



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Incertitude diagnostique en dermatologie et place de la télédermatologie
en Médecine Générale dans le Nord et le Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 13 Juin 2018 à 18h00
Pôle Formation de la Faculté de Médecine Henri Warembourg à Lille

Par Élisabeth MAJEWSKI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Laurent MORTIER

Asseseurs :

Madame le Professeur Delphine STAUMONT-SALLÉ

Monsieur le Docteur Philippe HANNEQUART

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Marion LEVECQ

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	4
I. Type d'étude	4
II. Population étudiée et modalités de recrutement	4
1) Elaboration du guide d'entretien	4
2) Échantillon	4
3) Recueil des données	5
4) Analyse des données	5
5) Éthique	5
RÉSULTATS	6
I. Caractéristiques des participants	6
II. Rôles du médecin généraliste	8
III. Place de la dermatologie en médecine générale	9
IV. Rapport du MG à la dermatologie	11
V. L'incertitude diagnostique	12
1) Éléments responsables de l'incertitude diagnostique	12
2) La gestion de l'incertitude diagnostique	13
VI. Le recours au dermatologue	16
VII. Les ressources utilisées en dermatologie	20
VIII. Propositions des MG pour améliorer la prise en charge des pathologies cutanées	22
1) Avis sur la formation en dermatologie	22
2) Les suggestions des MG	24
IX. La télédermatologie	26
1) La télédermatologie « sauvage »	27
2) Analyse de la télédermatologie par les MG du Nord et du Pas-de-Calais	27
2.a) Vision idéale de la télédermatologie selon les MG	27
2.b) Les intérêts	29
2.c) Les limites	31
2.d) Les indications	33
2.e) L'opinion des MG vis-à-vis de la télédermatologie	34
DISCUSSION	35
I. Limites et forces de l'étude	35
1) Les limites	35
2) Les forces	35
II. L'analyse	37
1) Le ressenti des MG	37
2) Les propositions pour améliorer la prise en charge dermatologique	43
III. Perception et attentes des MG du Nord et du Pas-de-Calais vis-à-vis de la télédermatologie	45
CONCLUSION	54
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXE 1 : Grille d'entretien	60
ANNEXE 2 : Avis du CRD2M	61
ANNEXE 3 : Critères ABCDE	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRD2M : Commission de Recherche des Départements de Médecine Générale et de Maïeutique de la FMM

Critères ABCDE : Asymétrie, Bords, Couleur, Diamètre, Evolution

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ECG : Électrocardiogramme

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire

INCa : Institut National du Cancer

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAF : Store-and-Forward

TIC : Technologies de l'information et de la communication

VC : Vidéo-consultation

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les pathologies cutanées sont fréquentes en Médecine Générale. La crise démographique médicale actuelle rend difficile l'accès au dermatologue. Le rôle du médecin généraliste est donc renforcé. L'incertitude diagnostique fait partie du quotidien du médecin, notamment en dermatologie. La télédermatologie se développe dans ce contexte dans un but de « démocratie sanitaire ».

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-dirigés de Décembre 2017 à Avril 2018. Quatorze MG du Nord et du Pas-de-Calais ont été interrogés sur leur pratique en dermatologie. Les objectifs secondaires de l'étude étaient de connaître leurs propositions pour améliorer la prise en charge des pathologies cutanées en médecine de ville et leur avis à propos de la télédermatologie.

RÉSULTATS : Le MG a un rôle central dans la prise en charge de ses patients. Les compétences en dermatologie variaient selon l'expérience, le type de pathologie et l'intérêt du médecin pour la dermatologie. Face aux incertitudes diagnostiques, les MG évaluaient l'urgence et employaient une démarche hypothético-déductive pour proposer un diagnostic. L'expérience jouait un rôle majeur dans leur compétence. Pour améliorer leur prise en charge, ils souhaitaient des formations pratiques et ils soulignaient la nécessité d'un stage en dermatologie. La télémédecine était citée dans les propositions pour améliorer les prises en charge.

La télémédecine était perçue comme l'évolution inévitable de la pratique actuelle. La majorité des participants étaient en faveur de l'intégration de la télédermatologie dans leur pratique. Ils reconnaissaient les avantages de cette pratique tels que la facilité d'accès au dermatologue, l'amélioration du dépistage des tumeurs cutanées et l'intérêt éducatif pour le médecin. Cependant, ils émettaient quelques réticences en termes d'organisation, de risque d'erreurs diagnostiques, et une crainte de la détérioration de la relation médecin-malade.

DISCUSSION : Cette étude a permis de décrire les prises en charges des pathologies dermatologiques en médecine de ville. Les compétences peuvent être améliorées par la formation, les stages et la mise en place d'un système de télédermatologie. La majorité des interviewés sont en faveur du développement de cet outil tout en exposant quelques freins. Il serait intéressant d'interroger les dermatologues sur leurs attentes et leurs recommandations au développement et à l'utilisation de cet outil.

INTRODUCTION

Depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés par la Loi DOUSTE-BLAZY du 13 août 2004 effective en juillet 2005, le médecin généraliste est en première ligne dans la prise en charge des patients. Il doit assumer de nombreuses missions telles que : le premier niveau de recours aux soins, les soins de prévention, la coordination des soins... (1). Il est ainsi confronté à des motifs de consultation variés (2,3).

Les pathologies dermatologiques sont un motif fréquent de consultation en médecine de ville (4). Elles sont également une source d'incertitudes pour les omnipraticiens (5). Ils sollicitent régulièrement l'avis de leurs confrères dermatologues.

En 2030, le nombre de dermatologues actifs en France est estimé à 2717 contre 3979 en 2017. Les scénarios prévisionnels prédisent ainsi une baisse de 30% de l'activité des dermatologues français sur les 13 prochaines années (6,7) . L'évolution défavorable de la démographie dermatologique conjuguée à la forte croissance des demandes de consultation et à l'incidence de certaines affections, inflammatoires ou tumorales potentiellement dangereuses (comme le mélanome), aboutissent à une augmentation actuelle et future des délais de consultation contrastant avec l'exigence croissante des patients dans ce domaine. (8,9)

Selon l'*Observatoire d'accès aux soins* réalisé par l'*Institut Français de l'Opinion Publique* pour le *Cabinet Jalma*, le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous chez le dermatologue est passé de 48 à 61 jours (+13 jours) en 5 ans. De grandes inégalités existent entre les régions, le Nord et le Pas-de-Calais étant notamment très pénalisés (10). Concernant le médecin généraliste, il faut désormais patienter une semaine pour décrocher un rendez-vous, soit deux fois plus longtemps qu'en 2012. Or dans l'attente d'un rendez-vous chez le spécialiste d'organe, le MG doit pallier à la demande du patient.

La télémédecine se développe dans ce contexte, avec une réelle volonté de « démocratie sanitaire ». Son objectif de base est d'améliorer l'efficacité globale du système de santé et de permettre à chacun l'accès aux soins. Cet essor est appuyé par le développement des techniques d'information et de communication (applications mobiles, internet...).

La télémédecine est officiellement née en France en octobre 2010 suite au décret de l'application de la Loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST)*. Ce décret définit la télémédecine comme l'ensemble des actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les techniques d'information et de communication (TIC). Il s'agit bien d'un acte médical à part entière et pas seulement d'un outil. Cinq types d'actes télémédicaux sont distingués :

- La **téléconsultation** : un professionnel médical réalise une consultation à distance avec un patient.
- La **télé-expertise** : un professionnel médical sollicite l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. En télédermatologie, cette méthode est appelée « Store-and-Forward » (SAF).
- La **télé-surveillance** médicale : un professionnel médical interprète à distance les données nécessaires au suivi d'un patient. L'enregistrement et la transmission de ces données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient ou un professionnel de santé.
- La **télé-assistance** médicale : un professionnel médical assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale apportée dans le cadre de la **régulation médicale** (SAMU ou permanence de soins).

L'année 2018 sera-t-elle l'année de la généralisation de la télémédecine ? Jusqu'alors, elle était restée marginale, cantonnée à des expérimentations éparses et centrée sur l'hôpital, le milieu carcéral et les EHPAD (11,12). La volonté du gouvernement pour 2018 est de mettre en place ce système prometteur dans le secteur médico-social

dans les plus brefs délais (13). De janvier à mars 2018, une discussion a eu lieu entre la *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie* (CNAM) et les syndicats des médecins libéraux afin de fixer les règles et les tarifs d'une téléconsultation.

Parmi les spécialités, la Dermatologie serait une application de choix pour la télé médecine car il s'agit d'une discipline « visuelle » où le diagnostic est très souvent basé sur l'image.

L'objectif principal de ce travail est de décrire les pratiques des MG en Dermatologie notamment face à une incertitude diagnostique.

Dans un second temps, il identifiera leurs propositions afin d'améliorer les prises en charges des pathologies dermatologiques et analysera l'avis des MG à propos de la télédermatologie dans le Nord et le Pas-de-Calais.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée dans le Nord et le Pas-de-Calais de Décembre 2017 à Avril 2018. Quatorze entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés en face-à-face.

Cette enquête s'est intéressée aux pratiques des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais sur leurs prises en charge des pathologies dermatologiques en cabinet. Il s'agissait de décrire leur démarche en cas d'incertitude diagnostique, leurs éventuelles difficultés et leur position face au développement de la télédermatologie.

II. Population étudiée et modalités de recrutement

1) **Élaboration du guide d'entretien**

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens individuels à l'aide d'un questionnaire semi-dirigé qui comportait 4 questions ouvertes (Annexe 1).

Au fil des entretiens, le questionnaire a été amélioré pour approfondir les réponses des médecins sur les différents sujets.

2) **Échantillon**

La population recrutée était composée de médecins généralistes installés ou remplaçants, ayant terminé leurs cursus d'Internes, exerçant dans le Nord ou le Pas-de-Calais.

Les médecins généralistes interrogés ont été contactés par téléphone sans leur spécifier le sujet précis de l'étude.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale selon les critères suivants : l'âge, le secteur d'activité, le nombre d'années d'installation ou d'exercice, la distance du

dermatologue le plus proche, le délai de rendez-vous chez le dermatologue, l'exercice en cabinet de groupe ou seul, installé ou remplaçant.

3) Recueil des données

Le recueil a été réalisé de Décembre 2017 à Avril 2018 par entretiens semi-dirigés individuels en face-à-face après remise d'une information écrite sur les modalités de rectification ou de suppression des informations.

Ces entretiens ont été doublement enregistrés pour éviter tout problème technique et la perte de données. Ils ont été détruits après l'analyse des données.

4) Analyse des données

La durée moyenne des entretiens était de 33 minutes et 10 secondes [18 minutes – 71 minutes].

Pour préserver l'anonymat des interviewés, ils sont désignés par la lettre « M » (pour Médecin) suivi d'un numéro correspondant à l'ordre des entretiens. Ces derniers ont été retranscrits sur le logiciel Microsoft Word ® sous forme de « verbatim ».

Les « verbatims » ont été encodés à l'aide du logiciel NVivo 11® en différents nœuds par codage ouvert et le contenu a été analysé. L'analyse a permis de regrouper les idées par thème et de synthétiser les résultats.

La saturation des données a été obtenue au 12ème entretien, confirmée après 2 entretiens supplémentaires.

5) Éthique

Le questionnaire ainsi que le déroulé de l'étude ont été approuvés par le CRD2M de la faculté de Médecine et de Maïeutique (Annexe 2).

L'étude est déclarée auprès de la CNIL.

