



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sandrine SALLE
Le 23 juin 2009

**LES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES EN UNITE. INTERET D'UNE
FORMATION ADAPTEE AUX MEDECINS MILITAIRES D'UNITE.**

ETUDE PROSPECTIVE DANS LES CABINETS MEDICAUX D'UNITE DE LA ZONE DE
DEFENSE NORD-EST ET DE GUYANE.

Examineurs de la thèse

M. le Professeur	SCHMUTZ Jean Luc	Président du Jury
M. le Professeur	KAMINSKY Pierre	Juge
Mme le Professeur	BARBAUD Annick	Juge
M. le Docteur	BOYE Thierry	Directeur de Thèse

Elève de l'Ecole du Val de Grâce, Paris
Ancienne élève de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon-Bron.

ERRATUM thèse de médecine Sandrine SALLE

- p 18, dernière ligne : lire « devant la **recrudescence** des dermatoses »
- p 19, ligne 13 : lire « Dermatologie et Vénérologie »
- p 36, ligne 3 : lire « Concernant la Guyane, les 10 diagnostics les plus fréquemment cités rassemblent **159 cas soit 64,1% des cas.** »
- p 40, ligne 7 : lire $p < 0,05$
- p 51 annule et remplace le chapitre 3.6.4.

3.6.4. Besoins et réalité

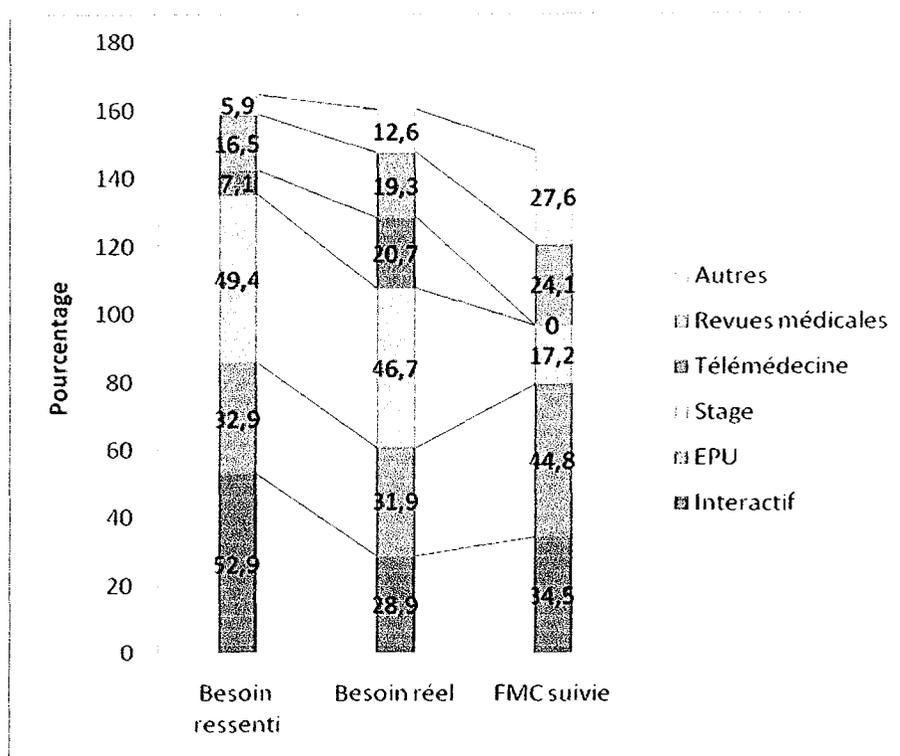


Figure 29 : comparaison des supports de formation en dermatologie plébiscités par les médecins militaires d'unité pour leur FMC (besoin ressenti, besoin réel et formation suivie)

Lorsque l'on s'intéresse aux supports idéals de formation en dermatologie, les besoins ressentis et les besoins réels sont comparables sauf pour ce qui est de la télémedecine. Cet outil de formation avait été négligé par les 85 médecins ayant renseigné une fiche « médecin », seuls 6 d'entre eux (soit 7,1%) le considéraient comme adapté pour la dermatologie. Mais face à un problème clinique, 28 des 135 praticiens (soit 20,7%) ayant exprimé un besoin de FMC estiment que la télémedecine pourrait être l'outil adapté.

Les comparaisons des besoins avec le type de formation suivie ne permettent pas de conclure à une différence significative en raison de l'effectif trop faible des médecins ayant suivi une FMC en dermatologie. On note cependant que peu de médecins ont pu bénéficier d'un stage en service de dermatologie alors que la demande est forte, et qu'aucun praticien n'a eu recours à de la télémedecine.

- p 68, ligne 20 : lire aimeraient

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sandrine SALLE

Le 23 juin 2009

**LES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES EN UNITE. INTERET D'UNE
FORMATION ADAPTEE AUX MEDECINS MILITAIRES D'UNITE.**

ETUDE PROSPECTIVE DANS LES CABINETS MEDICAUX D'UNITE DE LA ZONE
DE DEFENSE NORD-EST ET DE GUYANE.

Examineurs de la thèse

M. le Professeur	SCHMUTZ Jean Luc	Président du Jury
M. le Professeur	KAMINSKY Pierre	Juge
Mme le Professeur	BARBAUD Annick	Juge
M. le Docteur	BOYE Thierry	Directeur de Thèse

Elève de l'Ecole du Val de Grâce, Paris

Ancienne élève de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon-Bron.

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER – Paul SADOUL

Raoul SENAULT - Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN

Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON

Jacques ROBERT - Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE

Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT

Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER

Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS

Francis PENIN – Michel STRICKER Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE

Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –
Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BEZDETAYAYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT

Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET

Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMUTZ,

Professeur de dermato-vénérologie,

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse bien que nous n'ayons pas eu le privilège
d'être son élève.

Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude et de tout notre respect.

A nos juges

Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY,

Professeur de médecine interne.

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail sans nous connaître.

Recevez l'expression de notre sincère gratitude.

Madame le Professeur Annick BARBAUD,

Professeur de dermato-vénérologie.

Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur BOYE,

Spécialiste des Hôpitaux d'Instruction des Armées.

Pour la confiance qu'il nous a accordé, son enseignement et son encadrement

durant toute la durée de cette thèse et malgré la distance.

Etre votre élève a été un privilège rare.

Veillez accepter mes plus sincères remerciements pour avoir dirigé ce travail

et soyez assuré, Docteur, de tout mon respect.

Nous remercions tous ceux qui nous ont aidés à réaliser ce travail.

Le Médecin Général LAURENT, Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Metz, et le Médecin en chef de KOBOR, chef du bureau Médecine d'Armées qui nous ont donné l'accord pour réaliser ce travail dans la Zone de Défense Nord-Est et nous ont apporté
une aide technique.

Le Médecin en chef MATTON et la Secrétaire Médicale de Classe Exceptionnelle MASSON, du département d'information médicale de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest. Merci pour vos connaissances en statistiques et le temps accordé pour cette étude.

Le Médecin en chef VERAN, chef du service de dermato-vénéréologie de l'Hôpital
d'Instruction des Armées Legouest.
Notre passage dans votre service fut une véritable révélation.

Le Médecin en chef GROSSET, médecin chef du Centre Médical Principal de Cayenne.
Votre aide précieuse et votre implication en Guyane a permis d'enrichir ce travail.

Les médecins militaires d'unités.
Merci pour votre participation active, sans vous cette étude n'aurait jamais vu le jour.

A mon père.

Toujours présent malgré la distance, tu es pour moi un exemple à suivre.
Tes conseils avisés dans bien des domaines sont pour moi très précieux.

A ma mère.

Pour m'avoir soutenue dans les moments difficiles,
ta force et ton caractère m'épatent chaque jour un peu plus.

A ma sœur Sophie.

Poursuis tes préparations, tu mérites de réussir.

A mon frère Patrick.

N'oublie pas de penser un peu à toi.

Aux absents, qui dans mon cœur ont toujours une place.

A mes amis du cheval.

Mon équipe Santé Lyon avec laquelle j'ai visité la France et acheté du terrain... nos week-end à volonté, Coca Light et frayeurs sont parmi mes meilleurs souvenirs d'Ecole.

Mes instructeurs de Fontainebleau, mais aussi tous les autres,
qui m'ont appris la rigueur et l'humilité.

Mes amies de Peltre et leur fameux « jeudi soir ».

Les chevaux que j'ai eu la chance de croiser.

A mes amis de la Boîte, mes camarades internes.

Bon courage à tous, au plaisir de se retrouver.

Aux personnels des différents services hospitaliers de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest de Metz, du service de pédiatrie du CHR Bel Air de Thionville, du Centre médical de garnison de Mourmelon où j'ai eu la chance de passer quelques mois.

Pour votre accueil chaleureux, votre bonne humeur et les connaissances transmises.

A tous ceux qui n'ont appris mon métier.

Soyez remerciés du temps que vous m'avez consacré.

SERMENT

« 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 sont 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 ».

Table des matières

INTRODUCTION.....	17
La dermatologie en médecine générale.....	18
L'enseignement de la dermatologie	19
LES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES EN UNITE. INTERET D'UNE FORMATION ADAPTEE AUX MEDECINS MILITAIRES D'UNITE. ETUDE PROSPECTIVE DANS LES CABINETS MEDICAUX D'UNITE DE LA ZONE DE DEFENSE NORD-EST ET DE GUYANE.	
1. Objectifs de l'étude	21
2. Matériels et méthodes.....	22
2.1 Cadre de l'étude	22
2.2. Support de l'étude	24
2.3. Modalités d'étude.....	25
2.4. Exploitation des données.....	26
3. Résultats	26
3.1. Participation	27
3.1.1. Médecins.....	27
3.1. 2. Patients.....	27
3.2. Caractéristiques des populations.....	31
3.2.1. Médecins.....	31
3.2.2. Patients.....	32
3.3. Dermatoses rencontrées	33
3.3.1. Description.....	33
3.3.2. Dermatoses les plus fréquentes.....	35
3.3.3. Répartition des dermatoses en catégories	38
3.4. Avis spécialisés	40
3.4.1. Recours au spécialiste.....	40
3.4.2. Modalités de recours au spécialiste	40
3.4.3. Motifs de recours au spécialiste.....	42
3.5. Formation Médicale Initiale.....	43
3.5.1. Etat des lieux de la FMI.....	43

3.5.2. Evaluation de la qualité de la FMI adaptée à la pratique courante	45
3.6. Formation Médicale Continue.....	45
3.6.1. Etat des lieux.....	45
3.6.2. Besoins ressentis de FMC en dermatologie	47
3.6.3. Besoin de FMC exprimé face à la pratique quotidienne.....	49
3.6.4. Comparaison des besoins ressentis et des besoins réels	51
DISCUSSION	52
1. Méthodologie et participation	53
1.1. Participation	53
1.2. Période de l'étude.....	54
1.3. Fiabilité des données	54
1.3.1. Remarque générale	54
1.3.2. Fiabilité des diagnostics suspectés.....	54
2. Pathologies dermatologiques en médecine générale	55
2.1. Quantification de l'activité dermatologique en médecine d'unité	55
2.2. Description des dermatoses rencontrées en médecine d'unité	57
2.2.1. Constat	57
2.2.2. Comparaison aux données de la littérature	57
2.3. Particularités de l'activité du médecin militaire d'unité : le soutien des troupes hors métropole.....	59
3. Avis spécialisés	60
3.1. Fréquence des avis demandés par les MG aux dermatologues	60
3.1.1. Données générales	60
3.1.2. Facteurs influençant le recours au spécialiste.....	61
3.2. Les motifs du recours au spécialiste.....	63
4. Formation en dermatologie	64
4.1. Les enjeux d'une formation de qualité des MG	64
4.2. Etat des lieux	65
4.3. Besoins de formation (FMI et FMC)	67
4.3.1. Une nécessité absolue adaptée à la pratique courante (d'après les enquêtes publiées).....	67
4.3.2. Une simple aide adaptée à la pratique courante (d'après notre enquête).....	69

4.3.3. Types de formation plébiscitées	69
4.4. Méthode d'apprentissage en dermatologie.....	70
4.4.1. Pré requis	70
4.4.2. Les méthodes conventionnelles	72
4.4.3. Les NTIC	73
CONCLUSION.....	79
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXES	85
Annexe 1	86
Annexe 2	88
Annexe 3	90

INTRODUCTION

La dermatologie en médecine générale

Les plaintes dermatologiques sont fréquentes et concernent tous les âges de la vie. Avec les restrictions d'accès aux spécialistes engendrées par la réforme du système de santé, les médecins généralistes (MG), nouveaux coordinateurs de soins, sont de plus en plus sollicités pour prendre en charge ces pathologies.

Ainsi, en préambule de son travail de thèse, Anstett [1] écrit que les 161 médecins généralistes alsaciens interrogés sur leurs besoins ressentis en formation post-universitaire de dermatologie rencontrent tous des pathologies dermatologiques dans leur pratique quotidienne de médecine générale.

La part des affections dermatologiques dans la consultation d'un MG est difficile à appréhender. De nombreuses études ont été menées ces dernières années avec des résultats variables. Federman et al. [2] estiment que 6% des patients américains en médecine de ville consultent pour une affection cutanéomuqueuse, et que 60% d'entre eux ne sont pas suivis par un dermatologue. Ces mêmes auteurs affirment que 20 à 25% des patients d'un MG souffre d'un problème de peau. Pour Leggett [3], les affections cutanéomuqueuses constituent 15% de la consultation d'un médecin généraliste anglais. Alors que dans une étude rétrospective sur 2 ans sur une population de patients américains suivis en médecine générale, Lowell et al. [4] évaluent l'incidence des dermatoses à 36,5 %.

