General Practice activity in Australia 2015-2016. Sydney: Sydney University Press; 2016. 182p. (General practice series no. 40.)
32. Perdu_Laplace_Sophie. Prise en charge des pathologies cutanées en médecine générale : Le regard des dermatologues. Rouen. 2012
33. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
34. La Semaine de prévention et de dépistage des cancers de la peau - Détection précoce des cancers de la peau [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Journee-du-SNDV>
35. VASSEUR Marianne. La matériel diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste du Nord – Pas - de - Calais : Quel taux d'équipement ? Quelle fréquence d'utilisation ? Etat des lieux et propositions d'amélioration. 2014. Lille.

36. Venchi Fiona. Dermatoscopie en médecine générale en région PACA : état des lieux. Étude auprès d'un échantillon de 360 médecins généralistes libéraux. 22 mars 2019;113.
37. Effects of continuing professional development on clinical performance: results of a study involving family practitioners in Quebec. - Abstract - Europe PMI [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://europepmi.org/article/pMI/pMI3653659>
38. BELKAIIOUS Lucie. Etude de la variété et de la distribution des motifs et des résultats de consultation en médecine générale rurale. 2018. Lyon Sud.
39. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#z=275905,6834220,872726,558328;l=fr;v=map2>
40. Outil de téléexpertise dermato cardio. URPS ML PACA. [cité le 29 janvier 2021] disponible sur :https://www.urps-ml-paca.org/?mailpoet_router&endpoint=view_in_browser&action=view&data=WzEzNCwiMDkyNWJkYmliwOWFmliwwLDAsMTE1LDFd
41. Dang S. Utilisation des applications médicales smartphone par les médecins généralistes de Haute-Normandie en 2016. :73.
42. Lesenechal Claire. Dermatologic : Outil en ligne d'aide au diagnostic dermatologique pour les médecins généralistes. 2016. Paris
43. Bernard J. Dermatoclic: création et évaluation d'un site Internet d'aide thérapeutique en dermatologie destiné aux médecins généralistes. :78.

RDV Dermatologues | Délais d'attente par ville [Internet]. Le Guide Santé. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur : https://www.le-guide-sante.org/actualites/dermatologues/carte_de_france
44. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la-teleconsultation>
45. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>