Les médecins interviewés ont été avertis de l'anonymisation des données et de la destruction des enregistrements.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques des participants

Quatorze entretiens ont été réalisés entre le 15 décembre 2017 et le 30 avril 2018. L'échantillon était composé de 6 femmes et 8 hommes, ayant entre 27 et 62 ans. Les caractéristiques des médecins interrogés sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

	Age	Sexe	Installé/ Remplaçant	Années d'installation/ pratique	Milieu d'activité	Distance dermatologue le plus proche	Délai de Rendez-vous sans intervention	Délai de rendez-vous avec intervention
M 1	52 ans	F	Installée en groupe	13 ans	Semi-rural	1,3 km	3 à 4 mois	8 à 15 jours
M 2	61 ans	H	Installé seul	32 ans	Rural	5 km	3 mois	48 heures
M 3	56 ans	H	Installé en groupe	27 ans	Semi-rural	15 km	4 à 6 mois	8 à 15 jours
M 4	27 ans	H	Remplaçant	2 mois	Tous	/	/	/
M 5	47 ans	H	Installé en groupe	13 ans	Semi-rural	200 mètres	2 mois	1 semaine
M 6	58 ans	H	Installé seul	30 ans	Semi-rural	3 km	2 à 3 mois	8 jours
M 7	27 ans	F	Remplaçante	4 mois	Plutôt urbain	/	/	/
M 8	44 ans	F	Installée en groupe	11 ans	Rural	50 km	6 à 8 mois	15 jours
M9	32 ans	F	Remplaçante fixe	4 ans 1/2	Urbain	10km	sans RDV	/
M10	33 ans	H	Installé en groupe	2 ans	Urbain	3 km	1 à 2 mois	24 à 48heures
M11	48 ans	F	Installée en groupe	17 ans	Urbain	5 km	2 à 3 mois	10 à 15 jours
M12	35 ans	F	Remplaçante	7 ans	Rural et Urbain	/	/	/
M13	58 ans	H	Installé en groupe	30 ans	Urbain	3 km	6 mois	48 heures
M14	32 ans	H	Installé en groupe	3 ans	Semi-rural	3km	9 mois	1 mois

II. Rôles du médecin généraliste

Les entretiens ont permis de mettre en évidence certains rôles du MG :

- **Premier recours**

M9. « C'est un domaine pour lequel les patients viennent voir leur médecin traitant en premier »

- **Informier et rassurer**

M3. « J'informe toujours les patients, je leur dis « ça m'évoque ça, on va essayer ce traitement. Si jamais ça ne réagit pas bien, venez me voir tout de suite »

- **Coordonner les soins:**

M1. « Il faut savoir demander des avis. De toute façon on ne peut pas tout savoir en médecine générale... (Rires). »

- **Dépister et sensibiliser**

M3. « J'ai tendance à déshabiller les gens, je ne regarde pas partout, mais s'ils viennent pour une angine ou une toux, je soulève, je regarde leurs tissus cutanés et je jette un coup d'œil sur les nævi, les plaques »

M9. « Je leur explique : les peaux claires, (...) les patients à risques de cancer cutané... j'essaie de les sensibiliser. »

Ils ont souligné que dans le domaine de la dermatologie, sans même déshabiller le patient, il était possible de dépister la plupart des lésions :

M2. « En dermatologie il s'agit souvent de lésions photo exposées que l'on peut voir sans même déshabiller le patient car il s'agit du visage des mains que nous avons sous nos yeux lors de la consultation. Comme chez les hommes le crâne. »

- **Se rendre disponible**

M6. « Ce patient avait pris un rendez-vous chez le dermato, le délai était trop long il s'est dit « je vais aller voir mon petit médecin généraliste ».

Ils soulignaient les qualités relationnelles nécessaires à la pratique médicale :

- **Le respect du choix du patient**

M1. « Il arrive fréquemment d'avoir un coup de téléphone pour demander une ordonnance pour un rendez-vous qu'ils ont déjà pris. Dans ce cas je fais un courrier. »

- **L'écoute**

Le médecin généraliste ne devait pas banaliser les plaintes des patients:

M2. « Si on ne les interroge pas ils n'en parlent pas, car ils ont un « bobo » qui est là depuis un certain temps. Donc on doit toujours prêter attention à ces plaintes. »

- **La confiance**

M2. « J'ai une patientèle qui est encore très attachée à leur médecin traitant»

III. Place de la dermatologie en médecine générale

Les problèmes cutanés étaient considérés comme fréquents en médecine générale :

M6. « Je dirais 10 à 20%, on rencontre souvent des pathologies cutanées. »

Les dermatoses aiguës semblaient faire l'objet de consultation dédiée.

M2. « Ceux qui consultent pour un problème dermato primaire c'est souvent de l'aigu. »

Les lésions chroniques étaient plutôt abordées en fin de consultation par les patients ou découvertes de manière fortuite par le MG.

M6. « Par contre des choses qui traînent un peu, ils disent « au fait il y ça aussi à voir ».

Certains facteurs influencent la fréquence des consultations pour motif dermatologique en MG :

- **Le milieu d'activité**

- Les MG remarquaient que les patients en milieu urbain souhaitaient consulter plus rapidement le spécialiste d'organe.

M2. « (Les patients ruraux) ont moins le réflexe spécialiste comme en ville »

Ils expliquaient cela par la différence du rapport à la santé entre ruraux et urbains. Les patients semblaient plus soucieux de leur santé en ville.

M2. « On parlait aussi des ulcères variqueux, les gens sont moins négligents en ville. (...) Ici on voit des insuffisances veineuses chroniques un peu historiques (...) Je pense qu'on doit plus en voir ici qu'en ville. »

- En milieu rural, les omnipraticiens sont davantage confrontés aux pathologies cutanées liées à la photo-exposition chronique.

M2. « Il y a beaucoup d'agriculteurs, donc exposés à longueur de temps. J'ai beaucoup de lésions type kératoses actiniques, taches brunes, lésions pigmentées sur le cuir chevelu ou le dos des mains... »

- **L'âge moyen de la patientèle**

Les MG soulignaient que les populations vieillissantes développaient des pathologies chroniques alors que les jeunes patients présentaient des pathologies cutanées de manière plus ponctuelle et transitoire.

M8. « La majorité de ma patientèle est âgée. Ils ont beaucoup de lésions type kératoses actiniques, lésions pigmentées... »

M11. « J'ai une population jeune, je n'ai donc pas de pathologie du sujet âgé (...) ce sont des pathologies types eczéma, varicelle... »

IV. Rapport du MG à la dermatologie

Les compétences en dermatologie variaient selon les médecins.

Certains se sentaient plutôt à l'aise :

M6. « Il y a tout de même beaucoup de problèmes en dermatologie que l'on peut gérer en cabinet pour ne pas encombrer les dermatologues avec des consultations de médecine générale. »

M14. « Je me sens plus ou moins à l'aise. »

Alors que d'autres ne s'estimaient pas compétents dans le domaine :

M4. « Je ne suis pas du tout dermatologue. Je suis nul. »

M13. « A l'aise ? Pas trop. (...) Tout ne pose pas problème, mais je trouve que c'est une spécialité qui est compliquée la dermato. »

Ils confiaient que l'expérience jouait un rôle majeur.

M2. « Je pense qu'il faut voir beaucoup, que c'est en voyant qu'on apprend (...) l'expérience c'est très important surtout en dermatologie. »

Les pathologies suivantes posaient peu de problèmes aux MG : *l'acné légère et modérée, les molluscums contagiosum, la gale, l'eczéma, le psoriasis, les ulcères, les érysipèles, les intertrigos, la varicelle, le zona, les verrues, la dermatite atopique...*

M4. « Ce sont souvent les mêmes lésions ; des zonas, des intertrigos, des mycoses, des teignes, des érysipèles, des eczémas donc ça se passe bien en général. »

M9. « Eczéma, dermite séborrhéique, psoriasis (...) c'est les choses classiques que je vois qui ne me posent pas trop de problème. »

Ils ressentait une certaine satisfaction à prendre en charge le patient sans avoir recours au dermatologue.

M7. « La dermato, il y a beaucoup de pathologies que tu peux gérer de A à Z au cabinet et tu te diras franchement j'ai réussi une prise en charge complète »

V. L'incertitude diagnostique

1) Eléments responsables de l'incertitude diagnostique

- **Les lésions pigmentées**, en particulier le dépistage des mélanomes.

Les médecins semblaient douter de leurs compétences et préféreraient adresser au dermatologue.

M9. « J'adresse systématiquement les patients qui ont beaucoup de nævi, je ne suis pas très à l'aise »

M8. « Ce que je ne fais pas ce sont les dépistages de mélanome. Je ne suis pas sûre de moi, alors je préfère ne pas en faire. »

- **Le caractère atypique** des lésions amenait une complexité supplémentaire à la pose du diagnostic. Ils soulignaient le décalage entre les descriptions théoriques et la pratique.

M9. « Je suis moins à l'aise parce qu'entre la description et le voir en vrai tu te demandes si c'est bien ça. (...) ce n'est pas la localisation décrite dans le bouquin, ou tu n'as pas tout à fait l'ensemble des critères. »

- **Les lésions sur peau pigmentée** mettaient en difficulté les médecins généralistes.

M4. « Un bouton sur une peau noire on ne voit vraiment pas grand-chose, parce que ce n'est ni rouge ni blanc. »

- **Les dermatoses inflammatoires.**

M3. « Il y a des exanthèmes, des dermites inflammatoires bizarroïdes. »

M2. « Quand tu n'es pas passé en dermato, tu ne sais pas forcément ce qu'est une pemphigoïde. »

- **La variabilité des tableaux cliniques** pour une même pathologie.

M4. « Je trouve que les tableaux cliniques changent pour un même diagnostic. Ça ne facilite pas les choses. »

- Le manque d'expérience

M11. « Au tout début de mes remplacements j'ai eu une scarlatine, je n'en avais jamais vu donc je ne savais pas ce que c'était. »

2) La gestion de l'incertitude diagnostique

Certains adressaient systématiquement au dermatologue en cas d'incertitude.

M10. « Quand ça ne m'évoque rien du tout j'adresse et en général je ne mets rien dessus. »

- **La démarche clinique**

- L'élimination de l'urgence

M8. « Le principal c'est de s'assurer que ce ne soit pas une urgence surtout une toxidermie et chez les enfants une maladie de Kawasaki. Pas évident mais il y en a peu de tout même des urgences. »

Certains critères de gravité étaient recherchés.

M7. « Si je vois que la peau ne se décolle pas, ou si ça ne prend pas d'ampleur, si ça traîne depuis un moment, je regarde s'il n'y a pas de purpura associé... »

Ils notaient la rareté des urgences en dermatologie.

M14. « J'y vois rarement un degré d'urgence, mais le degré d'urgence c'est pour le patient. »

Cela leur permettait de temporiser.

M2. « A moins vraiment que je sois inquiet d'entrée de jeu, j'envoie chez le dermato... Sinon je temporise. »

- **L'argument de fréquence** : Pour orienter son diagnostic, le médecin généraliste réfléchissait selon les pathologies les plus fréquemment rencontrées.

M3. « Je réfléchis toujours par fréquence. C'est toujours un diagnostic de probabilité dans ma tête. »

- **L'empirisme** : L'expérience semblait améliorer l'aisance de prise en charge et la certitude des diagnostics.

M5. « Au bout de quelques années, on arrive un peu à se faire une panoplie de dermato. »

- **Le contexte clinique** : L'interrogatoire ainsi que les symptômes associés étaient des éléments indispensables pour guider la démarche de prise en charge.

M4. « Comme elle avait une rhino, j'ai dit que c'était probablement viral comme souvent. »

Cependant l'examen cutané complet semblait être limité par le temps et la pudeur des patients.

M9. « Les examiner dans leur totalité, je n'ai pas le temps »

M11. « Ici, le problème c'est qu'on n'arrive pas à faire déshabiller les gens. »

- Ils **rassuraient, informaient et donnaient aux patients des consignes** au sujet des éléments qui devaient les pousser à consulter leur médecin de nouveau.

M3. « Je leur dis « ça m'évoque ça on va essayer ce traitement mais si jamais ça réagit pas bien venez me voir tout de suite ». »

M11. « S'il n'y a pas de signes inquiétants, on revoit les enfants à 48-72h. On dit aux parents de surveiller la température, l'évolution. On les rassure »

- **La démarche paraclinique**

- Ils semblaient utiliser **les aides de dépistage** mais soulignaient les limites de ces outils.

M10. « Je veux bien la règle du vilain petit canard ou la règle ABCDE, mais en générale les nævi ne sont jamais homogènes. Pour faire la différence ce n'est pas évident à part l'évolutivité mais ce n'est pas facile. »

- Les MG rapportaient prendre facilement en **photographie** les lésions pour illustrer le dossier médical, pour suivre l'évolution et pour leur formation personnelle.

M2. « Déjà pour illustrer car dans mon logiciel médical je peux mettre des photos... ça permet aussi d'illustrer aux gens, surtout pour les ulcères quand ils disent qu'il n'y a pas d'amélioration. »

M11. « On avait pris des photos, le patient n'avait plus rien lorsqu'il a vu le dermato. »

- Certains avaient facilement recours à des **traitements « tests »**, notamment les dermocorticoïdes et les antifongiques.

M8. « La petite pathologie de ville j'arrive à me débrouiller j'y vais un peu à tâtons. J'essaie un type de traitement puis je revois le patient et si ça ne marche pas je change. »

- Ils réalisaient des **recherches personnelles**.