Bien que peu mise en avant, la dermatologie occupe une place privilégiée dans le milieu militaire avec ses particularités [5]. Rarement cause d'inaptitude à l'engagement ou à un emploi ou d'évolution fatale, la pathologie dermatologique peut dans certaines situations (conflits, conditions d'hygiène dégradées, conditions météorologiques extrêmes...) être responsable d'incapacités opérationnelles majeures. L'histoire des conflits est là pour nous le rappeler. Ainsi, durant la première guerre mondiale, l'Armée Britannique a estimé que 5% des admissions dans les hôpitaux de campagne étaient dues à des problèmes de peau. Il a été évalué à 12% pour l'Armée Française. Des chiffres comparables sont retrouvés pour le deuxième conflit mondial. Plus récemment, en Bosnie, l'Armée Américaine a décidé de l'envoi ponctuel de dermatologues devant la 'des dermatoses et pour faire face aux

défaillances des praticiens militaires d'unité. [6]. Par ailleurs, le médecin militaire d'unité peut être amené sur un théâtre d'opération extérieure à mener une activité médicale au profit de la population locale, ce qui inclue très fréquemment une activité dermatologique. [7]

Il n'existe aucune donnée récente concernant les affections dermatologiques aux quelles est confronté un MG dans les Armées en France.

L'enseignement de la dermatologie

La **formation médicale initiale** (FMI) en dermatologie n'est pas consensuelle. Chaque faculté de médecine gère librement la formation de ses étudiants, l'objectif étant la maîtrise, à la fin du deuxième cycle des études médicales, de quelques items fixés à l'échelon national. L'ensemble des questions de dermatologie au programme des épreuves nationales classantes est disponible sous la forme d'un polycopié validé par le Collège National de Dermatologie et édité par les Editions Masson ou consultable sur internet sur le site des Annales de Dermatologie et Vénérologie (<http://www.elsevier-masson.fr>).

L'enseignement universitaire est dispensé à plusieurs niveaux. Tout d'abord la sémiologie s'étudie en 2^{ème} et 3^{ème} années, puis la pathologie dermatologique est enseignée au cours du second cycle.

A cet enseignement souvent magistral, peut s'ajouter un enseignement « au lit du malade » sous la forme de stages hospitaliers de durée variable (quelques semaines pour un stage durant l'externat à un semestre durant l'internat). Cet apprentissage par compagnonnage est limité au nombre de places ouvertes. Tous les étudiants en médecine ne peuvent donc pas en bénéficier.

Avant la réforme de l'examen national classant de 2004, les médecins militaires recevaient une FMI identique à leurs confrères civils jusqu'en 7^{ème} année. Jusqu'en 1993, ils terminaient leurs études par une année dans les Ecoles d'Application correspondant à leur futures Armées d'appartenance (Terre, Air, Mer et Outre Mer) où ils recevaient un enseignement les préparant plus spécifiquement à leurs futures conditions d'exercice (médecine aéronautique, médecine tropicale, sauvetage en mer, exercice en milieu hostile...). De 1994 à 2003, une réforme des

études médicales militaires remplaçait cette dernière année d'étude spécifique par une année de tronc commun à l'Ecole du Val de Grâce et 3 mois de formation complémentaire dans des instituts spécifiques (Le Pharo pour l'Armée de Terre et l'Outre Mer, Brétigny pour l'Armée de l'Air et Toulon pour la Marine). Depuis 2004, le troisième cycle des études médicales est dispensé dans les 9 Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) en collaboration avec les Facultés de Médecine des régions où ils sont implantés et l'Ecole du Val de Grâce

Depuis peu, en plus d'être une obligation déontologique, la **formation médicale continue** (FMC) est une obligation légale. Les supports de formations sont multiples (enseignement post-universitaire (EPU), stage hospitalier, presse médicale, ouvrages médicaux, eFMC, retour de correspondance, visite médicale...). L'objectif avoué de ces enseignements est d'améliorer la pratique professionnelle.

Compte tenu de l'importance de la dermatologie dans la pratique quotidienne de la médecine générale et de la spécificité du travail du médecin militaire, il nous a semblé utile de nous interroger sur les besoins de formation en dermatologie du médecin militaire d'unité.

Notre travail s'intéresse à la fois aux attentes des médecins militaires d'unité (besoins ressentis) et à leurs demandes (besoins réels face à une pathologie donnée) de formation en dermatologie. En effet, il peut exister une inadéquation entre ces besoins et les offres de formation. Or une connaissance précise des besoins de formation est bien souvent la clé de la réussite d'un programme de formation.

**LES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES EN UNITE. INTERET
D'UNE FORMATION ADAPTEE AUX MEDECINS MILITAIRES
D'UNITE.**

**ETUDE PROSPECTIVE DANS LES CABINETS MEDICAUX
D'UNITE DE LA ZONE DE DEFENSE NORD-EST ET DE GUYANE.**

1. Objectifs de l'étude

Les médecins militaires d'unité, comme tous les médecins, sont soumis à une obligation légale et déontologique de FMC. Nous avons voulu demander directement aux intéressés quels sont leurs besoins en formation de dermatologie afin de pouvoir adapter la FMC, voire orienter la FMI, à leur pratique quotidienne.

Ne disposant à ce jour d'aucune donnée récente sur la dermatologie dans les unités en métropole ou Outre-Mer, nous avons dans un premier temps cherché à identifier les dermatoses rencontrées dans la pratique quotidienne du médecin d'unité et leurs modalités de prise en charge.

Notre étude a pour **objectif principal** d'évaluer les besoins de formation en dermatologie exprimées par les médecins militaires d'unité.

Elle permet également (**objectifs secondaires**)

- de quantifier l'activité dermatologique en médecine d'unité,
- de décrire les dermatoses rencontrées en médecine d'unité,
- de quantifier le recours au spécialiste
- de s'intéresser à la spécificité outre mer.

2. Matériels et méthodes

2.1 Cadre de l'étude

Population étudiée

Ne pouvant dresser un tableau exhaustif, nous avons choisi de limiter notre étude aux unités de la Zone de Défense Nord-Est (ZDNE) et de la Guyane par commodité. En effet, la ZDNE compte un nombre important d'unités et l'hôpital militaire de rattachement est l'HIA Legouest de Metz où nous sommes actuellement en formation. La Guyane, zone tropicale humide de forêts primaires, illustre par bien des aspects les spécificités du médecin militaire :

l'outre mer, la médecine tropicale, les opérations en terrains hostiles, la pratique en poste isolé... Nous disposons par ailleurs d'un soutien sur place pour le recueil des données.

Le terme de cabinet médical a été choisi par souci de clarté et correspond à la structure santé de l'unité, appelée en fonction de l'Armée : cabinet médical d'unité, service médical d'unité, centre médical principal, centre de consultations ou encore infirmerie.

Notre travail a donc pour cadre les cabinets médicaux

- des unités implantées dans la zone ZDNE

- 39 pour l'Armée de Terre,
- 8 pour la Gendarmerie
- 8 pour l'Armée de l'Air

soit un total de 55 cabinets médicaux en ZDNE, où exercent 138 médecins militaires.

- des unités stationnées en Guyane

- 2 pour l'Armée de Terre,
- 1 pour la Gendarmerie,
- 1 interarmées/Armée de Terre

soit un total 4 cabinets médicaux en Guyane, où exercent 9 médecins militaires.

L'ensemble de l'étude recouvrent 59 cabinets médicaux où exercent 147 médecins militaires.

L'effectif soutenu est de près de 80 000 personnels.

Critères d'inclusion

- tout médecin militaire exerçant dans un cabinet médical éligible était inclus
- tout patient consultant un médecin militaire et lui faisant part d'un problème d'ordre dermatologique, et ce quelque soit le motif de la consultation (consultations médicales, visites systématique d'aptitude, visites réglementaires, urgences...) était inclus

Critère d'exclusion

- consultation réalisée en dehors du cabinet médical d'unité (soutien d'une manifestation sportive...)
- fiches parvenues après le 28 mai 2008 (date de fin des inclusions, deux mois après la fin de l'étude)

2.2. Support de l'étude

L'étude s'articule autour de deux questionnaires.

Un premier questionnaire, dit **fiche « médecin »** (cf. Annexe 1), composé de quatre questions, s'intéresse à

- la formation initiale du médecin militaire d'unité (année de thèse et type de formation initiale en dermatologie),
- sa formation complémentaire (type d'enseignement suivi et attentes)
- ses principales appréhensions diagnostiques.

Chaque médecin militaire d'unité participant à l'étude ne remplit qu'une seule fois ce questionnaire.

L'analyse de ces fiches permet d'établir

- le profil des médecins
- les principales attentes en FMC (besoin ressenti).

Le second questionnaire dit **fiche « patient »** (cf. Annexe 2) comporte des données générales sur le patient (âge, sexe, unité d'appartenance), le diagnostic dermatologique retenu ou suspecté, le recours au spécialiste et ses modalités. Pour chaque observation a été évaluée la qualité de la FMI du praticien et l'intérêt d'une FMC (besoin réel) pour la pratique quotidienne.

Cette fiche, renseignée par le médecin militaire d'unité, a été remplie pour toute affection dermatologique dépistée ou prise en charge qu'elle soit ou non le motif initial de la consultation.

Afin qu'il soit le plus acceptable possible par les praticiens, ce questionnaire est volontairement court avec des questions le plus souvent fermées.

L'analyse de ces fiches permet d'établir

- le profil des patients,
- le profil des pathologies dermatologiques rencontrées,
- les attentes des médecins militaires d'unité face aux affections cutanéomuqueuses (besoin réel).

2.3. Modalités d'étude

Nous avons réalisé ce travail prospectif du 1^{er} janvier au 31 mars 2008.

La participation des médecins militaires d'unité à cette étude était volontaire et non rémunérée. Conscients de la surcharge de travail engendrée, nous avons sensibilisé à plusieurs reprises nos confrères afin que le taux de participation soit le plus significatif possible. Une première sensibilisation, sous la forme d'une communication orale avec explications des objectifs du travail et des bénéfices pratiques attendus, a été faite en octobre 2007 lors de la 4^{ème} journée de Médecine d'Armée de l'Est. Puis une seconde en décembre 2007 à l'occasion de la réunion biannuelle des Médecin Chefs de la ZDNE.

Les médecins militaires des unités stationnées en Guyane ont été personnellement informés de cette étude lors d'un rendez-vous avec chacun d'entre eux en décembre 2007.

La diffusion des questionnaires s'est faite grâce au soutien technique des Directions (Direction Régionale du Service de Santé des Armées de Metz et Direction Inter Armées du Service de Santé de Cayenne) en novembre 2007. Avec les fiches d'enquête se trouvait une lettre explicative (cf Annexe 3).

Pour le recueil des données, les praticiens avaient le choix entre un retour direct dans le service de dermatologie de l'HIA Legouest ou un envoi via les Directions.

Une relance a été faite aux médecins militaires d'unité un mois après le début de l'étude.

Pendant toute la durée de l'étude, nous étions joignables directement par téléphone ou mail.

2.4. Exploitation des données

Chaque fiche, « médecin » et « patient », a été rendue anonyme.

L'analyse des données a été réalisée par nos soins en collaboration avec le Service d'Information Médicale de l'HIA Legouest.

Les logiciels *Excel 2007* et *Epi-Info 6* ont été utilisés.

Le test du Khi^2 a été fait ; le seuil de 0,05 a été retenu comme significatif.

3. Résultats

Pour évaluer l'adéquation entre les attentes et les besoins réels en formation en dermatologie des médecins militaires d'unités, nous avons choisi de présenter les résultats de notre étude selon le schéma suivant : les attentes (issues des fiches « médecins ») puis les besoins (issus des fiches « patients »).

3.1. Participation

3.1.1. Médecins

85 questionnaires médecins nous ont été renvoyés soit une participation de 57,8% (85/147)

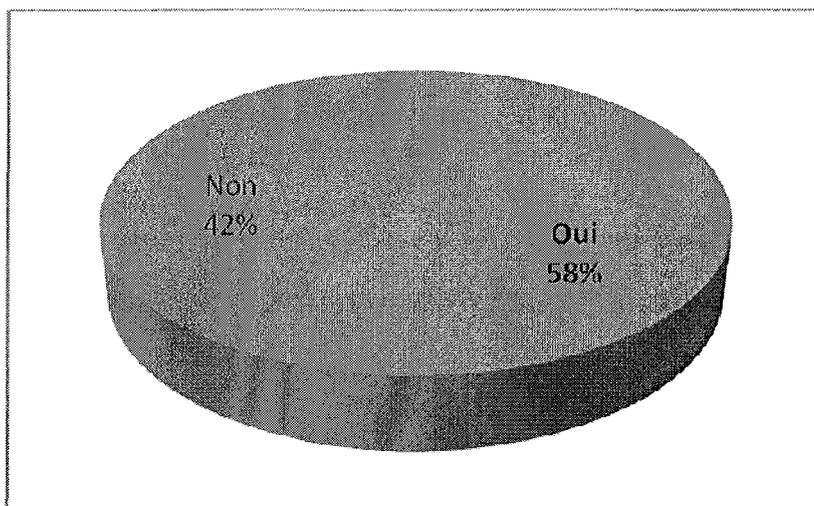


Figure 1 : médecins militaires d'unité ayant renseigné une fiche « médecin » (taux de participation à l'étude « médecin »)

3.1. 2. Patients

650 questionnaires patients ont été analysés.

Durant la période de l'étude, 62315 patients ont été vus en consultations ou visites réglementaires (sources DRSSA Metz, DIASS Guyane).

3.1.2.1. Origine des patients

L'unité de rattachement a été mentionnée sur 646 fiches « patient »

- 393 étaient issus des cabinets médicaux de la ZDNE soit 60,5%
- 253 de Guyane soit 38,9%

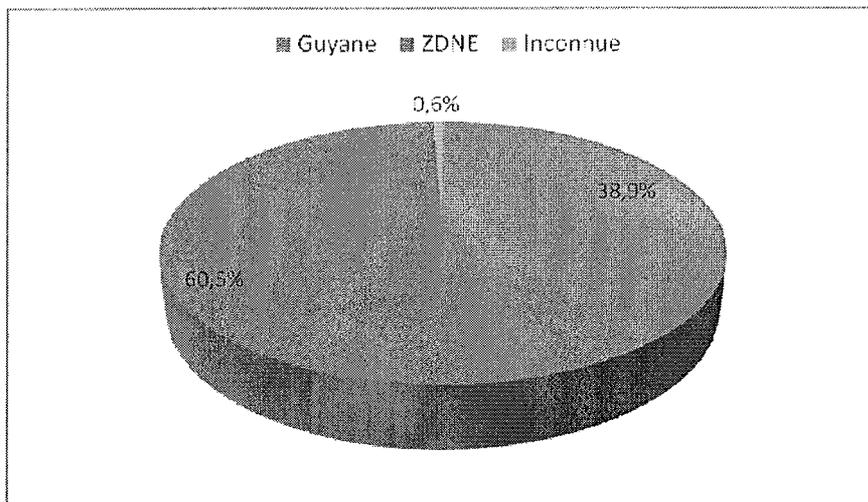


Figure 2 : origine des patients

3.1.2.2. Incidence des affections cutanéomuqueuses dans la pratique quotidienne des médecins militaires d'unité.

L'incidence des affections cutanéomuqueuses dans la pratique quotidienne des cabinets médicaux d'unité est de 1,04 % (650/62315).