7 ANNEXES

ANNEXE 1 : Pathologies rencontrées au cours du stage de SASPAS

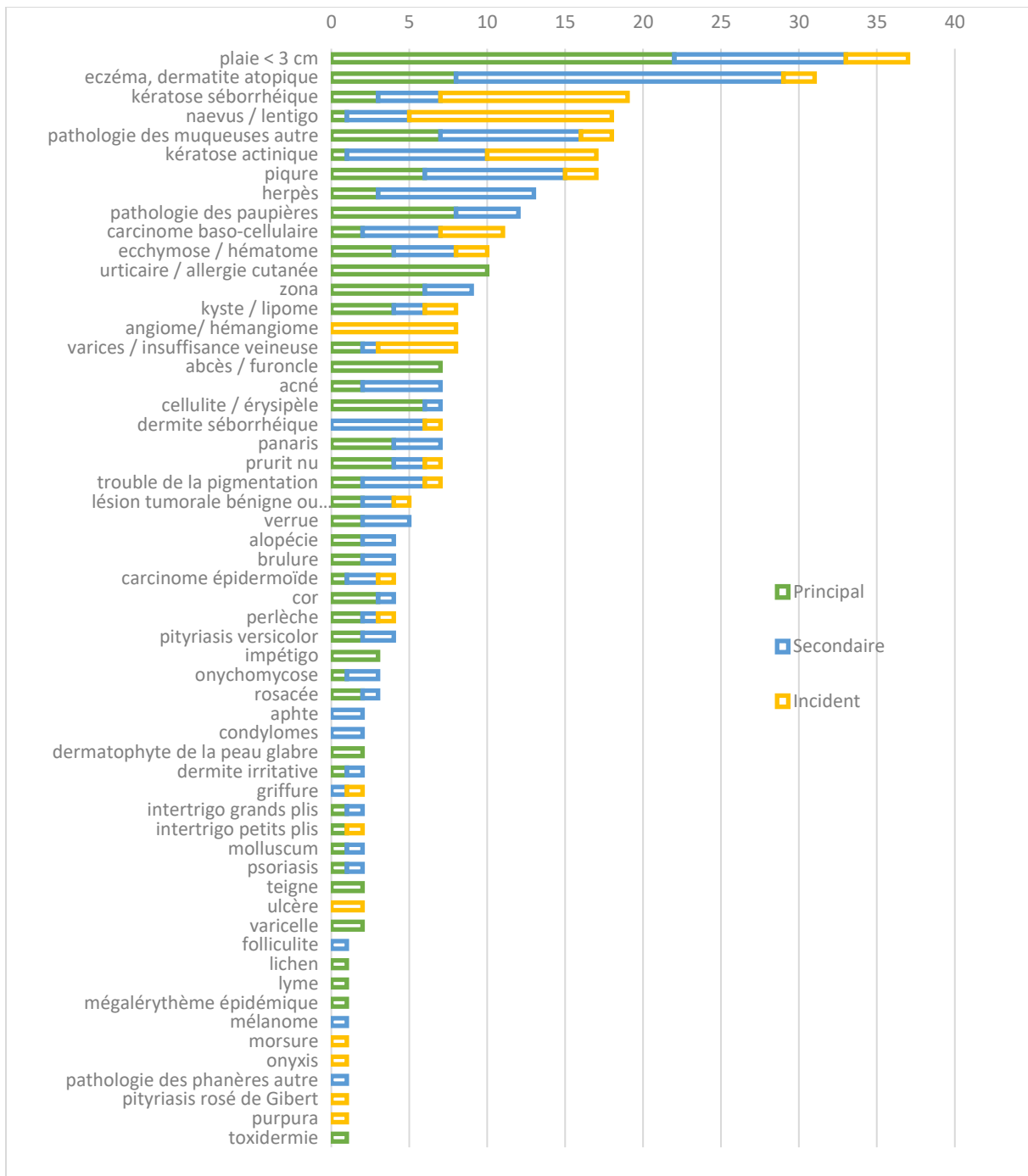
Maladies infectieuses			
bactériennes	cellulite / érysipèle (A46)	7	
	panaris (L03)	7	
	abcès / furoncle (L02)	7	
	lyme (A69)	1	
	folliculite (L02)	1	
	impétigo (L01)	3	
	virales	herpès (B00)	13
		zona (B02)	9
		verruge (B07)	5
		varicelle (B01)	2
		molluscum contagiosum (B08)	2
		condylome (A63)	2
		mégalérythème épidémique (B08)	1
		mycosiques	pityriasis versicolor (B36)
onychomycose (B35)	3		
intertrigo grands plis (B37)	2		
teigne (B36)	2		
intertrigo petits plis (B35)	2		
dermatophyte de la peau glabre (B35)	2		
parasitaires		0	
Pathologies tumorales			
	kératose séborrhéique (L82)	19	
	naevus / lentigo (D22)	18	
	kératose actinique (L57)	17	
	carcinome baso-cellulaire (C44)	11	
	carcinome épidermoïde (C44)	4	
	pathologies tumorales autres (D23)	3	
	botriomycome (L98)	1	
	mélanome (C43)	1	
	Plaies		
		plaie aiguë (S00-S99)	37
piqûre (W57) (X23)		17	
brûlure (T20-25)		4	
ulcère (L89) (L97)		2	
griffure (W54-55)		2	
morsure animale (T14) (W54-55)		1	
eczéma, dermatite atopique (L20)		31	
Dermatoses			
	urticaire (L50)	10	
	acné (L70)	7	
	dermite séborrhéique (L21)	7	
	rosacée (L71)	3	
	dermite irritative (L24)	2	
	psoriasis (L40)	2	
	toxidermie (L27)	1	
	lichen (L43)	1	
	pityriasis rosé de Gibert (L42)	1	
	Troubles vasculaires		
		ecchymose / hématome (T00)	10
insuffisance veineuse et varices (I83)		8	
angiome rubis (I78)		8	
purpura (D69) (L81)		1	
Pathologies des phanères			
	alopécie (L64)	4	
	pathologies des phanères autres	4	
Pathologies des muqueuses			
	onychomycose (L03)	2	
	pathologies génitales autres (N89) (N48)	6	
	perlèche (B37)	4	
	pathologies de la langue autres (K14)	3	
	chéilite (K13)	3	
	aphte (K12)	2	
	leucoplasie (N48)	2	
	dermite périorale	1	
Pathologies des paupières			
	orgelet / chalazion H00	10	
	blépharite H01	2	
Autres			
	prurit nu (L29)	7	
	vitiligo (L80)	1	
	trouble de la pigmentation autres (L80)	6	
	cor (L84)	4	
	kyste sébacé (L72)	5	
	lipome (D17)	4	
	phlyctène par frottement (T00)	1	
	hyperhydrose (R61)	1	
	xérose cutanée (L85)	1	
	phytophotodermatose (W60)	1	
	mélasma (L81)	1	
	molluscum pendulum / acrochordon (L91)	1	
	éruption non constatée (B08)	1	
	lucite estivale bénigne (L56)	1	

ANNEXE 2 : Caractéristiques des patients en fonction des cabinets de médecine générale