M11. « Des pathologies qu'on n'a jamais identifiées, jamais vues, tu ne sais pas ce que c'est donc tu tâtonnes, tu cherches, tu ressors tes cours... »

- **La petite chirurgie diagnostique** (de type biopsie, exérèse) était rarement utilisée pour les raisons suivantes :

- Le manque de formation
- Le manque de temps
- La gestion du matériel
- L'accroissement des plaintes juridiques des patients
- L'absence de valorisation de l'acte

- Les limites de compétence pour l'interprétation du résultat
- La gestion des complications, seul au cabinet
- Le manque de temps
- La réelle nécessité de réaliser le geste.

M6. « Au début de mon installation je faisais plus d'actes techniques, même les sutures, mais on en fait de moins en moins »

M9. « C'est compliqué de se lancer sans avoir appris, surtout que c'est cutané, donc on imagine les conséquences que ça peut avoir si c'est mal fait, notamment esthétiques. »

M14. « Je fais des biopsies cutanées mais je n'enlève pas les nævi. »

- Le **dermatoscope** n'était pas utilisé par les omnipraticiens par manque de formation.

M4. « On ne nous apprend pas à nous servir d'un dermatoscope, je pense qu'un médecin généraliste devrait tout de même savoir s'en servir. »

- **L'exercice en cabinet de groupe** semblait être un atout, permettant une entraide entre omnipraticiens.

M11. « On fait souvent des échanges confraternels avec le médecin d'à côté pour avoir un avis »

M10. « En 1 an, on s'est peut-être sollicités 2 ou 3 fois. »

VI. Le recours au dermatologue

Le **recours au spécialiste d'organe** était plus ou moins fréquent selon les médecins.

Ils adressaient au dermatologue pour les raisons suivantes :

- La limite de leurs compétences
- L'échec de réponse au traitement entrepris
- Le type de pathologie (surtout les nævi, les psoriasis étendus, les dermatoses bulleuses, les toxidermies)

- L'inquiétude du patient,
- La nécessité d'un geste spécifique, type biopsie...

M10. « Si c'est les gens qui t'en parlent, c'est qu'il y a une inquiétude. S'il y a une inquiétude et que moi je ne peux pas y répondre, j'adresse. »

M14. « J'oriente si j'ai un doute (sur le dépistage). Si le patient est vraiment demandeur. »

- **L'accessibilité**

Certains médecins relevaient le **manque de disponibilité** du dermatologue malgré leur proximité.

M5. « Le dermatologue le plus proche se situe à 200 mètres mais elle n'est pas très disponible. Parfois on ne sait pas vers qui les adresser... le CHR, ou sur un hôpital de périphérie... On a l'impression d'embêter tout le monde. »

Ce ressenti paraissait encore plus important en **milieu rural**. Ils devaient parfois adresser leurs patients vers d'autres spécialistes d'organe pour réaliser les exérèses.

M8. « Quand j'ai un doute sur une lésion et que je souhaite l'exérèse ce n'est pas au dermatologue que je l'envoie c'est trop long. Je l'adresse au chirurgien le plus proche orthopédique ou viscéral le plus souvent. On se débrouille comme on peut. »

Le délai d'attente était jugé trop long pour les omnipraticiens, pouvant entraîner un retard de prise en charge conséquent pour certaines pathologies.

M2. « J'en ai eu un y a pas longtemps, ça s'était transformé récemment. Il a essayé de prendre rendez-vous chez le dermato. Le délai était de trois mois. Comme c'était sur une zone sans risque, j'ai fait l'exérèse. »

- **Rapport médecin généraliste - dermatologue**

Ils soulignaient la **diminution des échanges** avec les spécialistes d'organe.

M11. « Depuis le monde informatique, avec Doctolib®, docteur.fr® il y a plein de spécialistes qui ne prennent plus le téléphone. Donc on fait quoi ? On les adresse alors qu'on avait juste besoin d'un avis téléphonique (...) il y a de moins en moins d'échange entre med gé et spécialiste »

Les MG exprimaient un **sentiment de solitude** face au patient.

M12. « Ce qui est dur c'est qu'on est tout seul. Quand on est face à notre patient on se sent seul. »

Certains avaient des **rapports privilégiés** avec des dermatologues ce qui facilitait leur prise en charge.

M1. « J'ai beaucoup d'aide de mes amis Dermatos. »

Plusieurs MG adressaient à un **réseau** de confrères référents.

M6. « Je n'ai pas un dermato, mais j'ai un réseau de dermatos à qui j'adresse régulièrement. »

Ils reconnaissaient obtenir un rendez-vous dans un délai adapté en appelant eux-mêmes.

M11. « Délai de rendez-vous sans mon intervention 2-3 mois, avec mon intervention 10-15 jours, parfois de manière très rare sous 48h. »

- **Causes de l'augmentation du délai d'attente chez le dermatologue**

- Il semblerait que les patients aient changé de **comportement vis-à-vis de leur santé**. Ils seraient d'avantages soucieux de leur santé et engagés dans leur prise en charge. Ils exigeraient de voir le spécialiste d'organe même si le MG ne le juge pas nécessaire.

M7. « L'intérêt des patients pour leur santé a évolué et c'est aussi l'une des causes de l'allongement des délais de rendez-vous. Ils vont chercher sur internet et ils imposent de voir le spécialiste. Le rapport entre le patient et le médecin est en train de changer. C'est assez compliqué de gérer cette pression de la part des patients. »

- Pour les médecins généralistes, les consultations de dermatologie semblaient être encombrées de pathologies qu'ils se jugeaient aptes à prendre en charge.

M6. « Il y a tout de même beaucoup de problèmes en dermato que l'on peut gérer en cabinet pour ne pas encombrer les dermatos avec des consultations de médecine générale. »

- Les MG orienteraient de plus en plus vers les spécialistes d'organe.

M6. « On adresse plus facilement. »

- **L'activité professionnelle partagée** entre le libéral et l'hospitalier. Et certains dermatologues exerceraient une activité supplémentaire telle que la médecine esthétique, mettant au second plan la dermatologie classique.

M2. « Parfois elle opère à la clinique je pense que ça aussi ça allonge les rendez-vous (...) Le dermatologue le plus proche fait de la médecine esthétique. Elle a une forte activité de médecine esthétique donc forcément les délais d'attente sont plus longs.»

VII. Les ressources utilisées en dermatologie

Les ressources utilisées étaient les suivantes :

- **Les revues médicales** : les Atlas ou photocopiés Nationaux étaient utilisés par certains.

M13. « Quand je ne sais pas je regarde sur mes bouquins d'étude. Bon ils sont anciens, mais ça n'a pas changé depuis. »

Les cas cliniques des revues médicales de type *Prescrire*, semblaient être une source de formation intéressante pour les MG.

M10. « Je suis abonné à la *Revue du praticien*, il y a souvent des cas cliniques de dermato j'aime bien lire ça. »

- **Les sites internet ou les moteurs de recherche d'images** : *thérapeutique-dermatologique*, *Google image*...

Ils utilisaient fréquemment Internet pour confirmer une suspicion diagnostique ou pour se renseigner sur la prise en charge thérapeutique.

M3. « J'utilise internet mais que lorsque j'ai une idée du diagnostic. Je vérifie si j'ai les critères pouvant entrer dans cette pathologie. »

M12. « Quand j'ai un doute sinon je tape sur Internet *Google image*... »

- **Télé médecine « sauvage »**

M8. « Quand je ne sais pas, j'ai ma belle-sœur qui est dermatologue dans une autre région et je lui envoie régulièrement des photos pour lui demander son avis. »

- **Groupes d'échanges en ligne** : leur permettant d'améliorer leurs compétences et d'obtenir l'avis de leurs confrères généralistes.

M2. « C'est un site où les généralistes postent des cas qui leur posent problème. Les cas de dermato c'est quand même quelques pourcents. »

- Les laboratoires médicaux

M8. « Il y a un labo qui m'avait présenté il y a quelques années une application pour avoir des aides de pansement ou des aides diagnostiques. »

M11. « Je me sers souvent de ces petits livres iconographiques qu'un labo m'avait donnés il y a plusieurs années. »

- **Les Formations Médicales Continues** : Les sujets de dermatologie semblaient peu fréquents.

M2. « Je voulais aller aux Journées de Dermatologie de Paris mais je ne pouvais pas. Il y a très peu de FMC dermato et c'est dommage. »

Ils soulignaient l'importance de se former continuellement.

M7. « On est tout de même des médecins, c'est notre travail de chercher, de se former et de s'informer. On n'est pas là pour faire l'interface avec le spécialiste. »

- **Les courriers des dermatologues** étaient une source d'apprentissage.

M9. « Avec le retour du spé, on apprend aussi. »

- **La Hotline de dermatologie** : Plusieurs médecins rapportaient l'existence d'une hotline de dermatologie au CHRU mais ne l'utilisaient pas car ils manquaient d'information quant à son utilisation.

M11. « La *Hopline* du CHR est utile, je m'en sers assez fréquemment. Mais il y a des spécialités où il n'y en a pas, je ne suis pas sûre qu'en dermato elle existe. »

- Le recours à ces aides diagnostiques variait selon l'intérêt du médecin pour la dermatologie et dans l'objectif d'acquérir de nouvelles connaissances.

M4. « Ça permet de ne pas s'encroûter et c'est important d'être à jour. »

VIII. Propositions des MG pour améliorer la prise en charge des pathologies cutanées

1) Avis sur la formation en dermatologie

- **La formation théorique**

Certains estimaient que la formation théorique reçue durant le cursus universitaire était insuffisante pour leur permettre d'être compétent dans la prise en charge des pathologies cutanées.

M13. « Je dirais qu'elle n'est pas suffisante par rapport à notre métier de généraliste, par rapport à la quantité de motifs dermatologiques que l'on voit. Je trouve qu'on n'est pas suffisamment formé, ce n'est pas assez abordé pendant les études. »

Ils confiaient que la formation théorique en dermatologie passait au second plan.

M2. « La dermato c'était plutôt succinct. C'était un module un peu «package » à côté des autres spécialités : cardio, pneumo, neuro... »

- **Les stages d'apprentissage**

Passer dans un stage de dermatologie lors de son cursus semblait très bénéfique pour la pratique en médecine générale.

M7. « Grâce à ce stage je suis tout de même beaucoup plus à l'aise. »

Les stages en médecine générale pouvaient être très formateurs si le maître de stage était compétent en dermatologie.

M14. « J'avais un maître de stage qui était assez aguerri, donc on a vu pas mal de patients dans ce cadre-là. »

Ils étaient nombreux à souligner que la compétence en dermatologie s'acquerrait essentiellement en étant face à la clinique.

M9. « Ça doit être bien d'être passé en dermato, tu vois un certain nombre de lésions après tu les reconnais plus facilement. »

- **La Formation Médicale Continue**

Pour la plupart des médecins, le dernier sujet de dermatologie remontait à plusieurs années.

M3. « Ça fait au moins 4 ans qu'on n'a pas eu de sujet de dermato.»

M11. « Tu as envie de te former et tu ne trouves pas de formation, il y a une « malédiction sur la dermatologie » (rires).

La dermatologie semblait ne pas être un élément prioritaire pour certains MG.

M8. « Je ne cherche pas non plus à me former d'avantage. »

M11. « J'ai essayé de m'inscrire à une formation de dermatologie pédiatrique (...) elle a été annulée car il n'y a pas assez d'inscrits.

- **L'auto-apprentissage**

L'expérience semblait être la meilleure formation en dermatologie.

M5. « Au bout de quelques années, on arrive un peu à se faire une panoplie de dermato. »

- **Évaluation de la formation**

La majorité des médecins interrogés jugeait leur formation en dermatologie insuffisante.

M1. « Honnêtement, on n'est pas très bien formés. »

Ceux ayant bénéficié d'un stage en dermatologie étaient, quant à eux, plutôt satisfaits et se sentaient plus à l'aise dans leur pratique.

M6. « Les professeurs en dermato m'ont laissé un bon souvenir, et une bonne expérience dans les stages de dermato, les consultations. Ça joue beaucoup dans ma pratique maintenant. »

2) Les suggestions des MG

- **Améliorer les formations**

Les MG regrettaient l'absence d'ateliers pratiques afin d'élargir leurs compétences techniques.

M4. « Je pense qu'on devrait avoir une journée de formation avec un dermatologue avec des ateliers d'utilisation du dermatoscope, de petite chirurgie, ... »

Les formations ne leur semblaient pas adaptées à la pratique quotidienne.

M10. « C'est trop théorique. Tu vas apprendre plein de définitions : erythémato-papulo-prurigineux mais on ne voit pas suffisamment de photos. »

Ils souhaiteraient des formations interactives.

M11. « Je me suis inscrite à une formation en ligne sur la dermato au cabinet, ce n'était que des articles sur le déroulement des gestes. On aimerait au moins un geste filmé si on veut le refaire après. Il n'y avait aucune vidéo ! »

Ils soulignaient le manque d'iconographies dans les formations.