Il existe une différence significative entre la ZDNE et la Guyane. Ainsi la dermatologie constitue en moyenne 9,24 % de l'activité en Guyane (253/2737) contre seulement 0,66 % dans la ZDNE (393/59578).

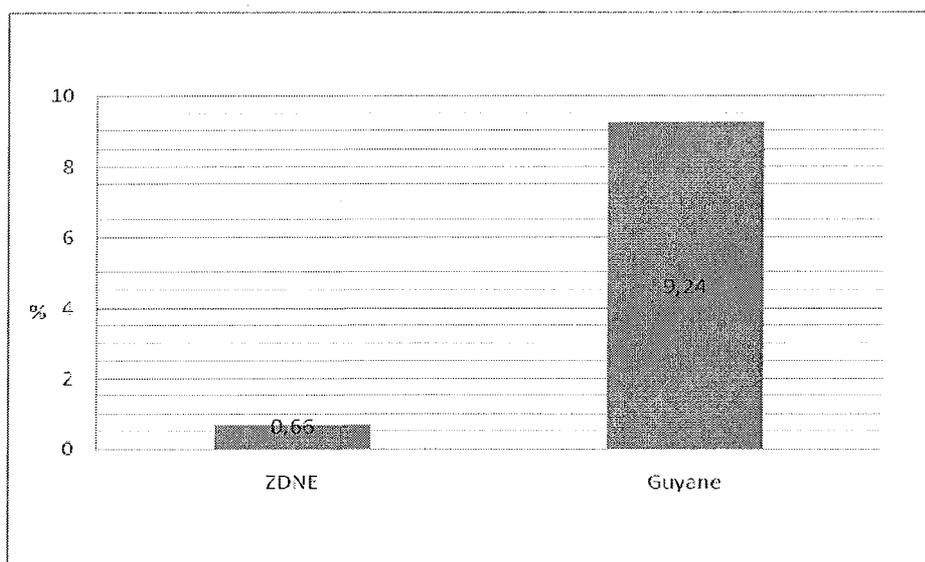


Figure 3 : part de la dermatologie dans l'activité du médecin militaire d'unité.

Au sein de la ZDNE, les disparités sont importantes.

16 cabinets médicaux d'unités n'ont retourné aucune fiche « patient ».

Concernant la Gendarmerie Nationale, on ne compte que 10 cas de dermatologie sur 9028 consultations, soit une part de la dermatologie dans l'activité quotidienne de 0,11%. Ce pourcentage est de 0,44 pour l'Armée de l'Air (50 cas sur 11465 consultations) et 0,85 pour l'Armée de Terre (333 cas pour 39085 consultations).

Ci-dessous un tableau récapitulatif des différents cabinets médicaux d'unité de la ZDNE, avec pour chacun le nombre de fiches « patient » retournées (colonne Dermato), le nombre total de consultants sur la période (colonne Total) et la part des affections cutanéomuqueuses dans l'activité du cabinet médical d'unité (colonne Pourcentage).

Tableau A : part des affections dermatologiques dans les unités de la ZDNE

UNITE	Dermato	Total	Pourcentage
Terre 1	0	442	0,00
Terre 2	15	1414	1,06
Terre 3	3	1594	0,19
Terre 4	12	634	1,89
Terre 5	16	1551	1,03
Terre 6	6	897	0,67
Terre 7	0	409	0,00
Terre 8	5	1078	0,46
Terre 9	15	1397	1,07
Terre 10	5	1178	0,42
Terre 11	6	1993	0,30
Terre 12	3	1107	0,27
Terre 13	0	1224	0,00
Terre 14	7	763	0,92
Terre 15	0	390	0,00
Terre 16	0	852	0,00
Terre 17	2	466	0,43
Terre 18	4	1231	0,32
Terre 19	0	954	0,00
Terre 20	0	657	0,00
Terre 21	2	809	0,25
Terre 22	8	1246	0,64
Terre 23	16	1654	0,97
Terre 24	1	1177	0,08
Terre 25	71	1143	6,21
Terre 26	4	1061	0,38
Terre 27	10	997	1,00
Terre 28	45	1111	4,05
Terre 29	13	440	2,95

UNITE	Dermato	Total	Pourcentage
Terre 30	0	0	
Terre 31	7	1229	0,57
Terre 32	14	469	2,99
Terre 33	1	781	0,13
Terre 34	24	1513	1,59
Terre 35	1	1561	0,06
Terre 36	12	880	1,36
Terre 37	0	1085	0,00
Terre 38	2	570	0,35
Terre 39	3	1128	0,27

Gendarmerie 1	0	818	0,00
Gendarmerie 2	0	1212	0,00
Gendarmerie 3	0	0	
Gendarmerie 4	1	1145	0,09
Gendarmerie 5	0	1679	0,00
Gendarmerie 6	6	594	1,01
Gendarmerie 7	3	2349	0,13
Gendarmerie 8	0	1231	0,00

Air 1	0	1825	0,00
Air 2	21	1140	1,84
Air 3	14	1179	1,19
Air 4	1	1626	0,06
Air 5	5	2433	0,21
Air 6	7	1282	0,55
Air 7	2	1297	0,15
Air 8	0	683	0,00

En Guyane, la part de la dermatologie dans l'activité du médecin militaire d'unité est plus importante qu'en ZDNE. Ainsi, elle représente un sixième de l'activité au Centre Médical Principal de Cayenne (105/621 soit 16,91%).

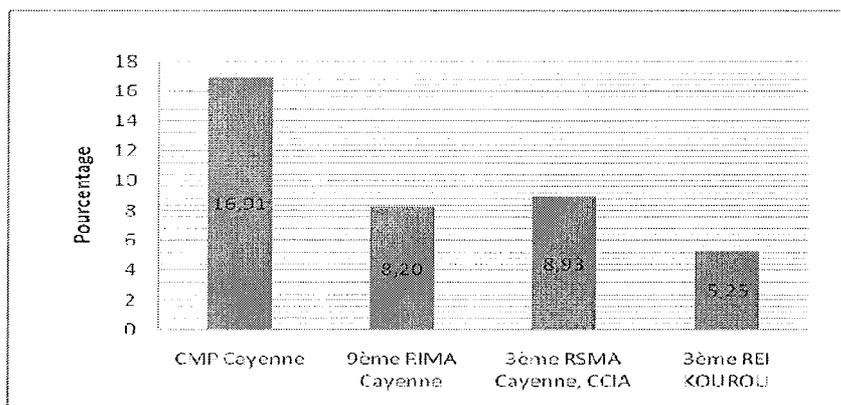


Figure 4 : part de la dermatologie dans l'activité du médecin militaire d'unité en Guyane.

3.2. Caractéristiques des populations

3.2.1. Médecins

Pour rassurer les praticiens quant à l'anonymat des fiches « médecin » et ainsi favoriser leur adhésion à l'enquête, nous avons choisi de ne demander que très peu d'informations personnelles. Nous ne disposons donc que de l'année de thèse pour décrire cette population.

Un tiers des médecins militaires d'unité ayant répondu au questionnaire a passé sa thèse entre 1991 et 2000 (29/85 soit 34,1%), et près d'un autre tiers entre 2001 et 2005 (25/85 soit 29,4%).

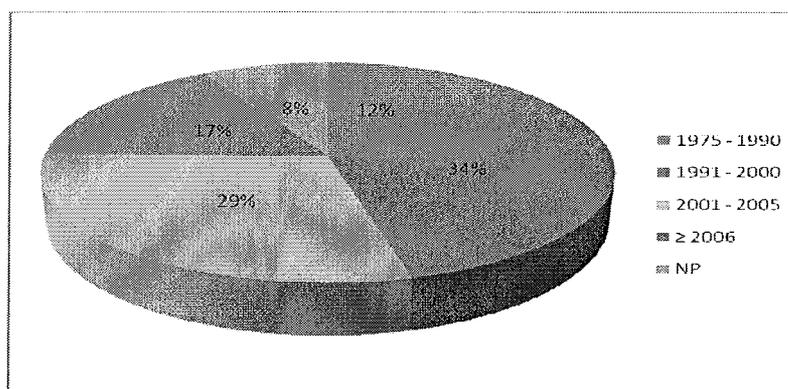


Figure 5 : répartition des médecins militaires d'unité selon l'année de thèse. (NP = non précisée)

3.2.2. Patients

3.2.2.1. Répartition selon le sexe

Le sexe du patient a été renseigné sur 638 fiches.

On note une très forte proportion d'hommes dans notre échantillon. Ceux-ci représentent 87,8 % de la population totale, avec des différences significatives entre la ZDNE et la Guyane (90,4 % vs 83,8 %, $p = 0,013$)

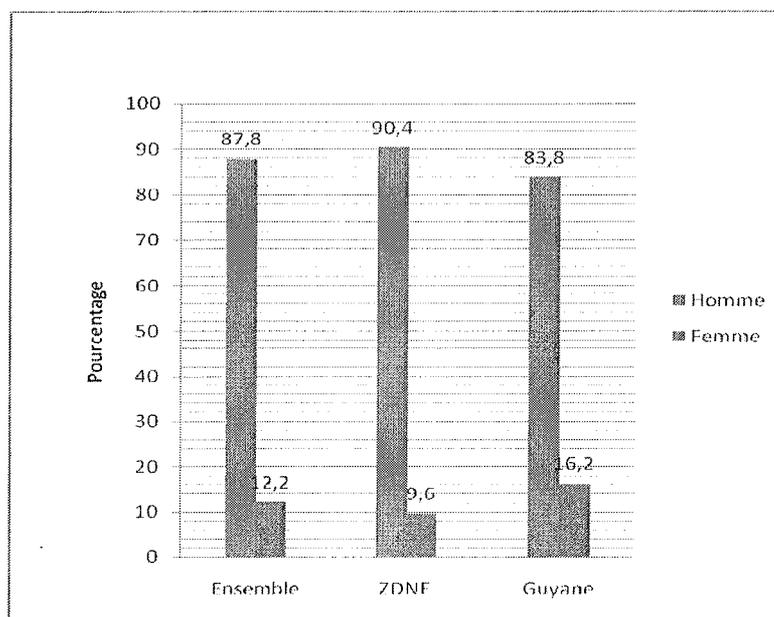


Figure 6 : répartition des patients selon le sexe.

3.2.2.2. Répartition selon l'âge

L'âge a été renseigné sur 603 des 650 fiches « patient ».

L'âge moyen des patients inclus dans l'étude est de 28,1 ans, avec une moyenne féminine de 23,3 ans et une moyenne masculine de 28,8 ans. Le patient le plus jeune est âgé de 1 an, le plus âgé de 57 ans. La médiane est de 20 ans.

En ZDNE, l'âge moyen est de 28,8 ans, la médiane de 25 ans. En Guyane, l'âge moyen est de 27 ans, la médiane de 27 ans.

Les patients entre 25 et 39 ans représentent 45,3 % de l'échantillon. Cette catégorie d'âge est la plus représentée, que ce soit en ZDNE ou en Guyane. Les moins de 18 ans, au nombre de 36 dans l'étude, ont dans une très grande majorité été vu en Guyane (33/36) où cette classe rassemble 13,9 % des consultants contre 0,8 % en ZDNE.

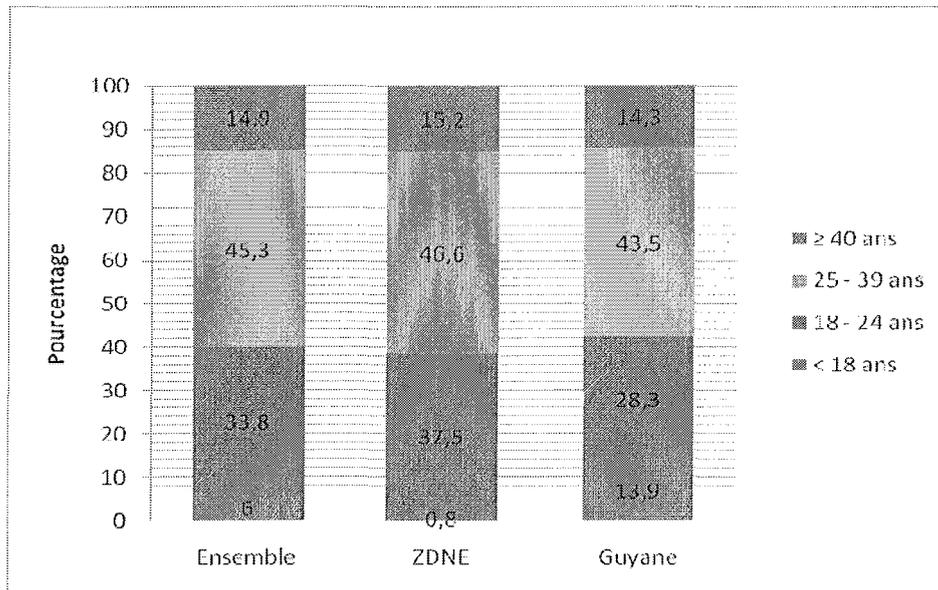


Figure 7 : répartition des patients selon l'âge.

3.3. Dermatoses rencontrées

La première question de la fiche « patient » s'intéressait au diagnostic retenu par le médecin militaire d'unité. Cette question était ouverte.

Dans 3,38% des cas (22/650), les médecins militaires d'unité n'ont pas renseigné cette question.

3.3.1. Description

A cette question ouverte, 79 items différents ont été cités. Les résultats sont repris dans le tableau B ci-dessous.