Consultations		Cabinet 1		Cabinet 2		Cabinet 3		Total	
		D	T	D	T	D	T	D	T
Caractéristiques									
Sexe									
Femme									
	<i>N</i>	54	145	59	177	54	145	167	467
	<i>%</i>	50.9	49.8	47.2	52.4	63.5	57.7	53	53.1
Homme									
	<i>N</i>	52	146	66	161	31	106	149	413
	<i>%</i>	49.1	50.2	52.8	47.6	36.5	42.3	47	46.9
Total									
	<i>N</i>	106	291	125	338	85	251	316	880
	<i>%</i>	33.5	33.1	40	38.4	26.9	28.5	35.9	
Age									
Moyenne (<i>années</i>)		48.1	47.4	55.1	50.8	50.7	51.7	51.3	49.9
Médiane (<i>années</i>)		55	49	56	54	52	53	55	53
Bornes (<i>années</i>)		[0-89]	[0-90]	[1- 95]	[0-95]	[1-93]	[0-93]	[0-95]	[0-95]
Lieu de résidence									
Sur place									
	<i>N</i>	87	263	100	288	74	217	261	768
	<i>%</i>	82.1	90.3	80	85.2	87	86.5	82.6	87.2
Touriste français									
	<i>N</i>	18	23	22	40	5	22	45	85
	<i>%</i>	16.9	7.9	17.6	11.8	5.9	8.7	14.2	9.6
Touriste étranger									
	<i>N</i>	1	5	3	10	6	12	10	27
	<i>%</i>	0.9	1.7	2.4	2.9	7.1	4.8	3.2	3.1
Touristes									
	<i>N</i>	19	28	25	50	11	34	55	112
	<i>%</i>	17.9	9.6	20	14.9	13	13.5	17.4	12.7
Statut médecin traitant									
	<i>N</i>	74	230	81	208	47	140	202	578
	<i>%</i>	69.8	79.0	64.8	61.5	55.3	55.7	63.9	65.7

Légende : D : consultation avec de la dermatologie T : total des consultations

ANNEXE 3 : Répartition des différents problèmes cutanés en fonction des motifs de consultation, par rang de classement



8 ABSTRACT

Activity of dermatology in general practice by a resident during the SASPAS

INTRODUCTION

A third of the French population would have a skin problem. Dermatology is a common discipline in general practice, and is often source of difficulties and uncertainty. Due to a decreasing number of dermatologists in France, general practice is more and more likely to be confronted to skin issues. The main objective of this thesis is to know which are the most frequent and the most doubtful pathologies and which diagnosis means are at our disposal.

METHODS

We carried out a prospective, observational study during the last semester of a general medicine residency in the Alpes-Maritimes, with a collection of dermatology cases encountered during current practice.

RESULTS

Cutaneous disorders were found in one third of the consultations. The most common pathologies were wounds, benign and malignant skin tumors, eczema and herpes. The skin problems causing the most uncertainty were mainly the pigmented lesions.

DISCUSSION

Our study showed that dermatology was frequent in general practice. Skin tumors are a highly prevalent reason for consultation, either for diagnosis or follow up. They fit perfectly into the prevention role of the physician. A consultation dedicated to prevention could free up time for skin monitoring of the patients. Caring skin tumors could be improved by setting up inter-professional support networks. Tele-expertise tools are developing, as are FMC training courses for post-graduate learning.

CONCLUSION

Dermatology is frequent in everyday practice. To help difficulties, tools are being developed for medical decision support.

KEY WORDS : dermatology, general practice, prevention, resident

9 RESUME

Activité de dermatologie d'un interne de médecine générale en SASPAS

INTRODUCTION

Un tiers de la population française serait atteinte d'un problème cutané. La dermatologie est une discipline fréquente en médecine générale, et est souvent source d'incertitudes et de difficultés. Du fait de la diminution du nombre de dermatologues en France, la médecine de ville risque d'être de plus en plus confrontée aux problèmes cutanés. L'objectif de cette thèse est de recenser les pathologies rencontrées et les moyens diagnostics à notre disposition pour les prendre en charge. Le travail d'une interne en fin de cursus de premier recours peut permettre d'y répondre.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, au cours d'un stage d'interne de dernier semestre de médecine générale dans les Alpes-Maritimes, avec un recueil des cas de dermatologie rencontrés au cours de la pratique courante.

RESULTATS

L'activité de dermatologie a été présente chez un tiers des consultations. Les pathologies les plus fréquentes étaient les plaies, les tumeurs bénignes et malignes de la peau, l'eczéma et l'herpès. Les problèmes cutanés causant le plus d'incertitudes étaient principalement les lésions pigmentées.

DISCUSSION

Notre étude a montré que la dermatologie était fréquente en consultation. Les tumeurs cutanées sont un motif de consultation à forte prévalence. Elles s'inscrivent parfaitement dans le rôle de prévention du médecin généraliste. Une consultation dédiée à la prévention pourrait dégager un temps utile au suivi cutané des patients. La prise en charge des tumeurs cutanées pourrait s'améliorer en mettant en place des réseaux d'aide interprofessionnels. Les outils de téléexpertise se développent, ainsi que les formations médicales continues pour l'apprentissage post-universitaire.

CONCLUSION

La dermatologie est une discipline fréquente en pratique courante de médecine générale. Pour pallier aux difficultés rencontrées, les outils se développent pour l'aide à la décision médicale. Des formations supplémentaires centrées sur la prévention pourrait être utiles.

MOTS CLES

Dermatologie, médecine générale, prévalence, prévention, tumeurs cutanées, premier recours, interne

10 SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des incidents pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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