M9. « Le cours de dermato c'était trop basique genre eczéma, urticaire... et il y avait quasiment aucune photo. »

A l'unanimité, ils ajoutaient que ces formations n'auraient d'intérêt que si elles étaient présentées par un dermatologue.

M4. « Il faudrait que ce soit de vrais dermatos. »

Ils relevaient un manque d'accessibilité à certaines formations auxquelles ils auraient souhaité participer.

M4. « Ils proposaient des ateliers mais c'était surtout pour les dermatos. »

Ils souhaiteraient plus de sujets de dermatologie lors des soirées de FMC.

M2. « Tous les mois je suis les FMC, mais il y a rarement de sujets de dermato, ça doit faire quelques années. On manque de formation. »

- **Réorganiser les stages d'apprentissage**

Ils proposaient donc de réaliser un stage obligatoire dans un service de dermatologie mais sur une durée plus courte évaluée à 2 mois pour permettre ainsi à chacun d'y passer.

M10. « L'idéal c'est de passer en consultation, car c'est en consultation que l'on voit ce qu'on a en médecine générale. En hospitalier c'est trop spécialisé. »

- **Disponibilité du dermatologue**

Ils souhaiteraient pouvoir échanger plus fréquemment avec un dermatologue.

M9. « Pouvoir rapporter 1 fois par mois des photos de lésions que l'on a vues et partager avec un dermato. »

- **Créer un référentiel photographique**

Ils regrettaient l'absence de référentiel iconographique répertoriant les différentes pathologies dermatologiques.

M9. « Un référentiel iconographique avec un arbre décisionnel. »

- **Majorer le nombre de postes de spécialistes en Dermatologie**

M8. « Il faudrait déjà plus de dermatologues, augmenter l'accès aux postes des spécialistes. »

- **Développer la télémédecine**

Le développement des technologies de l'information et de la communication permettrait d'échanger facilement des données et d'obtenir l'avis rapide d'un confrère.

M8. « Il est grand temps que la médecine évolue et qu'elle s'adapte à l'ère actuelle du 2.0. »

M4. « On a tous maintenant des téléphones dernier cri, on prend une photo, on met quelques annotations ; le contexte clinique, une petite description, les traitements qu'on a peut-être déjà essayés et ils nous répondent sur ce que c'est et le traitement à faire. »

IX. La télédermatologie

Définition de la télémédecine et la télédermatologie selon les MG :

M2. « La mise en relation avec un spécialiste à distance à qui on expose son problème »

- Téléconsultation

M14. « Ça peut être sous forme de visio-conférence pour te guider sur ton examen clinique et ils participent à l'examen. »

- Télé-expertise

M5. « C'est un système où on prend une photo que l'on envoie à un centre où des dermatos attendent et nous expliquent ce que c'est »

- Télésurveillance

M8. « Les surveillances avec les données transmises par téléphone »

- Téléassistance

M2. « Ce qui se fait déjà beaucoup pour la radiologie, l'imagerie en neurochirurgie à l'hôpital ça se fait beaucoup ils envoient les images de scan, d'IRM »

1) Télédermatologie « sauvage »

L'envoi de photographies par un téléphone ou un e-mail, par un omnipraticien vers un confrère dermatologue est appelé télédermatologie « sauvage » car ce système n'est actuellement ni sécurisé ni encadré par la législation.

Ce procédé semble déjà fréquemment utilisé.

M1. « Je fais des photos et j'envoie à mes copains dermato (rire)... qui me répondent souvent très vite (rire). »

La fréquence du recours à ce type de télémédecine variait selon les rapports du MG avec un dermatologue et selon ses compétences en dermatologie.

M3. « Je ne l'ai pas fait cette année. Non, c'est rare, je le fais de façon épisodique. »

M8. « Au moins une fois par semaine. »

Certains Centres Hospitaliers exigeaient l'envoi d'une photographie pour accorder un rendez-vous en urgence.

M5. « Une patiente qui avait une lésion suspecte (...) pour avoir un rendez-vous rapide dans un hôpital, j'ai dû envoyer une photo. »

2) Analyse de la télédermatologie par les MG du Nord et du Pas-de-Calais

2.a) Vision idéale de la télédermatologie selon les MG

Les omnipraticiens émettaient différents souhaits à propos du fonctionnement de la télédermatologie :

- Une **simplicité d'utilisation**.

M2. « Avec un smartphone on peut prendre une photo »

M11. « Un système de messagerie où tu joins un fichier »

- **La mobilité** semblait être un élément important.

M2. « Idéalement ça serait de pouvoir envoyer une image de partout. »

- Un **fonctionnement sectorisé**.

M4. « Que ce soit sectorisé avec un dermatologue d'astreinte par zone »

- Le MG doit conserver son **rôle de « pivot » dans le parcours de soins** et avoir la **liberté de poser l'indication de l'acte**.

M7. « C'est le médecin généraliste qui juge de la nécessité, il régule. »

- Une prise en charge **pluridisciplinaire** :

M14. « C'est l'avis de nous deux. Moi je peux l'aider dans le diagnostic surtout parce que je vois le patient avec moi »

- **Le dermatologue** : pour certains, le dermatologue devrait dédier sa journée à répondre aux demandes de télémédecine. Pour d'autres, cette activité devrait être intégrée à la journée classique.

M7. « Il faut que le Dermato du secteur soit disponible chaque jour pour recevoir les photos, pas que ce soit pendant sa journée d'activité.»

M9. « Intégré dans la journée classique du dermatologue, entre deux il répond aux mails ou sur l'application. »

- **Le délai de réponse** : il leur semblait convenable d'obtenir une réponse entre 24 heures et une semaine selon l'urgence évaluée.

M12. « On met le degré d'urgence et ils répondent en fonction de ce degré. »

- Le **financement** restait problématique.

M4. « Que ce ne soit pas un service payant pour les médecins qui demandent de l'aide.»

M12. « Je ne me vois pas demander au patient de payer alors que c'est moi qui ne sais pas. En même temps ça prend du temps donc je pense qu'il faudrait que le MG ait aussi une petite rémunération. »

- **La fréquence d'utilisation :**

M4. « Je pense que c'est fluctuant. Il y a des semaines, je n'aurais pas besoin d'avis. Et d'autres semaines où je solliciterais peut-être 2 ou 3 fois. »

2.b) Les intérêts

Les différents avantages avancés par les MG étaient les suivants :

- **Pour le patient**

- **Facilité d'accès aux soins** pour pallier au désert médical.

M7. « Une plus grande facilité d'accès à un avis... »

- **Diminuer les déplacements**, notamment pour les populations vieillissantes et pour les patients à mobilité réduite.

M13. « Ça peut aider pour les personnes âgées, ce sont des personnes que l'on a du mal à faire déplacer. »

- **L'amélioration des dépistages de mélanome.**

M7. « L'intérêt sera aussi pour les dépistages de mélanome. »

- **Pour le système de santé**

- **Désencombrer les urgences**

M11. « Si j'avais eu un dermatologue au téléphone je ne l'aurais pas envoyé aux urgences, il n'avait rien à faire aux urgences. »

- Optimiser le système de soins

M2. « On peut les libérer des pathologies banales et ils auraient plus le temps pour les problèmes graves. »

M4. « Ça éviterait peut-être un certain nombre de consultations qui peuvent être gérées par le médecin généraliste. »

- **Pour le médecin généraliste**

- Confirmer la nécessité de l'avis spécialisé

M3. « Le seul intérêt de la télémedecine, ce serait dire si ça vaut le coup que je l'envoie pour un avis ou non. »

- L'amélioration des délais de prise en charge

M7. « Avoir une prise en charge plus rapide et adaptée. »

- **Initier une prise en charge adaptée** en attendant la consultation physique avec le dermatologue

M12. « En attendant le rendez-vous on aurait un avis. »

- Déterminer le caractère urgent de la consultation

M5. « Ça permet de mieux trier les urgences. »

- **Un gain de temps** pour tout le monde, moins d'administratif

M5. « Même plus besoin de faire de courrier. Vous envoyez la photo, quelques infos et c'est bon. Donc gain de temps. »

- L'intérêt éducatif.

M7. « C'est dans l'intérêt du patient mais aussi du médecin car ça lui fait apprendre des choses. »

2.c) Les limites

Plusieurs freins étaient soulevés par les omnipraticiens :

- **Liées à la technique**

- **La qualité de la photographie**

M12. « La qualité des photos peut limiter l'interprétation si elles sont mal prises. »

- **La perte d'informations**

M1. « Le médecin généraliste (...) va rapporter des faits de l'histoire clinique mais il va peut-être oublier certaines questions qui auraient aidé le dermatologue à poser le diagnostic. Il y a donc des éléments manquants pouvant entraîner des erreurs de diagnostic. »

- **La perte de l'examen clinique.**

M6. « Je ne suis pas sûr que le dermato puisse faire son diagnostic sur une photo ou un film. Il faut toucher, gratter, regarder à la loupe.»

- **La complexité, les problèmes techniques**

M13. « Ça peut limiter l'accès aux « vieux » médecins. Dès qu'on leur met un truc un peu technique ils ont du mal. »

- **Le risque de retard diagnostic**

M3. « L'image est très subjective aussi, on montre ce qu'on veut, on peut donc passer à côté de lésions. »

- **Liées à l'organisation**

- **Crainte du caractère chronophage**

M6. « La consultation prendrait plus longtemps... »

- La fiabilité du système

M5. « Je ne sais pas si c'est vraiment sérieux. »

- La confiance

M1. « Ce qui est important c'est de connaître celui à qui on demande l'avis. Il y a tout de même cette notion de fiabilité, de confiance. »

- Le suivi du patient

M3. « La question du suivi : celui qui va nous donner l'avis, est-ce que ce sera le même dermatologue qui va le revoir dans 3 semaines ou 1 mois plus tard ? »

• Aspects financiers et juridiques

- La crainte d'une **sur-utilisation du système et de demandes abusives de la part des patients.**

M7. « Il ne faut pas que ce soit de la consommation d'avis »

M12. « Le med gé ne doit pas céder à la pression du patient qui veut absolument connaître ce qu'il a »

- **Le risque d'une commercialisation** du système de santé.

M5. (A propos de la télé-ECG) « Il fallait que je fasse des ECG à tout le monde pour le rentabiliser. Ça pousse à l'acte. »

- **Le coût** : Les médecins mettaient en question l'économie réelle engendrée par la télémédecine.

M6. « S'ils ont un doute ils diront de consulter un dermatologue. On aura donc 2 consultations au lieu d'une. »

- La responsabilité médicale

M1. « Se pose la question de la responsabilité médicale. »

- La rémunération des intervenants

M9. « Je me verrais mal dire au patient « je ne sais pas ce que c'est, je vais envoyer une photo et vous allez payer. »

- **Aspect éthique**

- La déshumanisation de la profession et **perte de la relation médecin-malade.**

M3. « On va mettre un médecin pendant 24h derrière un écran, il ne verra pas de patient. »

- **L'adhésion des dermatologues** : Ils s'interrogeaient sur l'avis des dermatologues à propos de la télédermatologie.

M12. « Il faut trouver des dermatos disponibles et intéressés. »

M11. « Ça veut dire rajouter du travail à quelqu'un qui est déjà débordé. »

- La perte des compétences

M11. « Tu peux demander des avis à tout le monde et tu ne fais plus rien... tu oublies tout... ce n'est pas le rôle du médecin généraliste. »

2.d) Les indications

Les indications citées étaient :

- Le **diagnostic précoce des tumeurs**, notamment des tumeurs noires.

M6. « Ce serait vraiment plus pour les lésions suspectes »

- Le diagnostic de certaines **affections cutanées aiguës**, notamment des éruptions.

M5. « Surtout pour les pathologies aiguës, les éruptions. »

- Les **cas complexes, atypiques ou résistants au traitement** mis en place.

M9. « On a essayé 3-4 traitements et ça ne fonctionne pas, ça évolue là on aimerait un coup de main. »

- **Le suivi** de certaines affections cutanées chroniques nécessitant un ajustement thérapeutique régulier.

M12. « Dans le suivi de certaines pathologies chroniques comme les ulcères parfois on aimerait un avis. On a essayé des pansements et pas d'amélioration. »

2.e) L'opinion des MG vis-à-vis de la télédermatologie

La Dermatologie leur semblait être une spécialité de choix pour la télémédecine car il s'agit d'une discipline « visuelle ».

M5. « La dermato c'est vraiment une spécialité qui se prête bien à la télémédecine. »

M2. « Je le vois plus pour des spécialités comme la dermato car l'examen clinique c'est du visuel pure »

Les avis quant à l'intégration de la télédermatologie dans leur pratique étaient mitigés :

- Certains étaient en faveur du développement de cette technologie.