Tableau B : dermatoses rencontrées en médecine d'unité

Pathologies infectieuses				329
Abcès	13	6	19	
Anthrax	1	0	1	
Folliculite	16	9	25	
Furoncle	25	19	44	
Panaris	3	12	15	
Impétigo	1	19	20	
Condylomes	2	0	2	
HPV	0	1	1	
Mycose dont candidose génitale	57	32	89	
Pityriasis versicolor	12	1	13	
Teigne	0	1	1	
Erythrasma	0	1	1	
Molluscum contagiosum	1	2	3	
Verrue	14	7	21	
Varicelle	1	0	1	
Zona	1	0	1	
Roséole	0	1	1	
Pityriasis rosé de Gilbert	6	0	6	
Urétrite	1	0	1	
Erysipèle	2	7	9	
Gale	7	1	8	
Herpès génital	1	1	2	
Herpes labial	4	1	5	
Larva migrans	0	3	3	
Leishmaniose	8	22	30	
Myase	0	2	2	
Poux d'Agouti	0	5	5	
Pathologies tropicales non infectieuses				7
Dermite sudorale	0	3	3	
Papillonnite	0	4	4	
Localisation particulière				9
Fistule anale	1	0	1	
Ongle incarné	2	1	3	
Path. unguéale post traumatique	2	0	2	
Plaie muqueuse	3	0	3	
Pathologie tumorales				21
Carcinome	1	0	1	
Kératose séborrhéique	2	0	2	
Naevus	15	3	18	
Prurit				15
Eruption prurigineuse	3	2	5	
Prurigo	4	2	6	
Prurit	4	0	4	

(1) (2) (3)

(1) ZDNE

(2) Guyane

(3) Ensemble

Plaies				74
Ampoule (bulle de friction)	5	2	7	
Brûlure	9	1	10	
Morsure de serpent	0	1	1	
Piqûre d'insecte	2	12	14	
Plaie	25	17	42	
Pathologies inflammatoires				108
Acné	11	5	16	
Aphte	1	1	2	
Dermatite atopique	2	3	5	
Dyshidrose	2	5	7	
Eczéma	40	9	49	
Dermatite séborrhéique	4	3	7	
Erythème fessier	0	1	1	
Hidrosadénite	0	2	2	
Lichen	1	0	1	
Lichen génital	0	1	1	
Psoriasis	17	0	17	
Pathologies chroniques				1
Plaies chroniques	1	0	1	
Autres				64
Allergie	7	2	9	
Alopécie	2	0	2	
Avant pied rond	1	0	1	
Eruption sans précision	1	1	2	
Erythème sans précision	0	1	1	
Erythème noueux	0	2	2	
Erythème polymorphe	0	1	1	
Histocytofibrome	1	0	1	
Hyperkératose	1	0	1	
Kyste	8	3	11	
Lipome	1	0	1	
Molluscum pendulum	1	1	2	
Pili incarnati	1	0	1	
Purpura	0	1	1	
Purpura rhumatoïde	1	0	1	
Raynaud	2	0	2	
Suite de soins	1	0	1	
Urticaire	6	10	16	
Angio-œdème	1	0	1	
Œdème angioneurotique	1	0	1	
Vitiligo	2	0	2	
Xérose	4	0	4	

(1) (2) (3)

Sous le terme « mycose » sont regroupés les intertrigos, les dermatophytoses et l'onychomycose. Le pityriasis versicolor n'a pas été inclus dans cette catégorie car le diagnostic est souvent surévalué et correspond fréquemment à des dyschromies d'autres origines.

L'item « plaie » quant à lui rassemblent les dermabrasions, les plaies sans précision, les plaies suturées ainsi que les plaies surinfectées.

3.3.2. Dermatoses les plus fréquentes

Les dix pathologies dermatologiques les plus fréquentes en médecine d'unité sont : les mycoses (14%), l'eczéma (7,8%), les furoncles (7%), les plaies (6,7%), les leishmanioses (4,8%), les folliculites (4%), les verrues (3,3%), l'impétigo (3,2%), les abcès (3%) et les naevus (2,9%).

Ces 10 diagnostics ne rassemblent que 356 cas soit 56,7 % des affections dermatologiques.

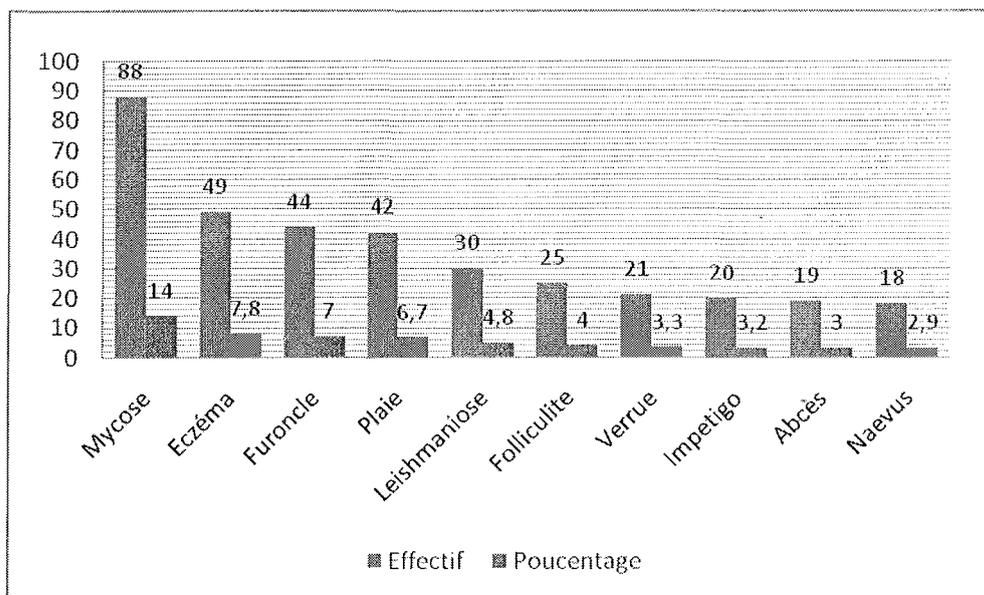


Figure 8 : les dix dermatoses les plus fréquentes en médecine d'unité.

Concernant la ZDNE, les 10 diagnostics les plus fréquemment cités rassemblent 233 cas soit 61,9 % des cas.

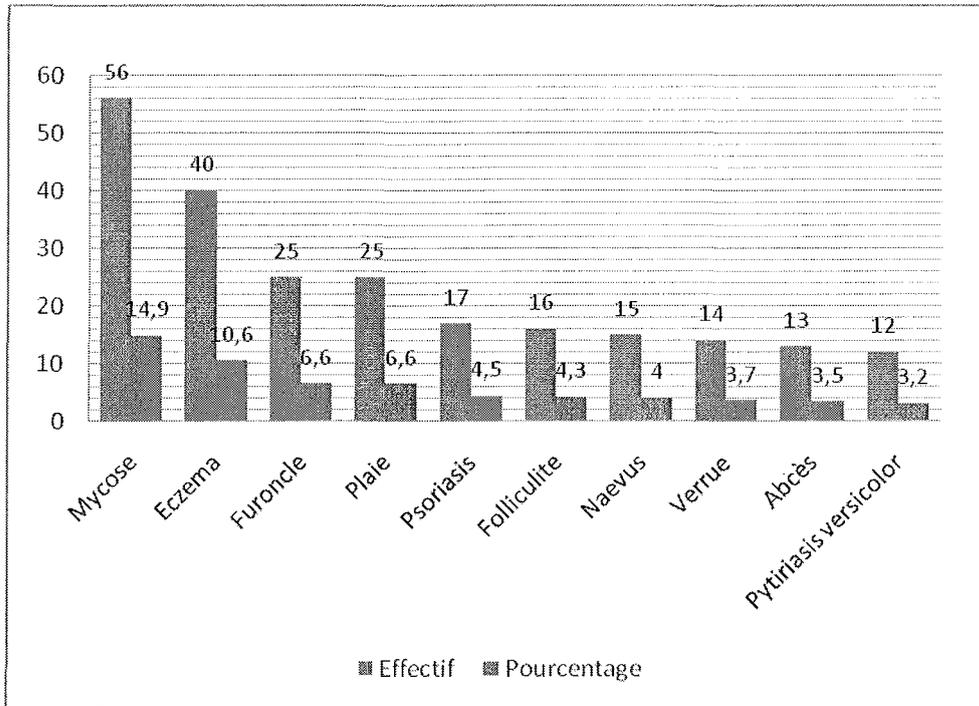


Figure 9 : les dix dermatoses les plus fréquentes en médecine d'unité en ZDNE.

Concernant la Guyane, les 10 diagnostics les plus fréquemment cités rassemblent 233 cas soit 61,9 % des cas.

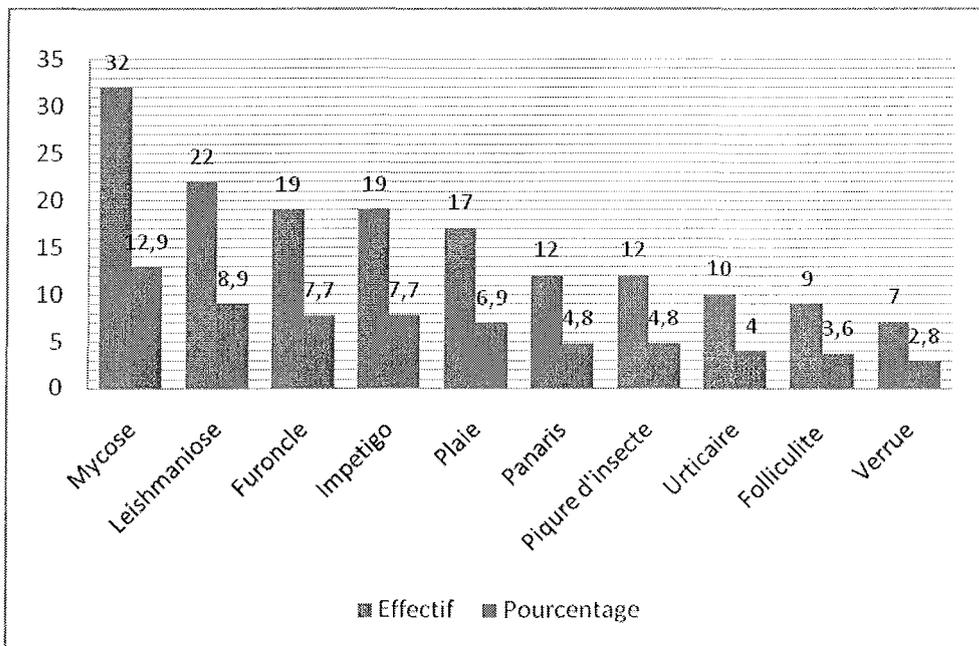


Figure 10 : les dix dermatoses les plus fréquentes en médecine d'unité en Guyane.

Certaines pathologies sont rencontrées dans les mêmes proportions en ZDNE et en Guyane, par exemple les mycoses (14,9% des cas en ZDNE, 12,9% en Guyane), les furoncles (6,6% en ZDNE, 7,7% en Guyane), ou encore les folliculites (4,3% en ZDNE, 3,6% en Guyane).

Certaines pathologies sont plus particulières à la ZDNE comme l'eczéma (10,6% des cas en ZDNE contre 2,4% en Guyane) ou le psoriasis (4,5% en ZDNE, aucun cas en Guyane).

Au contraire, d'autres pathologies sont plus spécifiques de la Guyane, par exemple les leishmanioses (2,1% des cas en ZDNE contre 8,9% en Guyane), les impétigos (0,3% en ZDNE, 7,7% en Guyane), les piqures d'insectes (0,5% en ZDNE, 4,8% en Guyane)...

L'histogramme ci-dessous illustre ces différences.

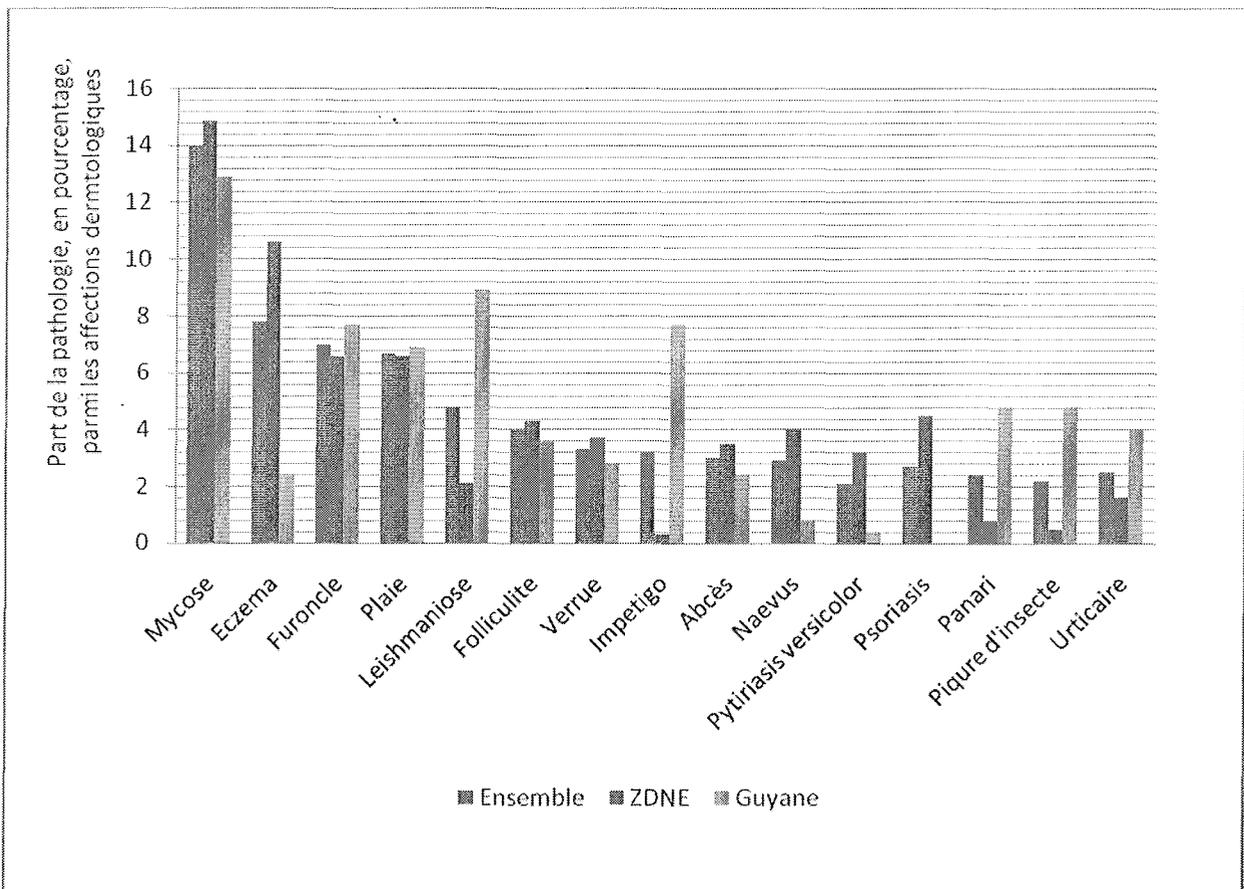


Figure 11 : dermatoses les plus fréquentes en médecine d'unité, importance relative de chaque dermatose en fonction de l'origine des patients.