M14. « Je pense que ça peut rendre service à tout le monde. »

- D'autres étaient sceptiques sur le réel intérêt qu'apporterait la télédermatologie.

M5. « Je ne suis pas sûr que ça va améliorer la prise en charge. »

- Un des médecins interviewés émettait son refus d'intégrer ce nouveau système.

M3. « Certainement pas, j'ai déjà mis au courant mes patients. »

Cependant elle est perçue comme **le prolongement inéluctable** de la pratique actuelle.

M1. « De toute façon on n'aura pas le choix. »

DISCUSSION

I. Limites et forces de l'étude

1) Les limites

- **Limite liée au recueil des données**

Certains médecins interrogés étaient gênés par la méthode de recueil par enregistrement. Ils présentaient une réserve pouvant limiter leurs réponses.

- **Limite d'investigation**

Il s'agit de la première participation du chercheur à une étude qualitative.

La durée de certains entretiens a été limitée par la pauvreté du dialogue malgré l'utilisation de questions de relance.

- **Limite d'interprétation**

Le codage des entretiens est réalisé en fonction du jugement de l'investigatrice, il existe donc une part de subjectivité dans l'analyse des données. Pour limiter cette subjectivité et donc améliorer la validité interne de l'étude, l'investigatrice a utilisé une analyse par triangulation des chercheurs.

2) Les forces

- **Le choix de la méthode**

L'objectif de la méthode qualitative n'est pas de rechercher des résultats représentatifs de la population générale, mais de recueillir toutes les opinions existantes de la population étudiée. Les entretiens individuels en face-à-face ont permis de rassembler les différents points de vue des MG en leur laissant la possibilité de s'exprimer librement.

Les questions étaient ouvertes et neutres. Elles ne pouvaient orienter ni suggérer de réponses aux médecins.

- **Force liée au recrutement**

Tous les omnipraticiens interrogés prenaient en charge des pathologies cutanées. Les caractéristiques des MG étaient les plus diverses possibles pour obtenir la plus grande variabilité des résultats.

Lors du recrutement, le thème de cette étude était évoqué de façon succincte pour éviter la préparation des réponses et favoriser la spontanéité des idées.

- **Analyse des résultats**

La retranscription et le codage ont été réalisés rapidement après la réalisation des entretiens pour limiter la perte d'information.

Le codage d'une partie des entretiens a été effectué en triangulation par deux autres chercheurs pour limiter la subjectivité de l'interprétation par l'investigatrice.

La saturation des données a été obtenue pour la réalisation de cette étude ce qui a permis une analyse complète des résultats. A partir du 12^{ème} entretien, le recueil et l'analyse des données ne fournissaient plus de nouveaux grands axes à la recherche.

II. L'analyse

1) Le ressenti des MG

- **Le MG et le parcours de soins**

Les omnipraticiens ont souligné leur rôle central dans la prise en charge des patients depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés. Selon eux, ils ont pour fonction d'être le premier contact avec les patients, d'assurer le suivi, d'établir une relation de confiance, d'être disponibles et de coordonner les soins avec les spécialistes.

Ces missions sont similaires à celles décrites dans la définition européenne de la Médecine Générale validée par la *World Organisation of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners* en coopération avec l'OMS, en 2002 (14).

Malgré la mise en place en 2004 du parcours de soins coordonnés, les MG ont remarqué que certains patients ne respectent pas ce système. Ils outrepassent l'avis du MG pour prendre directement rendez-vous chez le spécialiste d'organe. En 2007, une étude a évalué les effets de la réforme du parcours de soins coordonnés. Elle exposait que trois patients sur cinq jugeaient inutile de consulter le médecin traitant avant de voir le spécialiste. Cette tendance peut s'expliquer par le fait qu'ils étaient habitués à avoir un accès direct auparavant. Cependant, pour la dermatologie, 52 % des patients (sur 10 000 patients interrogés) jugeaient utile de demander l'avis du médecin traitant avant de consulter un spécialiste (15).

La nécessité de rassurer le patient faisant face à un problème cutané est une idée qui ressortait fréquemment de la part des interviewés. En effet, plusieurs études ont mis en évidence l'anxiété ressentie par les patients présentant une éruption cutanée (16,17). La disponibilité du généraliste et la relation de confiance médecin-patient permettaient de les rassurer.

- **Le MG et la Dermatologie**

Plusieurs études ont souligné la multitude de motifs auxquels le médecin généraliste doit faire face lors d'une consultation (3,18,19).

En France, il y a peu de données sur l'activité de dermatologie en médecine générale (4). Une étude nationale ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) a recensé l'activité de médecin généraliste de décembre 2011 à avril 2012 dans 128 cabinets de médecine générale. Chaque consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation. La dermatologie représentait 4% des motifs de consultation de médecine générale, arrivant en 8^{ème} position lors de la distribution des motifs de consultation par appareil (17 appareils au total) (20).

Dans l'étude qualitative de Stéphanie AVOGADRO interrogeant les MG sur l'ensemble du territoire, les problèmes dermatologiques représentaient 5.7% des consultations de médecins (21). Les omnipraticiens interviewés de notre étude étaient plutôt concordants entre eux et évaluaient à 10% la part des motifs dermatologiques.

Les dermatoses aiguës font souvent l'objet d'une consultation dédiée selon les MG. Ce qui peut s'expliquer par le caractère visible et donc gênant pour les patients. L'anxiété engendrée les amène à consulter rapidement leur médecin traitant(16,17). Les pathologies cutanées chroniques, quant à elles, semblent plus souvent passer au second plan. Elles sont régulièrement évoquées en fin de consultation ou découvertes par le médecin généraliste de manière fortuite. Comme le met en évidence Sophie JOUANIN dans son travail de thèse, la plainte dermatologique se trouve en 2^{ème} position des demandes de fin de consultation le plus souvent par oubli (22).

Les compétences ressenties dans le domaine de la dermatologie sont variables selon les médecins. L'étude quantitative de Stéphanie AVOGADRO réalisée en 2012 rapportait que 80% des médecins interrogés se disaient « plutôt à l'aise » voir « tout à fait à l'aise » avec la dermatologie (21). Notre étude par son caractère qualitatif permet de nuancer ce constat. En effet, l'aisance de prise en charge des pathologies cutanées semble varier en fonction de différents critères :

- Le type de pathologie dermatologique
- L'expérience
- Le secteur d'activité

- La réalisation d'un stage en dermatologie
- L'intérêt du médecin pour la dermatologie

Pour la majorité des médecins, les pathologies suivantes posent peu de difficulté de prise en charge : *l'acné légère et modérée, les molluscums contagiosum, la gale, l'eczéma, le psoriasis, les ulcères, les érysipèles, les intertrigos, la dermatite atopique, les verrues, la varicelle, le zona...* Elles sont considérées comme des pathologies relevant du médecin généraliste et non du dermatologue initialement. Cette certitude diagnostique peut s'expliquer par le caractère fréquent de ces pathologies. En effet la dermatite atopique, l'eczéma, le psoriasis, les candidoses et les nævi sont les 5 dermatoses les plus rencontrées en médecine de ville (21).

Les difficultés diagnostiques portent sur *les lésions pigmentées, les pathologies sur peau noire, le caractère atypique de certaines lésions et la variabilité du tableau clinique pour une même pathologie.*

- Les lésions pigmentées

Une minorité des médecins interrogés se sent à l'aise avec le dépistage des lésions suspectes. Les autres médecins généralistes doutent de leur capacité à reconnaître les cancers cutanés. Ils se disent moins performants que le dermatologue et préfèrent adresser leurs patients (23). Ce sentiment est mis en évidence dans une étude italienne de 2002. Sept cas cliniques ont été envoyés à 625 médecins généralistes avec une échelle pour chiffrer leur aisance. Les résultats indiquaient que les médecins généralistes n'étaient pas confiants dans leur capacité à reconnaître les cancers de la peau les plus fréquents (24). Cependant, selon une étude réalisée en 2011 par *L'Institut National du Cancer (INCa)*, 81% des médecins généralistes interrogés estimaient avoir la connaissance nécessaire concernant la prévention et la détection précoce des cancers de la peau. Les réponses étant concentrées sur le « plutôt » au détriment de l'extrême positif (25).

Plusieurs études mettent en évidence que les examens de la peau sont peu réalisés dans les milieux de soins primaires (26–28). Les différents freins au dépistage des cancers de la peau par les MG sont les suivants : le manque de temps, le manque de performance, l'embarras du patient, le manque de consensus pour le dépistage des cancers cutanés (27,29).

- Les pathologies cutanées sur peau pigmentée

La reconnaissance des lésions sur une peau pigmentée semble plus complexe pour les MG. Ils expliquent cette difficulté par la perte des repères habituels tels que la rougeur retrouvée dans les phénomènes inflammatoires. Il existe peu de données sur la prise en charge des troubles cutanés chez les patients à peau pigmentée.

- Le caractère atypique de certaines lésions et la variabilité clinique

Plus la pathologie est courante et typique moins le MG aura de difficulté à la reconnaître. Cette difficulté est soulignée dans l'étude quantitative de Stéphanie AVOGADRO (21).

L'expérience semble avoir un rôle majeur en Dermatologie. On constate que les médecins exerçant depuis plusieurs années et ceux ayant eu la possibilité d'effectuer un stage dans un service de dermatologie ont une meilleure assurance dans leur pratique dermatologique. Le degré de certitude diagnostique semble pouvoir être corrélé à la fréquence des pathologies rencontrées. Ce sentiment est conforté par une étude qui évaluait la capacité des médecins de premier recours, avec ou sans expérience en dermatologie, à diagnostiquer et prendre en charge les troubles cutanés (30).

Les médecins exerçant en zone rurale confient que leurs patients sont moins en demande de voir le spécialiste d'organe qu'en ville. Ils expliquent cela non pas par un manque de confiance envers leur médecin traitant, mais par un changement de comportement des patients en ville. Selon eux, les patients urbains porteraient plus d'intérêt à leur santé et consulteraient plus rapidement le spécialiste d'organe.

- **L'incertitude diagnostique**

En cas d'incertitude diagnostique face à des lésions cutanées, les MG interrogés mènent une **démarche hypothético-déductive**. Avant même de penser aux hypothèses diagnostiques, ils inspectent les signes évoquant une urgence. L'urgence éliminée, ils recherchent ensuite les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique pouvant orienter leur diagnostic. Ils émettent différentes hypothèses selon l'aspect clinique et le contexte. Puis ils se basent sur l'argument de fréquence et leur expérience pour proposer un diagnostic.

Le doute diagnostique fait partie de la pratique du médecin comme l'a étudié le Dr Braun, médecin généraliste autrichien (31).

Pour pallier à l'incertitude, les MG utilisent différents outils diagnostiques :

Devant le peu d'urgences médicales en Dermatologie, les MG se permettent de temporiser avant d'adresser au spécialiste d'organe. Ils reconnaissent avoir régulièrement recours à des **traitements « tests »** à base de dermocorticoïdes ou d'antifongiques.

Ils sont plusieurs à prendre une **photographie**, avec l'accord de leur patient, dans différents buts : illustrer le dossier médical (formation médicale), suivre l'évolution. La photographie est pour eux un élément important de la démarche diagnostique.

Les revues et sites Internet notamment le moteur de recherche Google sont communément utilisés. Pour la démarche diagnostique, ces ressources sont employées pour formuler leur hypothèse ou rechercher s'ils ont suffisamment de critères pour associer la lésion à un diagnostic. Selon les MG interrogés ces outils sont particulièrement intéressants pour les prises en charge thérapeutiques.

Le dermatoscope bien qu'étant un outil indispensable en dermatologie, n'est jamais exploité par les MG. C'est un outil pourtant répandu chez les médecins généralistes d'Autriche. Une étude italienne a mis en évidence que l'addition de la dermoscopie à l'examen conventionnel à l'œil nu est associée à une réduction significative du nombre de lésions cutanées pigmentées excisées pour la vérification diagnostique (9,0% vs 15,6%) (P = 0,013) (32,33).

Les actes techniques (biopsies, excrèses, sutures) sont peu ou pas réalisés par les MG pour les raisons suivantes : le manque de temps, de formation, la crainte des conséquences médico-légales et les limites de leurs compétences.

Plusieurs MG supposent l'existence d'une **Hotline au CHRU** de Lille pour solliciter l'avis d'un spécialiste notamment un Dermatologue. Mais aucun ne connaît le fonctionnement du système, ils n'ont jamais reçu d'informations précises à ce sujet. En effet, il existe bien une « Hop'line » au CHRU de Lille réservée aux médecins généralistes de 9h00 à 19h00 mais peu de renseignements sont fournis sur le site du CHRU.