D'autres pathologies n'ont été évoquées que très rarement, 41 pathologies n'ont été qu'observées qu'une ou deux fois (lichen, candidose génitale, varicelle, zona, pili incarnati, purpura, teigne, érythème noueux, myase, maladie de Raynaud, vitiligo, érythème fessier...).

3.3.3. Répartition des dermatoses en catégories

Les pathologies ont été regroupées en catégories (pathologies inflammatoires, pathologies infectieuses, pathologies tumorales, pathologies exotiques, pathologies chroniques, plaies, dermatoses de topographie particulière et prurit) afin de réaliser une étude plus globale des dermatoses dans chaque groupe. Par souci de clarté, une pathologie ne peut appartenir qu'à un seul groupe, selon le tableau B.

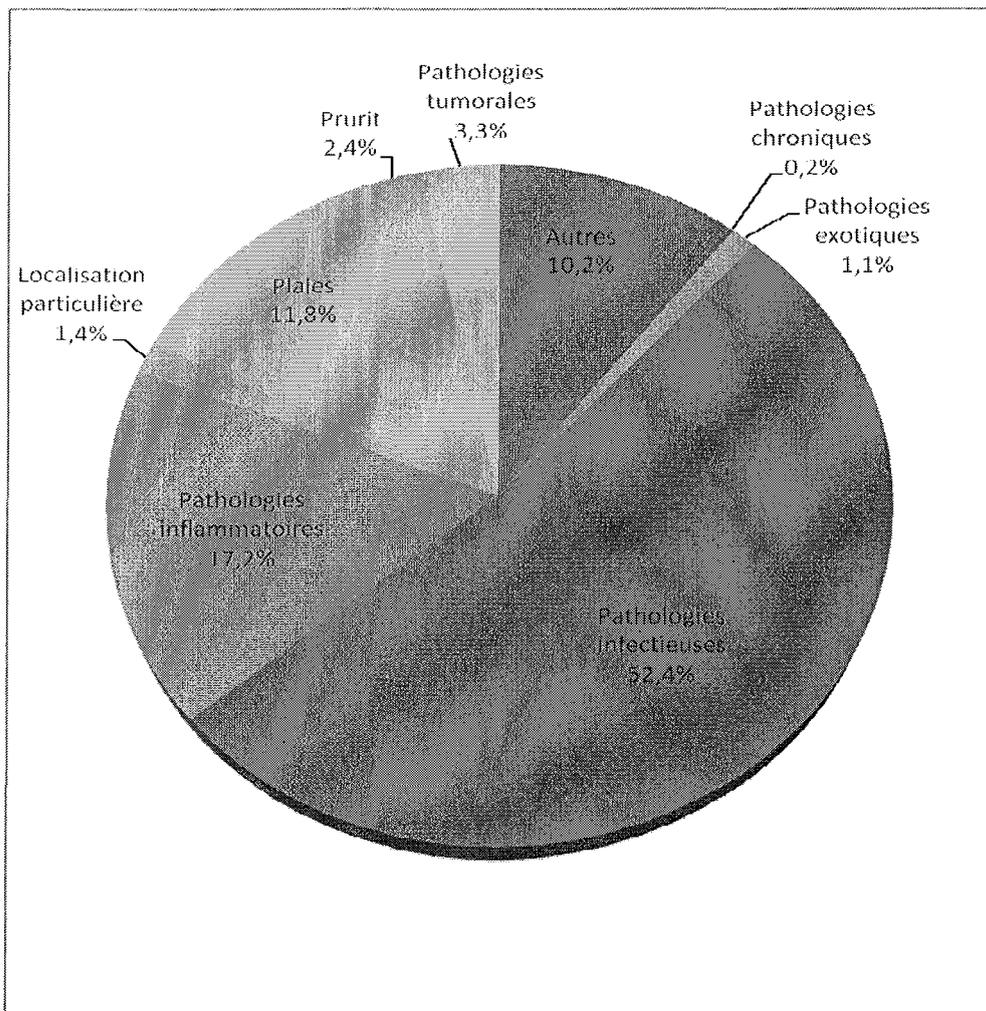


Figure 12 : dermatoses rencontrées en médecine d'unité, répartition selon les catégories diagnostiques.

Trois types de pathologies (infectieuses, inflammatoires et plaies) constituent à eux seuls 81,4% des diagnostics retenus (52,4%, 17,2%, 11,8%).

Les pathologies infectieuses sont significativement plus importantes que les autres. Sept des dix pathologies les plus fréquentes sont infectieuses (mycoses, furoncles, folliculites, verrues, impétigos et abcès) dont une typiquement tropicale, la leishmaniose. Les infections sexuellement transmissibles ne représentent que 2,5% de la pathologie.

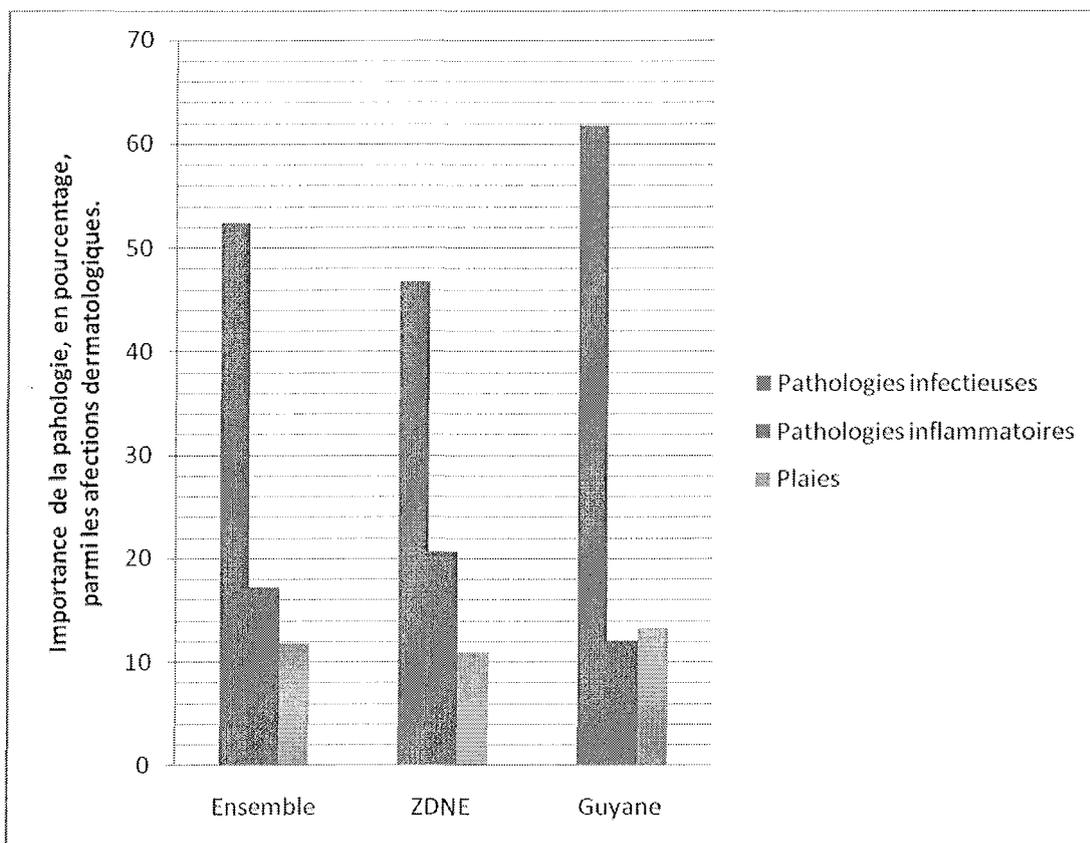


Figure 13 : répartition des dermatoses rencontrées en médecine d'unité selon la catégorie diagnostique et l'origine géographique des patients.

La pathologie infectieuse est significativement plus importante en Guyane (46,8% vs 61,7%) essentiellement en raison d'une plus grande incidence des pathologies d'inoculation (leishmaniose, piqures d'insectes...).

La pathologie inflammatoire est significativement plus importante en ZDNE (20,7% vs 12,1%), essentiellement en raison d'une plus grande incidence du psoriasis (17 cas soit 4,5%

de la consultation en ZDNE contre aucun en Guyane) et de l'eczéma (40 cas soit 10,6% de la consultation en ZDNE contre 6 cas soit 2,4% de la consultation en Guyane).

3.4. Avis spécialisés

3.4.1. Recours au spécialiste

Dans près de 20% des cas, un recours au spécialiste est nécessaire (125/650 soit 19,2%).

Ce recours est significativement plus important en ZDNE qu'en Guyane (28,5% vs 4,7%, $p < 0,05$).

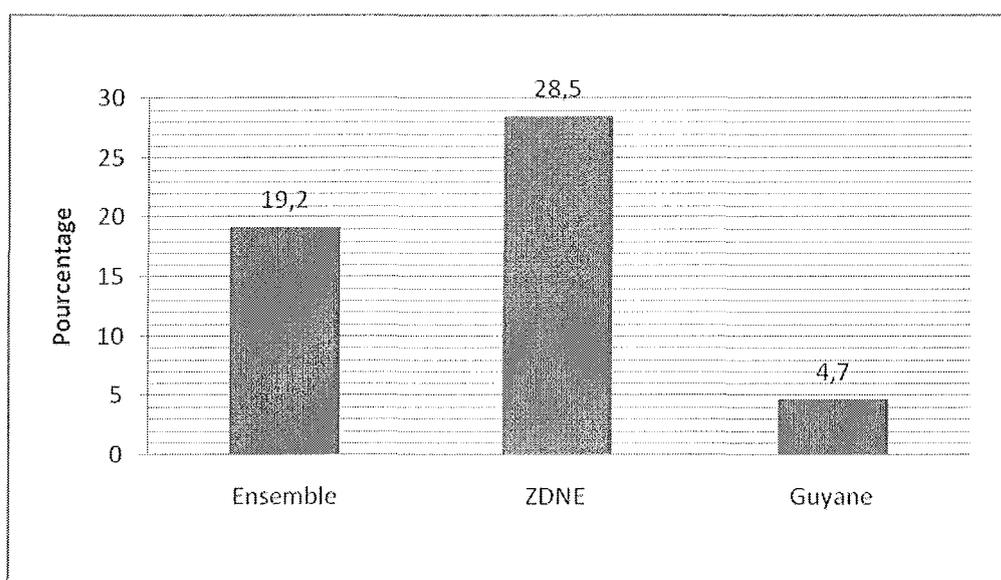


Figure 14 : recours au spécialiste

3.4.2. Modalités de recours au spécialiste

Délai de recours

Lorsqu'un avis spécialisé était demandé, le médecin militaire d'unité devait renseigner le délai par rapport à la consultation après lequel cet avis était demandé.

Dans 25 cas les praticiens ont renseigné un délai en jours.

Pour 40% de ces cas, l'avis est demandé plus d'un mois après le début de la symptomatologie.

Il n'y a pas de différence significative entre la ZDNE et la Guyane ($p = 0,035$).

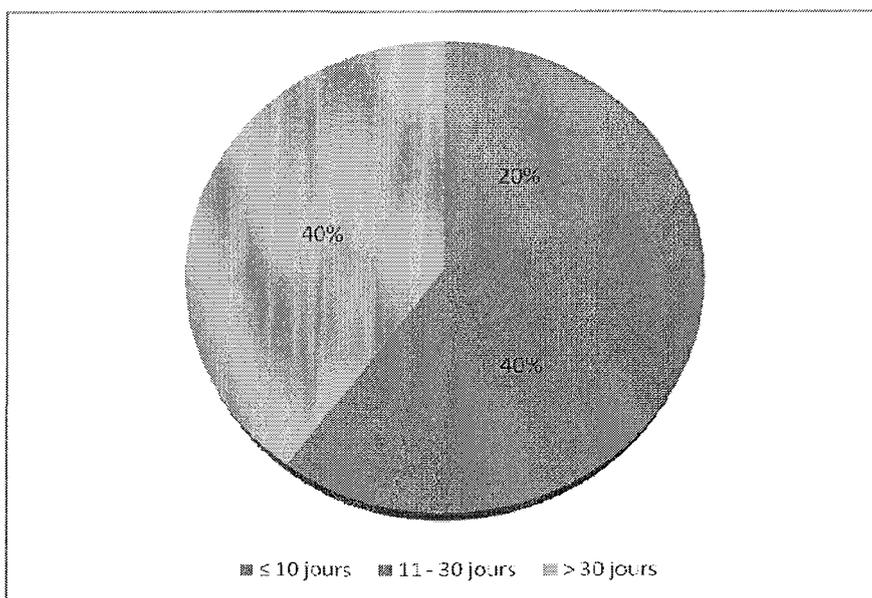


Figure 15 : délai, en jours, avant le recours au spécialiste.

77 médecins ont évalué ce délai en nombre de consultations. Dans une très grande majorité des cas (70/77 soit 90,9%), l'avis du dermatologue est demandé après une seule consultation.

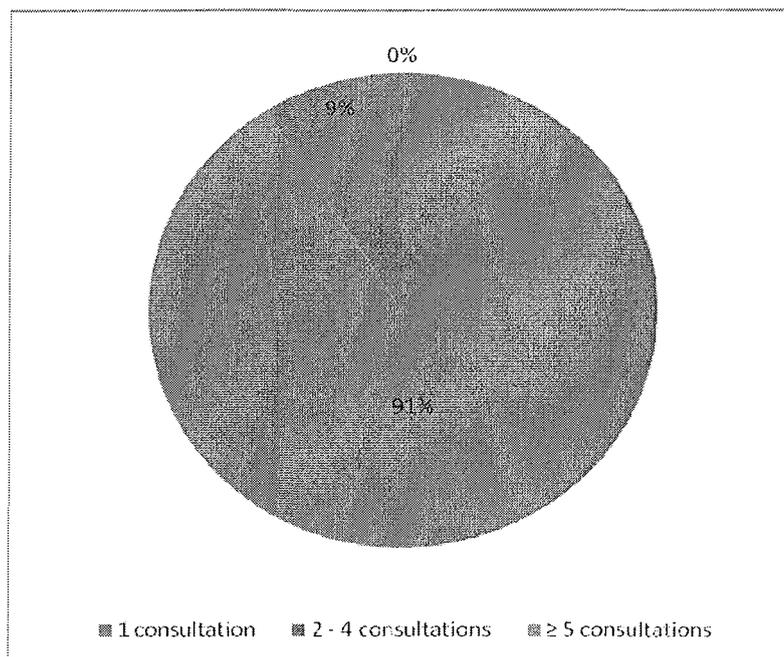


Figure 16 : délai, en nombre de consultations, avant le recours au spécialiste.

Traitement d'épreuve

Avant la consultation spécialisée, 36,3% des patients ont bénéficié d'un traitement d'épreuve sans différence significative entre la ZDNE et la Guyane (35% en ZDNE, 50% en Guyane, $p > 0,05$ test exact de Fisher).

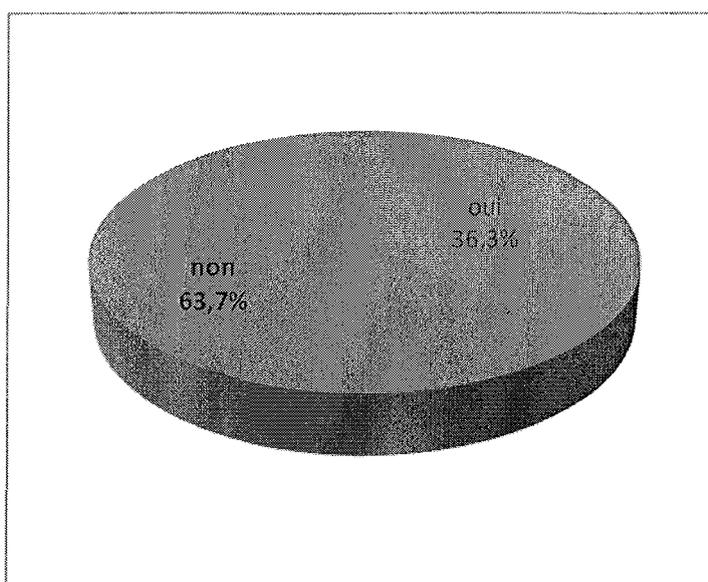


Figure 17 : réalisation d'un traitement d'épreuve avant le recours au spécialiste.

3.4.3. Motifs de recours au spécialiste

La question du motif de recours au spécialiste était fermée, plusieurs choix étaient possibles parmi : actes non réalisables en pratique de médecine générale (exérèse tumorale, photothérapie, laser...), incertitude diagnostique et/ou thérapeutique, demande insistante du patient.

Sur les 125 avis demandés, 113 ont renseigné le ou les motifs de recours au spécialiste.

- 57 le sont en raison d'une incertitude diagnostique et/ou thérapeutique (soit 45,6%)
- 52 pour réaliser des actes propres au dermatologue (soit 41,6%)
- 19 le sont à la demande du patient (soit 15,2 %)

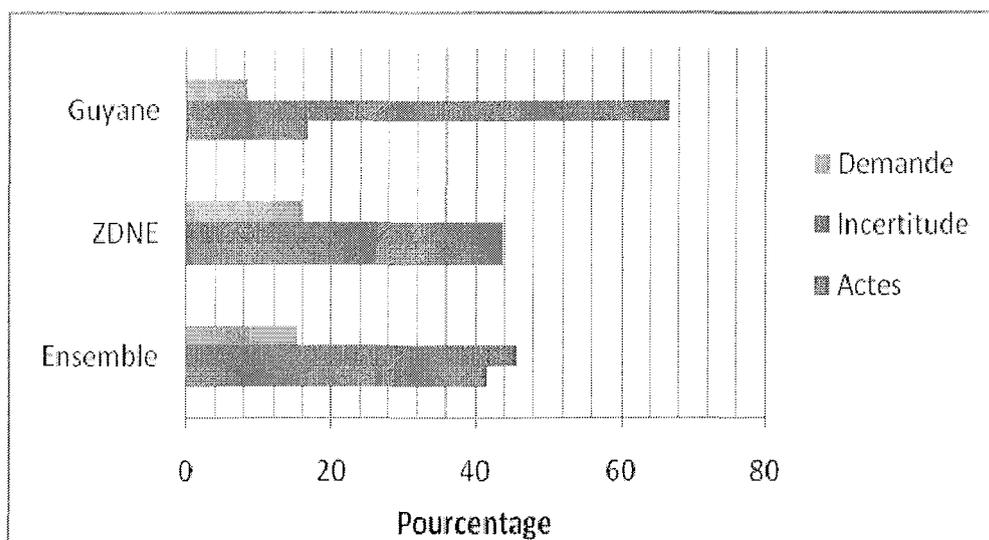


Figure 18 : motifs de recours au spécialiste

L'incertitude diagnostique et/ou thérapeutique constitue le premier motif de recours au spécialiste, que ce soit en ZDNE ou en Guyane. On ne peut conclure à une différence significative entre les deux groupes en raison d'un effectif trop petit pour la Guyane (seuls 12 avis spécialisés ont été demandés).

3.5. Formation Médicale Initiale

3.5.1. Etat des lieux de la FMI

La première question du questionnaire « médecin » s'intéressait à la FMI en dermatologie du médecin militaire d'unité. Cette question était fermée, plusieurs choix étaient possibles.

Près de la moitié des praticiens (42/85 soit 49,4%) a effectué un stage d'externe dans un service de dermatologie. Un quart des médecins (23/85 soit 27,1%) a bénéficié lors de son troisième cycle d'une courte période de stage (mini stage de spécialité lors de l'année en Ecole d'application). Un cinquième (18/85 soit 21,2%) a effectué un semestre d'interne, et un autre cinquième (18/85 soit 21,2) a utilisé des méthodes dites interactives de formation (CD...).

14 des 85 médecins ayant retourné le questionnaire, soit 16,5%, estiment n'avoir eu aucune formation initiale en dermatologie.

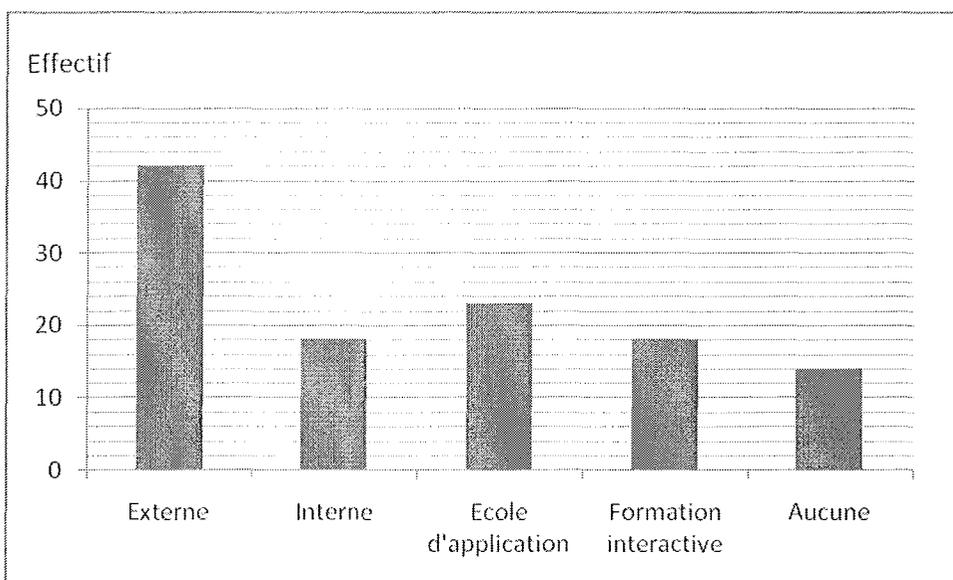


Figure 19 : type de FMI en dermatologie suivi par les médecins militaires d'unité.

Quelque soit l'année de la thèse, le stage d'externe reste le type de FMI le plus suivi par les médecins militaires d'unité.

Plus l'année de thèse est récente et moins le nombre de praticien n'ayant eu aucune formation en dermatologie est important.

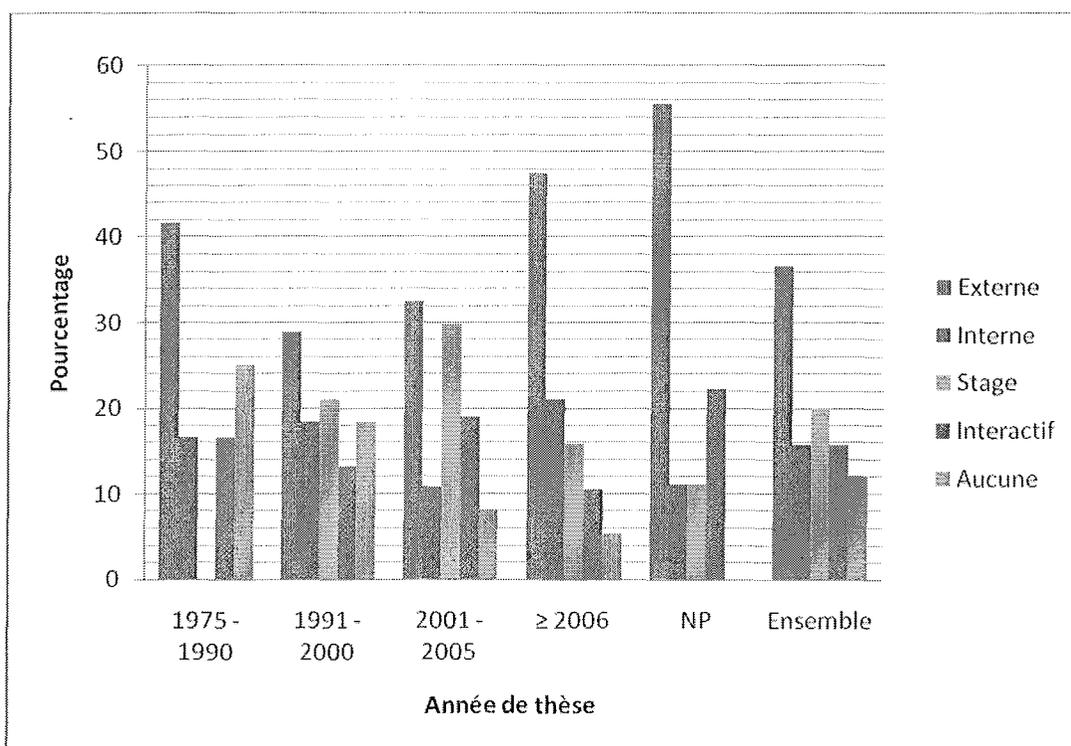


Figure 20 : type de FMI en dermatologie suivi par les médecins militaires d'unité, répartition selon l'année de thèse. (NP = non précisée)

3.5.2. Evaluation de la qualité de la FMI adaptée à la pratique courante

Pour chaque fiche « patient », le praticien devait évaluer la qualité de sa FMI.

542 médecins des 647 ayant répondu à cette question, soit 83,8%, estiment avoir eu une FMI suffisante donc adaptée.

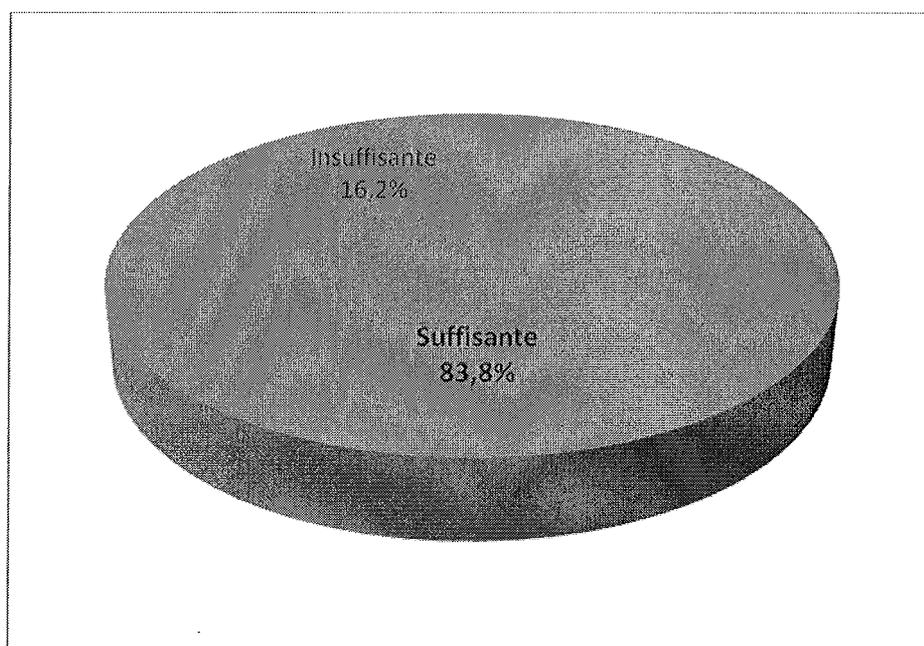


Figure 21 : qualité de la FMI en dermatologie suivie par les médecins militaires d'unité.

3.6. Formation Médicale Continue

3.6.1. Etat des lieux

La fiche « médecin », dans une deuxième question fermée à choix multiples, s'intéresse à la FMC en dermatologie des médecins militaires d'unités.

Participation à une FMC en dermatologie

Seul un tiers d'entre eux (29/85 soit 34,1%) ont suivi une FMC en dermatologie.