La télédermatologie « sauvage » est déjà utilisée par certains médecins, en particulier par ceux disposant d'un lien privilégié avec un dermatologue.

- **Le recours au dermatologue**

Le recours au dermatologue se fait en cas d'incertitude diagnostique, d'inquiétude du patient, de résistance au traitement ou de nécessité de prise en charge spécialisée (actes techniques, traitement médicamenteux spécialisé). Lors d'une étude rétrospective réalisée à Miami en 2001, sur 208 patients présentés au médecin de soins primaires pour problème cutané 37,5% ont été adressés au dermatologue. Les principaux motifs de recours au dermatologue étaient : la réalisation d'une biopsie de lésion suspecte, la confirmation d'un diagnostic suspecté et l'établissement d'un diagnostic d'une lésion d'origine inconnue (34).

Le dépistage de lésions suspectes est un motif fréquent d'orientation vers le dermatologue. Malgré l'utilisation des critères ABCDE (Annexe 3) et la règle du « vilain petit canard », les MG ont régulièrement des doutes sur le caractère malin de la lésion. La demande d'avis pour tumeur bénigne ou maligne représente entre un quart et la moitié des motifs d'avis adressés par les médecins généralistes (35).

L'accessibilité au dermatologue est jugée difficile, notamment avec des délais de rendez-vous plutôt longs selon les MG (en moyenne de 3 mois). Ces délais sont expliqués principalement par la hausse de la demande, l'activité variée des dermatologues, la baisse du nombre de dermatologues actifs (36) Selon une étude, plus de 88% des dermatologues déclaraient passer jusqu'à 25% de leur temps pour de la dermatologie pédiatrique, de la dermatologie esthétique ou de la recherche clinique (37). Le délai de rendez-vous peut être considérablement réduit en cas d'appel direct du MG.

L'existence de rapports privilégiés ou d'un réseau de dermatologues référents permet de faciliter l'accès pour certains MG.

2) Les propositions pour améliorer la prise en charge dermatologique

- **La formation médicale**

La grande majorité des omnipraticiens interrogés porte un regard critique sur leur formation médicale : ils rapportent un manque de cours pratiques et une formation médicale initiale (FMI) trop succincte.

La formation médicale initiale

L'enquête de l'INCa de 2011 retrouve des résultats similaires : seuls 8% des MG qualifient leur FMI de « très bonne ». 90% estiment qu'elle peut être améliorée(25).

Les jeunes médecins généralistes s'estiment peu compétents en dermatologie en sortant de leur cursus. Ils se retrouvent souvent en difficulté face aux lésions cutanées au début de leur activité.

Sur le plan théorique, ils expriment la nécessité de cours basés sur l'analyse de photographies de lésions variées et fréquemment rencontrées en médecine générale.

Sur le plan pratique, l'apprentissage d'actes techniques leur semble indispensable tels que l'utilisation du dermatoscope, la réalisation de biopsies et d'exérèses.

Plusieurs études démontrent l'intérêt d'une formation plus conséquente en dermatologie dans la pratique des MG. Les MG ayant reçu une formation sont plus performants que ceux qui n'en ont pas bénéficié (30,38). Une étude a interrogé 659 étudiants en médecine sur la pratique de dépistage des cancers cutanés : 43% n'en avaient jamais vu. Ceux ayant été formés au moins une fois sur le dépistage de ces lésions étaient 7 fois plus compétents par la suite (39).

Les stages d'apprentissage

Certains MG remettent en question la maquette de stage en médecine générale. Ils jugent la durée des stages trop longue. Ils soutiennent qu'un stage obligatoire en dermatologie durant le cursus, plus particulièrement en consultation, pour une durée de 2 mois, serait bénéfique. Cela permettrait d'identifier un certain nombre de lésions fréquentes et d'apprendre à réaliser un examen dermatologique complet.

Ces dernières années, plusieurs réformes ont été mises en place dans le but d'améliorer la formation pratique médicale. Une nouvelle maquette du DES de Médecine Générale est entrée en vigueur en 2017 pour promouvoir l'indépendance dans la formation médicale avec la possibilité de réaliser deux stages libres selon le projet professionnel de l'interne (59) Actuellement, il existe une réflexion quant à la réalisation d'une 4^{ème} année d'internat de Médecine Générale qui pourrait être tournée vers les spécialités prédominantes de la médecine de ville.

La formation médicale continue

Une remarque alarmante a été faite par les MG interviewés. Le dernier cours de dermatologie traité lors d'une FMC remontait à plusieurs années.

Les omnipraticiens recherchant des formations en dermatologie ont rencontré différentes difficultés telles que ;

- L'annulation de formation par manque de candidats : Existe-t-il un désintérêt des MG pour la dermatologie ?

- La rareté des formations « physiques » les obligeant à se tourner vers les formations en ligne beaucoup moins interactives et parfois inadaptées.

- Des sujets abordés jugés redondants ou pas suffisamment orientés « Médecine Générale ».

Ce manque de formation peut expliquer les difficultés de prise en charge et le sentiment d'incompétence.

L'étude du contenu des FMC des MG pourrait être très intéressante.

- **L'auto-apprentissage**

Certains estiment que l'auto-apprentissage fait partie des obligations de leur métier afin d'apporter la meilleure qualité de soins à leurs patients.

L'auto-formation semble être influencée par l'intérêt du médecin pour la dermatologie. Certains médecins reconnaissent prioriser d'autres formations et déclaraient leur désintérêt pour la dermatologie.

L'outil informatique s'est imposé depuis une quinzaine d'années comme source de formation pour les MG, avec en tête de file Internet (40). La majorité des interviewés

utilise régulièrement *Google Image* comme source d'information et d'aide au diagnostic. La fiabilité des résultats de recherche est discutable et peut engendrer des erreurs.

L'amélioration des compétences des MG par la formation permettrait de diminuer le nombre de patients adressés pour des dermatoses simples et donc de faciliter le recours au dermatologue pour les dermatoses urgentes ou complexes.

- **Les échanges confraternels**

Un des médecins interviewés soulignait la rareté des échanges notamment téléphoniques avec les spécialistes d'organe depuis le développement des télésecrétariats et des sites Internet de prise de rendez-vous. Ils étaient plusieurs à souligner qu'un certain nombre de consultations pourraient être évitées s'ils avaient la possibilité de joindre un dermatologue pour discuter et valider leur prise en charge.

Ils désireraient échanger régulièrement (1 à 2 fois par an) avec un dermatologue du secteur sur des cas les ayant mis en difficulté. Ils seraient intéressés par la mise en place de présentations animées par des Dermatologues, avec plusieurs iconographies et des conduites à tenir diagnostiques et thérapeutiques type selon les pathologies.

- **La télémédecine**

Les MG ont évoqué la télémédecine comme un outil prometteur pour améliorer leur prise en charge, particulièrement en dermatologie.

III. Perception et attentes vis-à-vis de la télédermatologie pour les médecins du Nord et du Pas-de-Calais

Les MG ont une connaissance relative de la télémédecine. Ils ont évoqué 4 axes sur 5 de la télémédecine à travers différents exemples : la téléconsultation avec les « cabines » de consultation, la télé-expertise avec l'envoi de photographies ou le « télé-ECG », la téléassistance avec le « télé-AVC » et la télésurveillance.

Ils connaissaient pour la plupart la télétransmission des ECG. Seul un des médecins était abonné à ce système. Pour les autres, ils avaient une connaissance imprécise de projets de télémédecine.

Bien que la télémédecine soit encore au stade expérimental, cette innovation fait parler d'elle depuis plusieurs années. En 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins avait répertorié 331 projets de télémédecine. A l'époque les projets étaient principalement hospitaliers : 53% étaient exclusivement hospitaliers et seulement 4% exclusivement extrahospitaliers (41). La loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de la Loi Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2014 a favorisé le déploiement d'expérimentations de télémédecine en dehors de l'hôpital (42). A compter du 1^{er} janvier 2014, 9 régions pilotes (Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre-Val-de-Loire, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays-de-la-Loire et la Picardie) ont pu mettre en œuvre des expérimentations, en médecine de ville ou en structures médico-sociales, pour une durée de 4 ans.

- **Le fonctionnement**

Selon les interviewés, le médecin généraliste doit « orchestrer » la téléconsultation. Il doit rester le « pivot ». Cet élément semble essentiel pour l'ensemble des participants : pouvoir décider eux-mêmes de la réalisation ou non de la téléconsultation. Pour cela, le dispositif de télémédecine doit s'inscrire dans le parcours de soins où le médecin généraliste reste maître de sa pratique.

Un second point important est exprimé par les MG : la simplicité du matériel. Ils souhaitent un fonctionnement accessible à tous et réalisable partout pour assurer une certaine mobilité.

Plusieurs MG se questionnaient sur les modalités de rémunération de l'acte de téléconsultation. Suite aux réunions qui se sont tenues depuis le début de l'année 2018, l'Assurance maladie prévoit une généralisation de la téléconsultation pour tous les français à partir du 15 septembre 2018. La télé-expertise quant à elle, s'ouvrira par étape à l'ensemble des patients avec une première étape pour les patients en ALD ou atteints de maladie rare, aux patients résidants en EHPAD ou en zones sous-dotées et aux détenus. La généralisation est espérée pour 2020. La CNAM a remis son

rapport concernant la rémunération de l'acte qui attend un retour des syndicats de médecins au cours du mois de juin 2018 (43,44).

- **Les avantages de la télédermatologie**

Gain ou perte de temps ?

La télédermatologie pourrait être perçue comme gain de temps notamment pour le patient. Ce système leur permettrait un accès plus rapide à un spécialiste. En effet plusieurs études ont rapporté une réduction du temps d'attente grâce à la télédermatologie. Une étude a rapporté une diminution de 66% du temps d'attente jusqu'au rendez-vous avec le dermatologue grâce à la télé-expertise ; 39 jours en moyenne contre 114 jours via la démarche conventionnelle (45). Cependant, la plupart de ces études ont été réalisées sur une population présentant des lésions suspectes, ce qui n'est pas forcément généralisable aux autres pathologies cutanées rencontrées.

Certains omnipraticiens craignaient le caractère chronophage de la téléconsultation dans l'organisation de leur « temps médical ». Le temps nécessaire pour réaliser une consultation de télédermatologie a été étudié. Le temps total passé par le MG par patient avec l'évaluation, la photographie, le téléchargement, la mise à disposition d'un historique et la transmission des résultats de la consultation était initialement de 30 minutes. Au cours de l'étude, ce temps a été ramené à 20 minutes, contre 10 minutes pour une consultation classique (46). Le temps de consultation pour un acte de télé-expertise ne serait donc pas plus court pour le médecin généraliste contrairement au dermatologue qui réalise une consultation de télé-expertise en moyenne en 9 minutes contre 24,4 minutes pour une consultation conventionnelle (47).

Améliorer le dépistage des tumeurs cutanées

L'amélioration du délai de prise en charge par télédiagnostic pourrait générer une amélioration du pronostic en particulier pour les affections tumorales telles que le mélanome. Le triage photographique des lésions pigmentées permettrait d'attribuer un degré d'urgence et donc d'adapter le délai d'attente jusqu'à l'intervention. Plusieurs études ont mis en avant l'efficacité de triage des tumeurs cutanées grâce à la méthode SAF (48). Dans une étude, grâce à la télé-expertise 95% des patients ayant des

lésions malignes ont été priorisés « urgent » contre 54% pour ceux qui ont été adressés par lettre sans photographie, ce qui a permis ainsi de raccourcir le délai de prise en charge.

En Picardie, une étude expérimentale a été réalisée de novembre 2015 à août 2016 pour évaluer la prise en charge des lésions suspectes par la télédermatologie. 140 avis ont été rendus, 20 patients ont été adressés en consultation conventionnelle, permettant ainsi le diagnostic de 5 lésions malignes et 3 lésions précancéreuses. Dans cette étude 70% des avis ont été rendus en moins de 48 heures avec un délai moyen de 3,8 jours (49).

Intérêt éducatif de la télédermatologie

Les MG voyaient en la télédermatologie un moyen de transfert des connaissances entre les différents praticiens impliqués et donc une forme de formation médicale continue.

Une étude réalisée au Pays-Bas sur 3 ans et demi a évalué les effets de la télédermatologie sur l'efficacité, la qualité et les coûts des soins lorsqu'elle est intégrée dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Parmi les résultats de l'étude, les omnipraticiens ont rapporté un effet éducatif bénéfique dans 85% des téléconsultations (50).

La fonction de triage

La télédermatologie serait un bon outil de tri selon les MG. En effet, ils étaient plusieurs à souligner leur difficulté à juger de la réelle nécessité d'une consultation chez le dermatologue. Ce système permettrait d'éviter un certain nombre de consultations pouvant être prises en charge en médecine générale et ainsi libérer du temps pour les pathologies relevant du dermatologue. Les études réalisées sur les consultations évitées chez le dermatologue concernaient le plus souvent les lésions suspectes. Les résultats ne sont donc pas représentatifs des autres pathologies cutanées.

Dans son travail de thèse, Hélène SECEMBER a réalisé une revue de la littérature sur les expériences de télédermatologie. Elle notait que selon les études la proportion de consultations évitées chez le dermatologue variait. Elle expliquait ce constat par

l'existence de facteurs influençant l'avis de télé-expertise tels que la qualité de l'image, les informations cliniques transmises, le type de pathologie, la confiance diagnostique du télédermatologue et les caractéristiques du patient (51).

- **Les freins**

Liés à la technique

Les interviewés craignaient des erreurs diagnostiques liées à la technique de la télédermatologie notamment à cause de ***la qualité de la photographie, de la perte d'information*** par rapport à la consultation conventionnelle et à ***l'absence d'examen clinique***.

En effet, l'image en deux dimensions fait perdre l'aspect tridimensionnel et autant d'informations pouvant s'avérer indispensables pour le télé-expert. De plus la qualité photographique peut varier selon l'éclairage, la couleur, l'angle de prise, la distance par rapport à la cible, ce qui peut diminuer la confiance diagnostique du dermatologue et l'efficacité du système.

Dans un article du *Journal of the American Academy of Dermatology*, 12% des télé-expertises de l'étude n'ont pu aboutir à un diagnostic à cause d'une qualité insuffisante de la photographie transmise (52). Afin d'obtenir une qualité photographique optimale il serait bénéfique que les dermatologues établissent une listes des critères qualitatifs d'une bonne photographie. Par ailleurs, le développement continu des TIC permettra une amélioration certaine de la qualité des clichés et des vidéos transmises.

Afin de limiter la perte d'informations, les MG jugeaient indispensable de répondre à un questionnaire standardisé et complet, établi par les dermatologues à joindre à leur photographie. Il est vrai qu'avec la méthode SAF aucune communication directe n'est possible ni avec le patient ni entre les correspondants.

La confiance diagnostique

La confiance diagnostique était évoquée par certains MG. Plusieurs études de concordance diagnostique entre consultation conventionnelle et télédermatologie ont

montré des résultats très variés pouvant aller de 40% de concordance diagnostique à 90% (47). Une étude a comparé la concordance diagnostique et la confiance diagnostique entre les 3 modalités (consultation conventionnelle, SAF, VC). Il en ressort une concordance diagnostique pour 64% des patients (70 sur 110 patients). Néanmoins, la confiance diagnostique était plus élevée dans la consultation en face-à-face (87%) qu'avec les méthodes de télédermatologie (59% pour la VC et 54% pour la méthode SAF) (53). Ces divergences peuvent s'expliquer par le type de pathologie ciblée, la qualité de la photo ou l'expérience du dermatologue en télédermatologie.

Dans l'analyse des lésions suspectes, des études ont mis en évidence que la télédermatoscopie associée à la méthode SAF améliorerait le niveau de confiance diagnostique comparé à l'analyse de photographies seules (54). Il serait donc intéressant de former les MG à l'utilisation du dermatoscope en médecine de ville.

L'aspect juridique

Au cours de la téléconsultation, le médecin généraliste requérant est tenu d'informer son patient sur l'acte médical et son procédé. Il est dans l'obligation de recueillir son consentement libre et éclairé. Il se doit de faire figurer dans le dossier médical du patient le compte-rendu de l'acte ainsi que les prescriptions médicamenteuses et l'identité des professionnels de santé ayant participé à l'acte.

En toutes circonstances, le secret médical doit être respecté par les professionnels ayant accès au dossier du patient, tant en ce qui concerne l'obtention des données personnelles de santé, que la circulation et les échanges de ces données médicales.

Les responsabilités des professionnels de santé sont les suivantes :

- Pour le médecin requis :

Il se doit de tenir compte des limites inhérentes à la pratique de la télé-expertise telles que la sélection ou l'altération de l'information transmise par le médecin requérant et, en cas de doute, solliciter une expertise complémentaire.

Il est responsable du diagnostic qu'il pose au regard des informations fournies par son confrère.

- Pour le médecin requérant :

Il est responsable des informations recueillies et télétransmises, de l'information délivrée au patient et de la décision finale sur le choix thérapeutique (55).

L'aspect éthique

La crainte d'une déshumanisation de la profession et de la dégradation de la relation médecin-malade a été soulevée par plusieurs médecins. En effet, la télémédecine risque de modifier ce lien relationnel caractéristique de la pratique du médecin généraliste. Pour certains des participants, il s'agit d'une vraie limite au développement de la télémédecine.

Il s'agissait de la première cause d'insatisfaction de ce système pour 37% des patients interrogés dans une étude, suivi du long temps d'attente (22%) et du manque d'informations de suivi suite à l'acte de télédermatologie (21%) (56).

Dans notre étude, les MG se questionnaient sur l'adhésion des dermatologues à ce projet, notamment par rapport à l'organisation de leur temps médical. En effet leurs plages de consultations étant déjà remplies, ces derniers pourraient rencontrer des difficultés à intégrer l'expertise des téléconsultations.

Peu d'études ont été réalisées sur l'avis des dermatologues.

L'aspect économique

Les omnipraticiens craignent une ***sur-utilisation du système*** et des demandes abusives de la part des patients, auxquelles ils devront faire face. En effet, si le modèle socio-économique est trop favorable, le système pourrait être surutilisé et de façon inappropriée par un certain nombre de praticiens. Il faudra donc rester très vigilant quant à son utilisation.

De plus, il faut également se méfier de la ***commercialisation du système*** avec la création de sites internet spécialisés plus ou moins cadrés et payants, qui donneront des avis sur photos, délivrés par des acteurs dont la compétence sera variable et totalement incontrôlée(57).

- **Les domaines d'application**

Les MG trouvaient l'utilisation de la télédermatologie intéressante pour toutes les pathologies cutanées. Cependant, ils insistaient sur leur rôle de médecin, c'est-à-dire d'effectuer une recherche ou d'essayer une prise en charge avant de solliciter l'avis.

Trois domaines d'application de la télédermatologie ressortaient souvent des interviews :

- Le diagnostic précoce des tumeurs
- Le suivi de certaines affections chroniques nécessitant un ajustement thérapeutique
- Les pathologies cutanées aiguës, comme les éruptions

- **Les opinions des interviewés**

Pour l'ensemble de l'échantillon, la dermatologie était une spécialité de choix pour la télémédecine car il s'agit d'une discipline « visuelle » où le diagnostic est très souvent basé sur l'image.

Globalement, les avis étaient en faveur de l'intégration de ce nouveau système dans leur pratique. Ils le voyaient comme un outil d'aide nécessaire pour pallier aux délais d'attente des rendez-vous chez les spécialistes et pour permettre à certaines populations un accès aux soins facilité.

Parmi les médecins interviewés, un très faible nombre n'était pas favorable au développement de cette médecine 2.0 craignant une déshumanisation de la profession et une dévalorisation de la place du médecin généraliste se réduisant à la demande d'avis pour prendre en charge ses patients.

D'autres, bien que favorables à la mise en place de la télédermatologie, se questionnaient sur l'intérêt économique de ce système et sur sa fiabilité diagnostique.

La satisfaction des MG a été évaluée dans plusieurs études. Dans son travail de thèse, H. SECEMBER a relevé les principaux facteurs positifs de satisfaction qui sont : l'accès amélioré aux dermatologues et le retour d'information rapide de la part du dermatologue (51). Ce système, qui semble positif et encourageant nécessite un processus simple, peu chronophage et accessible techniquement pour éviter

l'insatisfaction des médecins requérants comme le montrait une étude britannique de 2004 (58).

Le développement de la télémédecine leur semblait tout de même être une évolution inévitable de notre pratique actuelle.

CONCLUSION

Ce travail, par sa méthode qualitative, a permis de comprendre comment les omnipraticiens géraient leur incertitude diagnostique face à un trouble cutané.

L'incertitude diagnostique fait partie du quotidien du médecin généraliste. L'assurance de ces derniers dépend des pathologies dermatologiques rencontrées, de leur expérience médicale et de leur intérêt pour la dermatologie.

Afin d'améliorer leurs prises en charges, les MG ont régulièrement recours à différents outils et en particulier à Internet. La photographie, facilitée par le développement des technologies, prend une place majeure dans la démarche diagnostique. Les actes techniques sont quant à eux de moins en moins utilisés par les MG par manque de temps, de formation et par crainte de conséquences médico-légales.

La formation médicale joue un rôle important dans l'aisance future du MG. L'accès aux stages en dermatologie, l'apprentissage des actes techniques, la disponibilité et les échanges avec un dermatologue pourraient améliorer les prises en charge dermatologiques en médecine de ville.

La télémedecine était évoquée comme un outil prometteur, notamment dans le domaine de la dermatologie par son caractère visuel.

La télédermatologie semble être, pour les médecins généralistes, une solution pour faciliter l'accès aux soins, pour optimiser le système de santé actuel, pour trier les consultations par degré d'urgence tout en leur permettant une formation médicale continue.

Ils veulent cependant conserver leur rôle de « pivot » du parcours de soins afin d'avoir la liberté de poser l'indication ou non de l'acte.

Ils émettent quelques réticences en termes d'organisation, de risque d'erreur diagnostique par manque d'information ou à cause d'une mauvaise qualité photographique. Enfin, ils craignent également la dégradation de la relation médecin-malade.

La télémédecine va entraîner un bouleversement d'organisation dans le parcours de soins et va participer à l'évolution de la relation médecin-malade, permettant au patient d'être de plus en plus acteur de sa propre santé.

Pour la majorité des médecins interrogés, la télédermatologie est perçue comme une suite logique dans l'évolution des pratiques médicales et ils sont prêts à l'intégrer dans leur pratique.

La réussite de ce système se fera grâce à une collaboration étroite entre les médecins de premiers recours et les dermatologues. Ces derniers auront un rôle moteur dans le succès de la télédermatologie. Il serait donc opportun d'interroger les dermatologues sur leurs attentes et leurs recommandations au développement et à l'utilisation de cet outil.

Références Bibliographiques

1. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
2. Stephan H, Chicoulaa B, Dupouy J, Antic J, Bismuth S, Bismuth M, et al. Consultation de médecine générale : de quoi dépendent ses différents « temps » ? Une étude d'observation en Haute-Garonne. *Médecine*. 1 sept 2015;11(7):329-32.
3. Flesch Georgette G. Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville : une spécificité de la médecine générale. A partir d'une enquête prospective de 1172 consultations dans le Bas-Rhin [Thèses de Doctorat en Médecine Générale] Strasbourg : Université Louis Pasteur. 1998.
4. Observatoire de la Médecine Générale. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/>
5. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale: difficultés et propositions des généralistes [Thèse de Médecine Générale] Rouen: Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie. 2012. <dumas-00768344>
6. Beyond 20/20 WDS - Efficacité des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>
7. Atlas de la démographie médicale 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/>
8. Elbaum M. L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse, Abstract. *Trib Santé*. 1 déc 2010;(HS 1):15-29.
9. Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre [Internet]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/>
10. Les résultats étonnants de l'observatoire de l'accès aux soins IFOP pour jalma ! [Internet]. jalma. 2017. Disponible sur: <http://www.jalma.com/>
11. Khatibi B, Bambe A, Chantalat C, Resche-Rigon M, Sanna A, Fac C, et al. Télédermatologie en milieu carcéral : étude rétrospective de 500 télé-expertises. Vol. 141. 2014. S363 p.
12. Doutre M-S, Salles N, Libert K. Télédermatologie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *Ann Dermatol Vénérologie*. 1 déc 2017;144(12, Supplement):S54-5.
13. Caterina M, Hayat M, Guillorel M. Etude sur les technologies de l'information au service des nouvelles organisations de soins. Observatoire Paritaire des métiers de l'Informatique, de l'Ingénierie, des Etudes et du Conseil. 2011.
14. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA UCL Bruxelles Belgique. 2002.