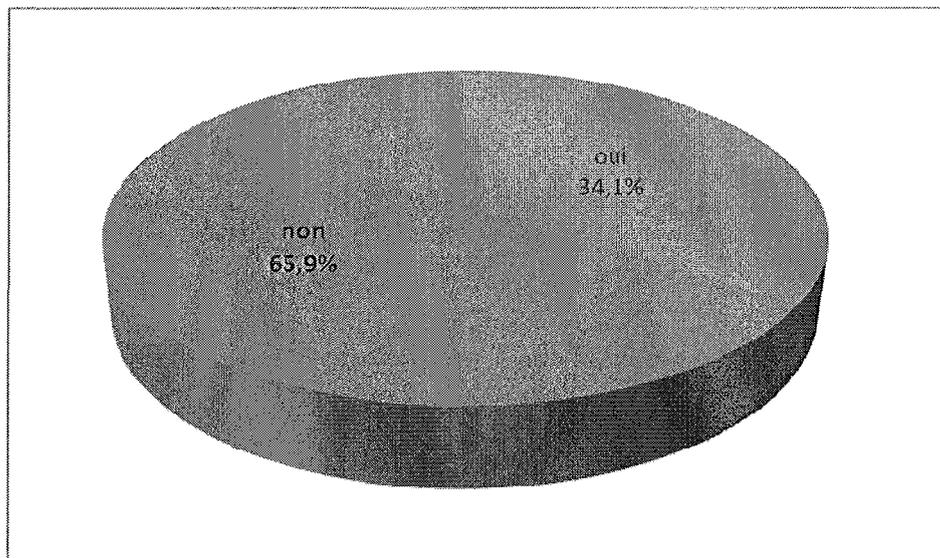


Figure 22 : médecins militaires d'unité ayant suivi une FMC en dermatologie.

Il n'y a pas de différence significative en fonction de l'année de thèse ($p=0,08$).

On note cependant que les médecins ayant passé leur thèse entre 1991 et 2000 sont ceux qui ont le plus suivi de FMC (13/29 soit 44,8%).

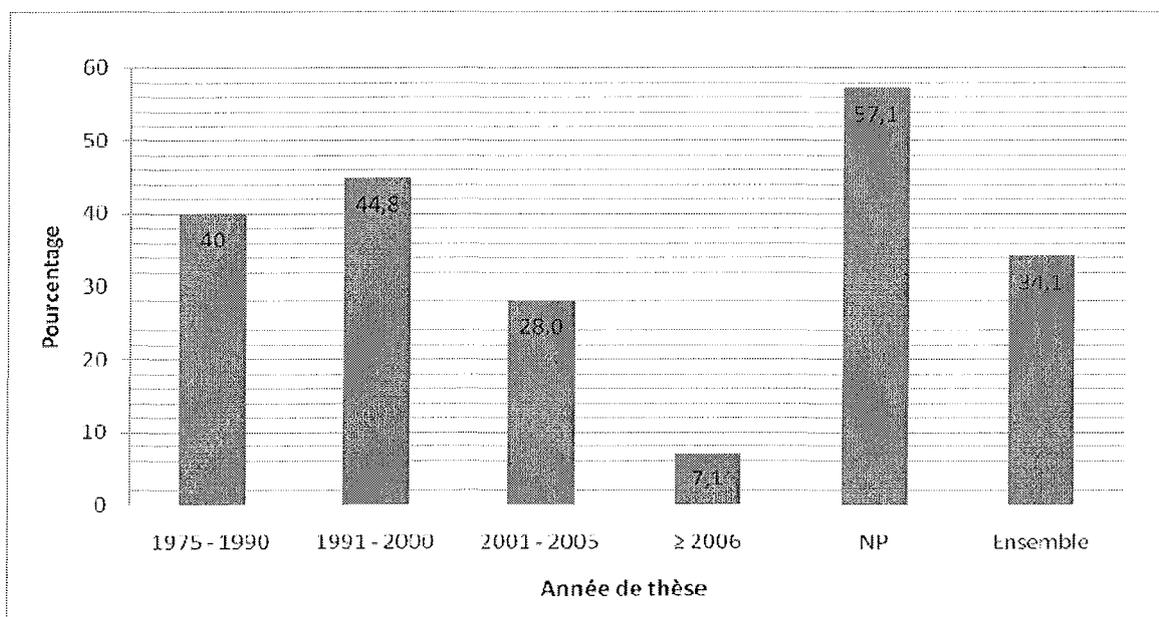


Figure 23 : médecins militaires d'unité ayant suivi une FMC en dermatologie, répartition selon l'année de thèse (NP = non précisée).

Type de FMC en dermatologie suivie par les médecins militaire d'unité

Près de la moitié (13/29 soit 44,8%) des médecins militaires d'unité ayant bénéficié d'une FMC en dermatologie ont assisté à un EPU, un tiers (10/29 soit 34,5%) a eu une formation dite interactive.

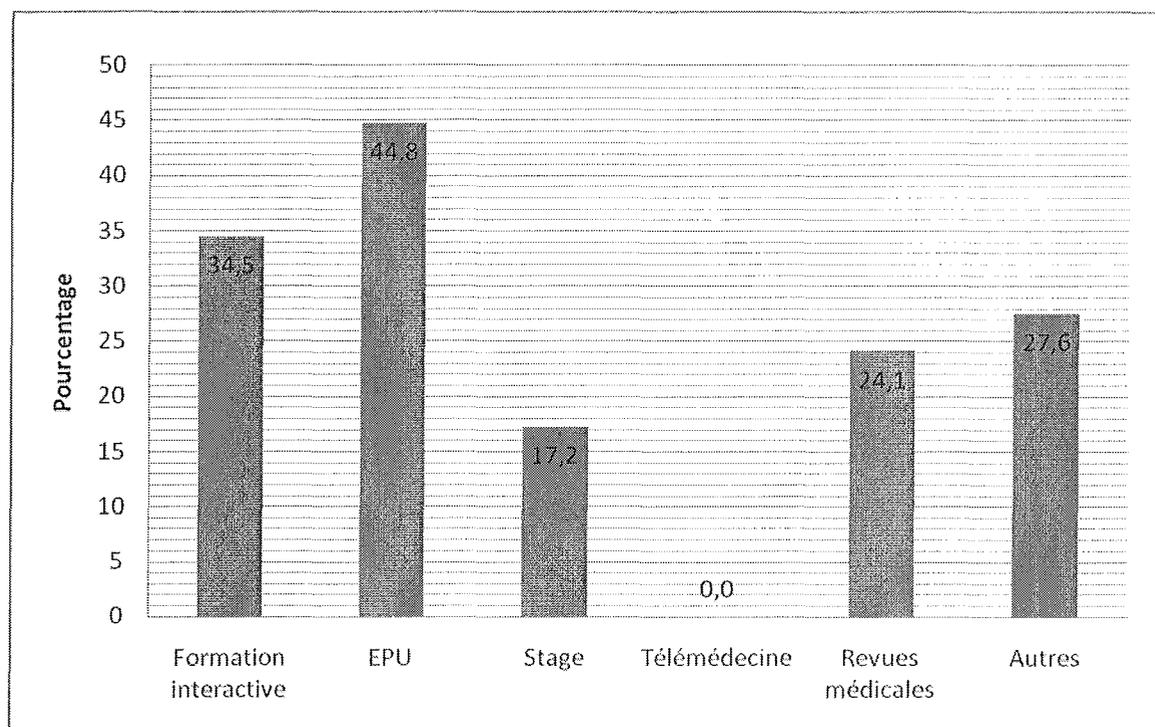


Figure 24 : type de FMC en dermatologie suivie par les médecins militaires d'unité.

3.6.2. Besoins ressentis de FMC en dermatologie

La troisième question du questionnaire « médecin » s'intéressait au support idéal de FMC en dermatologie pour les médecins militaires d'unité. Il s'agissait d'une question fermée à choix multiples.

Les deux supports de FMC en dermatologie les plus demandés par les médecins militaires d'unité sont les supports interactifs type CD (45/85 soit 52,9%) et les stages hospitaliers courts (42/85 soit 49,4%). Parmi les autres propositions, on retrouve l'Atlas de dermatologie et les revues papiers.

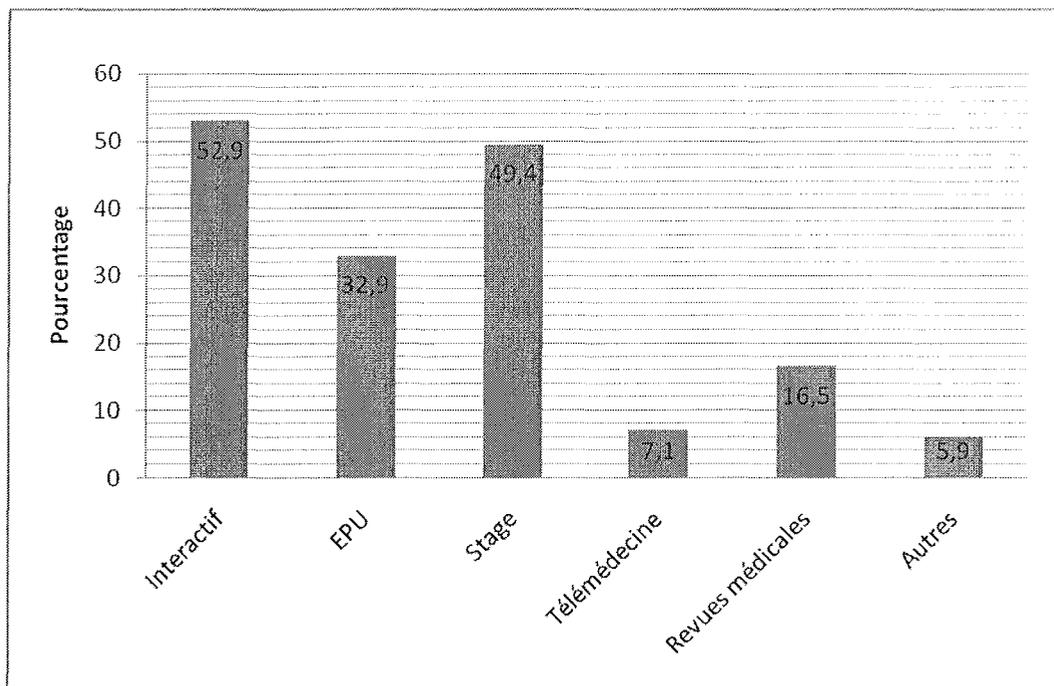


Figure 25 : support idéal de FMC en dermatologie d'après les médecins militaires d'unité (besoin ressenti).

Quelque soit l'année de thèse, les supports les plus demandés sont les supports interactifs et les stages courts hospitaliers.

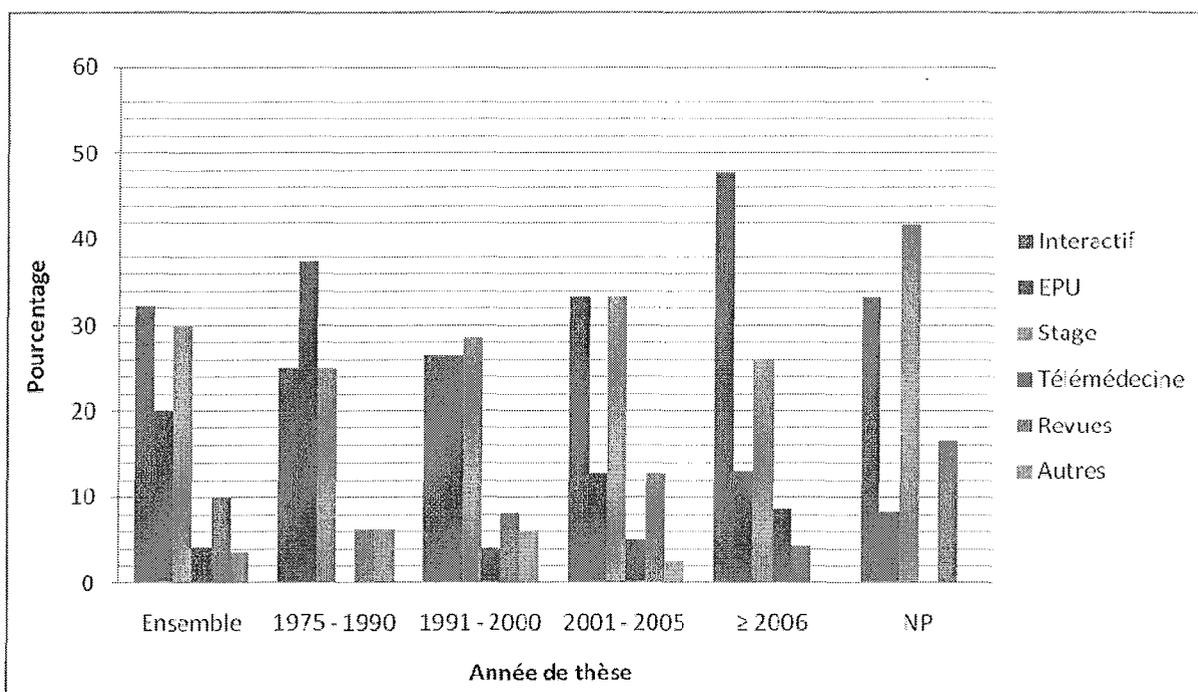


Figure 26 : support idéal de FMC en dermatologie d'après les médecins militaires d'unité (besoin ressenti), répartition selon l'année de thèse (NP = non précisée).

3.6.3. Besoin de FMC exprimé face à la pratique quotidienne

Dans une dernière question fermée à choix multiples de la fiche « patient », nous avons étudié la demande de FMC pour la gestion du cas particulier.

3.6.3.1. Une aide au quotidien ?

Un praticien sur cinq estimait qu'une FMC serait une aide dans sa pratique quotidienne (135/646 soit 20,9%), sans différence significative entre les deux groupes (ZDNE 21,6%, Guyane 19,8%, $p=0,23$).