15. Gouyon M. Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés: comportements et opinions. 2009. Dossiers solidarité et santé; vol. 11.
16. Richards H l., Ling T c., Evangelou G, Brooke R c. c., Fortune D g., Rhodes L e. Evidence of high levels of anxiety and depression in polymorphic light eruption and their association with clinical and demographic variables. *Br J Dermatol.* 1 août 2008;159(2):439-44.
17. Rizwan M, Reddick CL, Bundy C, Unsworth R, Richards HL, Rhodes LE. Photodermatoses: environmentally induced conditions with high psychological impact. *Photochem Assoc Eur Soc Photobiol.* janv 2013;12(1):182-9.
18. Jaine P. Pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en médecine générale.[Thèse de Médecine Générale] Marseille. 2005.
19. Donval VD. Polyvalence de la consultation de Médecine Générale [Thèse de Médecine Générale] Paris Ouest. 1998.
20. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D. ECOGEN: étude des Eléments de la COnsultation de médecine GENérale. *Exercer.* 2014;25(114):148-57.
21. Avogadro-LEroy S. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie. [Thèse de Médecine Générale] Université de Médecine et de Pharmacie Rouen. 2012;
22. Jouanin S. Fréquence et analyse des demande de fin de consultation en médecine générale. [Thèse de Médecine Générale] Université Claude Bernard- Lyon 1; 2006.
23. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): the role of doctors. *Int J Cancer.* 20 mai 2000;89(3):280-5.
24. Offidani A, Simonetti O, Bernardini ML, Alpagut A, Cellini A, Bossi G. General Practitioners' Accuracy in Diagnosing Skin Cancers. *Dermatology.* 2002;205(2):127-30.
25. Institut National du Cancer. Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau. 2011;
26. Wender RC. Barriers to effective skin cancer detection. *Cancer.* 15 janv 1995;75(2 Suppl):691-8.
27. Oliveria SA, Christos PJ, Marghoob AA, Halpern AC. Skin cancer screening and prevention in the primary care setting: national ambulatory medical care survey 1997. *J Gen Intern Med.* mai 2001;16(5):297-301.
28. Kirsner RS, Mukherjee S, Federman DG. Skin cancer screening in primary care: prevalence and barriers. *J Am Acad Dermatol.* oct 1999;41(4):564-6.
29. Grasset E. Dépistage du mélanome en Médecine Générale et évaluation du SAMScor par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse Médecin Générale] Lille 2. 2013;

30. Al-Hoqail IA, Gad A, Crawford RI. Dermatology practice in primary health care services: where do we stand in the Middle East. *Int J Dermatol.* janv 2002;41(1):4-7.
31. Braun RN, Blonkowsky J, Rosowsky O. *Pratique, critique et enseignement de la Médecine Générale.* Paris: PAYOT; 1979. 512 p. (Bibliothèque Scientifique).
32. Tran KT, Wright NA, Cockerell CJ. Biopsy of the pigmented lesion--when and how. *J Am Acad Dermatol.* nov 2008;59(5):852-71.
33. Carli P, de Giorgi V, Chiarugi A, Nardini P, Weinstock MA, Crocetti E, et al. Addition of dermoscopy to conventional naked-eye examination in melanoma screening: a randomized study. *J Am Acad Dermatol.* mai 2004;50(5):683-9.
34. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol.* août 2001;45(2):250-5.
35. Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC. The profile of dermatological problems in primary care. *Clin Exp Dermatol.* juin 2010;35(4):380-3.
36. Micheau J, Moliere, E, Sens, P. L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écart de perception des temps de travail. DREES; 2010. Report No.: 15.
37. Oliveria SA, Heneghan MK, Cushman LF, Ughetta EA, Halpern AC. Skin cancer screening by dermatologists, family practitioners, and internists: barriers and facilitating factors. *Arch Dermatol.* janv 2011;147(1):39-44.
38. Fleischer AB, Herbert CR, Feldman SR, O'Brien F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care.* oct 2000;6(10):1149-56.
39. Moore MM, Geller AC, Zhang Z, Hayes BB, Bergstrom K, Graves JE, et al. Skin Cancer Examination Teaching in US Medical Education. *Arch Dermatol.* 1 avr 2006;142(4):439-44.
40. Cordonnier P. *La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu [Thèse de Médecine Générale].* Université de Strasbourg; 2011.
41. Principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets télémédecine 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/I>
42. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. 2013-1203 déc 23, 2013.
43. Lancelot. S, Roux. C. Télémédecine : les généralistes pas prêts à s'équiper. *Le Généraliste.* n° 2821. 2 févr 2018.
44. Tarifs : la CNAM fait un effort sur la télé-expertise [Internet]. *Le Quotidien du Médecin.* Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/>
45. Lim D, Oakley AM, Rademaker M. Better, sooner, more convenient: A successful teledermoscopy service. *Australas J Dermatol.* 1 févr 2012;53(1):22-5.

46. Shapiro M, James WD, Kessler R, Lazorik FC, Katz KA, Tam J, et al. Comparison of skin biopsy triage decisions in 49 patients with pigmented lesions and skin neoplasms: store-and-forward teledermatology vs face-to-face dermatology. *Arch Dermatol.* mai 2004;140(5):525-8.
47. Whited JD, Hall RP, Foy ME, Marbrey LE, Grambow SC, Dudley TK, et al. Patient and clinician satisfaction with a store-and-forward teledermatology consult system. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc.* 2004;10(4):422-31.
48. Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Nieto-Garcia A, Carrasco R, Moreno-Alvarez P, Galdeano R, et al. Store-and-Forward Teledermatology in Skin Cancer Triage: Experience and Evaluation of 2009 Teleconsultations. *Arch Dermatol.* 1 avr 2007;143(4):479-83.
48. Téléexpertise en dermatologie. Une expérience en Hauts-de-France pour la détection tumeurs cutanées [Internet]. URPS Médecin libéraux Hauts de France. Disponible sur: <http://www.urpsml-hdf.fr/teledermatologie/>
50. van der Heijden JP, de Keizer NF, Bos JD, Spuls PI, Witkamp L. Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol.* nov 2011;165(5):1058-65.
50. Secember. H. Indicateurs en télédermatologie. Une revue de la littérature.[Thèse de Médecine Générale] Médecine humaine et pathologie. 2017 <dumas-01702259>
52. Lamel SA, Haldeman KM, Ely H, Kovarik CL, Pak H, Armstrong AW. Application of mobile teledermatology for skin cancer screening. *J Am Acad Dermatol.* oct 2012;67(4):576-81.
53. Edison KE, Ward DS, Dyer JA, Lane W, Chance L, Hicks LL. Diagnosis, diagnostic confidence, and management concordance in live-interactive and store-and-forward teledermatology compared to in-person examination. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc.* nov 2008;14(9):889-95.
54. Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Galdeano R, Camacho FM. Teledermatoscopy as a triage system for pigmented lesions: a pilot study. *Clin Exp Dermatol.* janv 2006;31(1):13-8.
54. Télémédecine et responsabilités juridiques engagées. Direction Générale de l'Offre de Soins. 2012 [Internet]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/>
56. Weinstock MA, Nguyen FQ, Risica PM. Patient and referring provider satisfaction with teledermatology. *J Am Acad Dermatol.* juill 2002;47(1):68-72.
57. Dereure. O. Télédermatologie : des concepts aux applications. févr 2014;(230):32-7.
58. Collins K, Bowns I, Walters S. General practitioners' perceptions of asynchronous telemedicine in a randomized controlled trial of teledermatology. *J Telemed Telecare.* 2004;10(2):94-8.
58. Réforme des études médicales : une occasion d'améliorer la formation en Médecine Générale - Blog SNJMG [Internet]. Disponible sur: <http://www.snjmg.org/>

ANNEXE 1

Grille d'entretien

Description de l'activité du Médecin Généraliste :

Age, sexe, nombre d'année d'installation, seul ou en groupe, urbain-rural-semi rural, distance du dermatologue le plus proche, délai des rendez-vous avec et sans intervention du médecin

- 1) Comment prenez-vous en charge les pathologies dermatologiques ?
- 2) Quels sont vos ressources concernant les pathologies dermatologiques ?
- 3) Selon vous qu'est ce qui pourrait améliorer la prise en charge des pathologies cutanées ?
- 4) Que pensez-vous de la télé-expertise, en particulier de la Télédermatologie pour améliorer la prise en charge des pathologies cutanées ?

ANNEXE 2



Avis de la Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la FMM

Intitulé de la recherche :

Incertitude diagnostique face aux pathologies cutanées en
médecine générale et place de la télédermatologie

Investigateur principal :

MAJEWSKI Elisabeth

Mémoire de Maïeutique

Mémoire de DES

Thèse d'exercice de Médecine

Date de réunion de la CRD2M :

05/12/17

Avis de la CRD2M :

FAVORABLE

DEFAVORABLE

Type d'étude retenu :

Recherche interventionnelle

Recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales

Recherche non interventionnelle

Si avis défavorable, justification :

Nécessité de l'avis d'un comité d'éthique :

OUI

NON

Si non, justification :

Recherche rétrospective sur données existantes

Evaluation des pratiques professionnelles ou pédagogiques

Recherche dans le domaine des sciences humaines

Recherche bibliographique

Le référent de la CRD2M

Nom :

Signature :

P. P. Wachel

Faculté de Médecine
et Maïeutique
58 rue du Port
59046 Lille Cedex
03.20.13.41.30

ANNEXE 3

Critères de dépistage ABCDE

(HAS- Guide du médecin traitant- Stratégie de dépistage précoce du mélanome)

Une lésion susceptible d'être un mélanome est :

Une lésion asymétrique (critère A) ;

Avec une bordure irrégulière, encochée, polycyclique, délimitée par rapport à la peau environnante (critère B) ;

De couleur inhomogène, du brun clair au noir foncé (critère C). Des zones blanches où le pigment a disparu, des zones rouges inflammatoires ou des zones cicatricielles bleutées peuvent également être observées ;

De diamètre > 6 mm (critère D) ;

Evolutive dans sa taille (la lésion s'élargit), sa couleur ou son épaisseur (critère E).

AUTEUR : Nom : MAJEWSKI

Prénom : Elisabeth

Date de Soutenance : 13 Juin 2018

Titre de la Thèse :

Incertitude diagnostique en dermatologie et place de la télédermatologie en Médecine Générale dans le Nord et le Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale – Dermatologie – Télémédecine – Télédermatologie - Incertitude diagnostique

Résumé :

INTRODUCTION : Les pathologies cutanées sont fréquentes en Médecine Générale. La crise démographique médicale actuelle rend difficile l'accès au dermatologue. Le rôle du médecin généraliste est donc renforcé. L'incertitude diagnostique fait partie du quotidien du médecin, notamment en dermatologie. La télédermatologie se développe dans ce contexte dans un but de « démocratie sanitaire ».

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-dirigés de Décembre 2017 à Avril 2018. Quatorze MG du Nord et du Pas-de-Calais ont été interrogés sur leur pratique en dermatologie. Les objectifs secondaires de l'étude étaient de connaître leurs propositions pour améliorer la prise en charge des pathologies cutanées en médecine de ville et leur avis à propos de la télédermatologie.

RÉSULTATS : Le MG a un rôle central dans la prise en charge de ses patients. Les compétences en dermatologie variaient selon l'expérience, le type de pathologie et l'intérêt du médecin pour la dermatologie. Face aux incertitudes diagnostiques, les MG évaluaient l'urgence et employaient une démarche hypothético-déductive pour proposer un diagnostic. L'expérience jouait un rôle majeur dans leur compétence. Pour améliorer leur prise en charge, ils souhaitaient des formations pratiques et ils soulignaient la nécessité d'un stage en dermatologie. La télémédecine était citée dans les propositions pour améliorer les prises en charge.

La télémédecine était perçue comme l'évolution inévitable de la pratique actuelle. La majorité des participants étaient en faveur de l'intégration de la télédermatologie dans leur pratique. Ils reconnaissaient les avantages de cette pratique tels que la facilité d'accès au dermatologue, l'amélioration du dépistage des tumeurs cutanées et l'intérêt éducatif pour le médecin. Cependant, ils émettaient quelques réticences en termes d'organisation, de risque d'erreurs diagnostiques, et une crainte de la détérioration de la relation médecin-malade.

DISCUSSION : Cette étude a permis de décrire les prises en charges des pathologies dermatologiques en médecine de ville. Les compétences peuvent être améliorées par la formation, les stages et la mise en place d'un système de télédermatologie. La majorité des interviewés sont en faveur du développement de cet outil tout en exposant quelques freins. Il serait intéressant d'interroger les dermatologues sur leurs attentes et leurs recommandations au développement et à l'utilisation de cet outil.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Laurent MORTIER

Asseseurs :

Madame le Professeur Delphine STAUMONT-SALLE

Monsieur le Docteur Philippe HANNEQUART

Madame le Docteur Marion LEVECQ - Directrice de Thèse