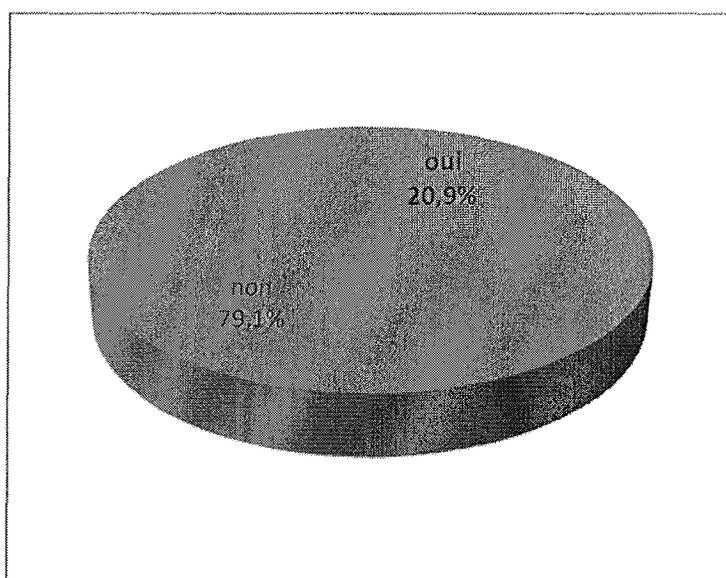


Figure 27 : intérêt d'une FMC en dermatologie exprimé par les médecins militaires d'unité face à leur pratique quotidienne (besoin réel).

Seuls 70 de ces 135 praticiens ont justifié leur choix

- 18,6% (13/70) sont demandeurs en raison de la fréquence de la pathologie dans leur pratique quotidienne,
- 17,1% (12/70) pensent qu'une FMC permettrait d'améliorer ou d'actualiser leurs connaissances sur la pathologie,
- 11,4% (8/70) souhaitent une FMC car la pathologie demande des compétences propres à la pathologie tropicale.

Parmi les 511 praticiens estimant qu'une FMC en dermatologie ne constituerait pas une aide pour la gestion particulière de ce cas, 234 ont justifié leur choix :

- 37,6% (88/234) estiment ne pas avoir de difficulté pour gérer cette affection dermatologique,
- 23% (54/234) considèrent la pathologie courante et donc bien connue,
- 20,5% (48/234) pensent que le cas relève de la médecine générale.

3.6.3.2 Type de FMC plébiscitée

Les supports les plus demandés par les médecins d'unités sont les stages hospitaliers courts (63/135 soit 46,7%), les EPU (43/135 soit 31,9%) et les méthodes interactives (39/135 soit 28,9%).

Parmi les autres supports de formation plébiscités, deux sont particulièrement demandés : l'atlas de dermatologie et les stages à l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées de Marseille.

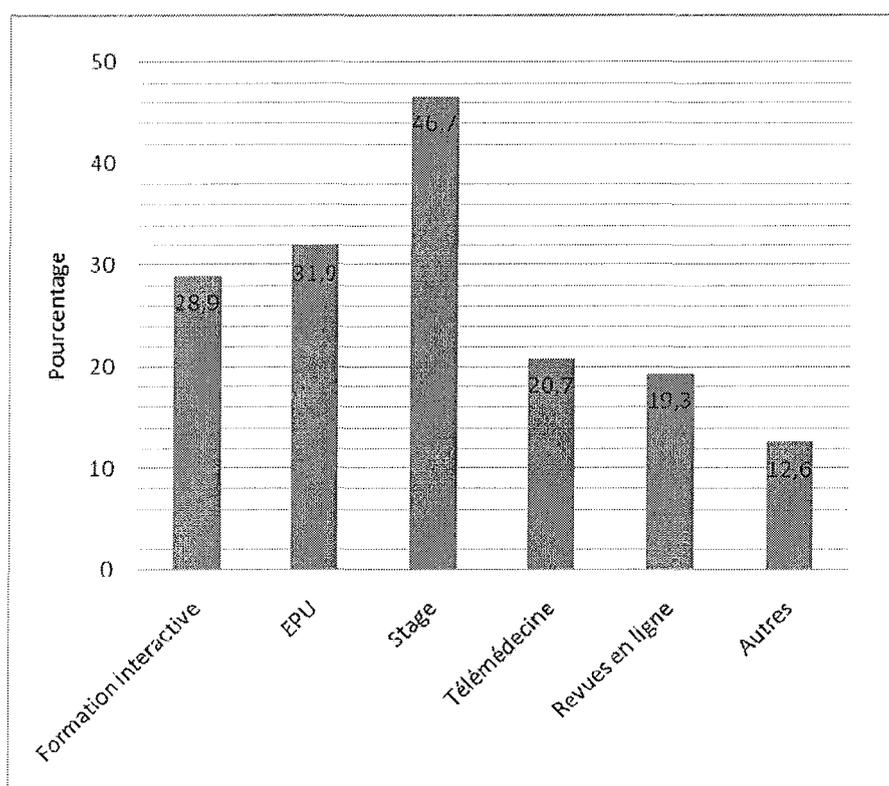


Figure 28 : support idéal de formation en dermatologie d'après les médecins militaires d'unité (besoin réel).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sauf pour la télémédecine, plus souvent demandée en Guyane (ZDNE 9/84 soit 10,7%, Guyane 19/50 soit 38%, $p < 0,005$)

3.6.4. Comparaison des besoins ressentis et des besoins réels

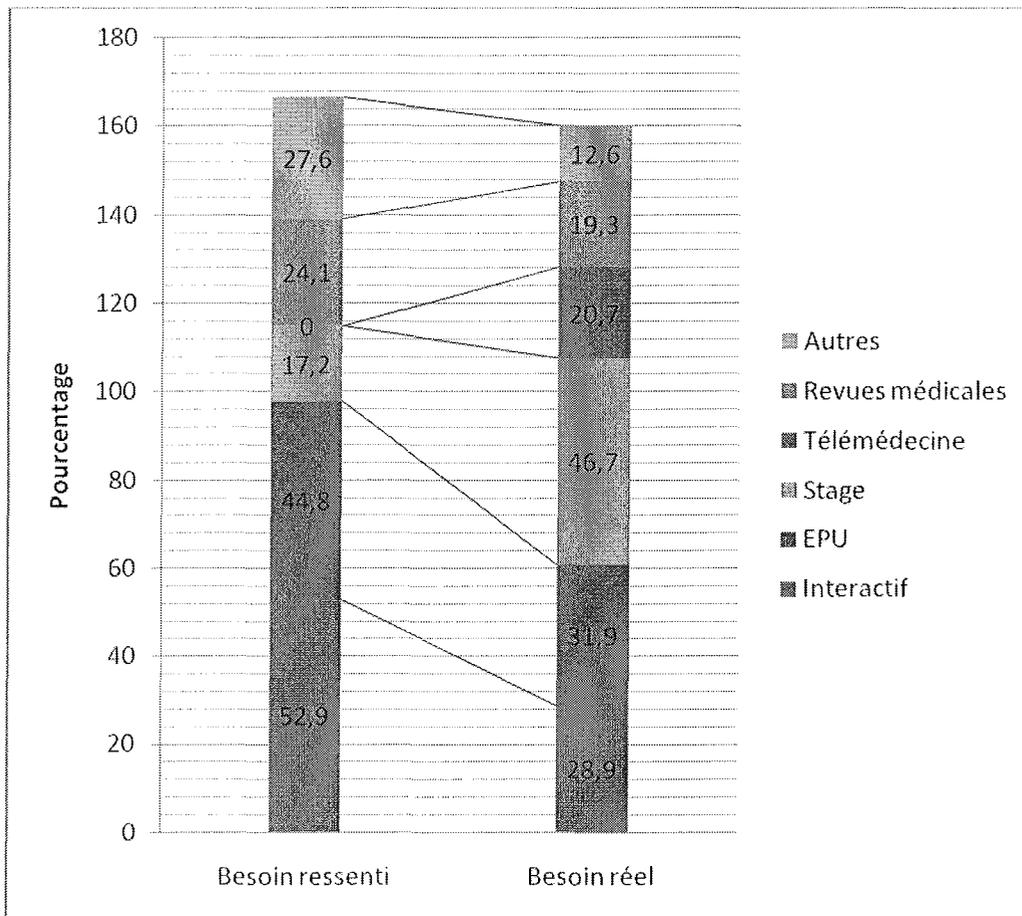


Figure 29 : comparaison des supports de formation en dermatologie plébiscités par les médecins militaires d'unité pour leur FMC (besoin ressenti et besoin réel)

Lorsque l'on s'intéresse aux supports idéals de formation en dermatologie, les médecins militaires plébiscitent les techniques dites interactives (45/85 soit 52,9%) et les EPU (28/85 soit 44,8%), aucun ne considère la télémédecine comme support de formation.

Mais confrontés à un problème clinique particulier, les besoins de ces mêmes praticiens changent, les stages hospitaliers courts sont largement demandés (par 63 des 135 médecins soit 46,7%). La télémédecine occupe alors une place privilégiée.

DISCUSSION

1. Méthodologie et participation

Les conclusions de l'étude sont données à titre indicatif, en aucun cas une extrapolation aux Armées n'est envisageable, les populations de médecins et de patients ne constituant pas un échantillon représentatif.

Ce travail sert de base à une réflexion plus globale sur la formation des praticiens militaires de médecine générale.

1.1. Participation

Ce travail repose sur une participation volontaire et non rémunérée des médecins militaires d'unité sans bénéfice individuel direct évident. Il vient s'ajouter à une charge administrative déjà lourde dans les cabinets médicaux. De plus, les conditions d'exercice du médecin militaire d'unité n'autorisent pas toujours une période libre pour le remplissage des questionnaires (manœuvres, terrain, urgences...). On peut donc penser que la part de la dermatologie en unité est supérieure aux 1,04 % retrouvés dans l'étude. Cependant, le taux de participation des médecins, 57,8% (85/147), est comparable aux études de ce type existantes.

Le cabinet médical ayant en ZDNE la plus forte activité dermatologique est le centre médical de garnison de Mourmelon (71 cas de dermatologie pour 1143 consultants sur la période soit 6,21%). Ceci peut s'expliquer d'une part par la vocation de ce cabinet médical qui est le soutien des troupes en manœuvre (activité de soins plus importante) mais aussi par notre présence sur place pendant la durée de l'étude.

Globalement les affections cutanéomuqueuses sont plus importantes en Guyane (figure 3). Certes les données épidémiologiques vont également dans ce sens, mais d'autres explications peuvent être avancées. Hors métropole, l'activité de soins d'un cabinet médical d'unité est plus importante, le médecin militaire d'unité est souvent le référent santé du militaire. Son avis est sollicité au moindre doute. Par ailleurs, pour notre travail, nous avons rencontrés individuellement chacun des médecins militaires des unités stationnées en Guyane. On peut supposer que ces praticiens, plus sensibilisés à ce travail, ont rempli avec plus d'assiduité les fiches.

A noter que l'implication technique des Directions dans la diffusion puis le recueil des données a pu être perçu par certains comme une intrusion dans leur pratique et a freiné leur participation.

1.2. Période de l'étude

La période de l'étude est limitée à trois mois (janvier à mars 2008). Ainsi certaines pathologies saisonnières ne sont pas apparentes. Par ailleurs, l'activité des cabinets médicaux d'unité est traditionnellement moindre sur cette période en raison des congés de fin d'année et d'hiver.

1.3. Fiabilité des données

1.3.1. Remarque générale

Concernant les besoins de formation, les données issues des fiches « médecin » et « patient » sont le résultat d'une autoévaluation et cela constitue notre principal biais.

1.3.2. Fiabilité des diagnostics suspectés

Le diagnostic évoqué par le médecin militaire d'unité était considéré comme juste mais la corrélation diagnostique entre un médecin généraliste et un dermatologue n'est pas toujours bonne, c'est la conclusion de Federman et al. [2] dans une revue de la littérature faite en 2000. Il s'agit là d'un biais important pour notre étude.

D'après Lowell et al. [4] la concordance diagnostique entre un dermatologue et un médecin généraliste n'est que de 24 % lorsqu'un avis spécialisé est demandé. Résultats à peine meilleurs pour Basarab et al. [8] puisque selon leurs chiffres, 32% des diagnostics faits par les médecins généralistes sont infirmés par le spécialiste.

Bien que toujours inférieures aux dermatologues, les capacités diagnostiques des médecins généralistes s'améliorent avec l'expérience, c'est-à-dire le nombre d'années de pratique mais surtout le nombre de patients suivis pour problème de peau. [9]. Notamment pour les pathologies tumorales. [10]. Après une période de formation de 18 mois sur le sujet, cette différence n'est plus retrouvée. Les jeunes médecins, c'est-à-dire avec moins de 15 ans de pratique, ont des diagnostics aussi fiables que les plus anciens face à des lésions pigmentées. [11].

Or notre échantillon est composé essentiellement de médecins militaires d'unité jeunes (figure 5), de patients jeunes (figure 7) et les pathologies tumorales sont rares (tableau B). Nous pouvons donc nous poser les questions suivantes : les pathologies tumorales n'ont-elles pas été identifiées par des médecins peu expérimentés ? N'est-elle pas liée à la jeunesse de la population de patients ?

2. Pathologies dermatologiques en médecine générale

2.1. Quantification de l'activité dermatologique en médecine d'unité

A ce jour et malgré une surveillance épidémiologique rigoureuse, nous ne disposons d'aucune donnée concernant la dermatologie courante dans les Armées en France. Nous sommes donc dans l'incapacité de comparer nos résultats aux données de la littérature.

Comparaison avec les données civiles.

Les nombreuses études menées ces dernières années confirment la place importante de la dermatologie en médecine générale, même si les chiffres diffèrent selon les auteurs.

Etude	Part de la dermatologie dans l'activité quotidienne d'un MG
Bridges-Webb, 1993 [12]	17,2%
Hay, 1993 [13]	<5% (4,8%), 5-10% (64,2%), 10-20% (29,1%) >20% (2,4%)
Fleischer, 1997 [14]	7,2%
Julian, 1999 [15]	21%
Lowell, 2001 [4]	36,5%

La part des affections dermatologiques dans l'activité quotidienne du médecin militaire d'unité, qu'il soit en métropole ou Outre-Mer est très inférieure à celle observée chez les MG civils. Toutefois, la dermatologie représente une part significativement plus importante en Guyane qu'en ZDNE. C'est encore plus net si l'on se réfère aux effectifs soutenus. Cette considération est à retenir lors de la préparation du médecin militaire d'unité à un séjour ou une mission de courte durée en zone tropicale.

Comparaison avec les données dans les Armées étrangères.

En temps de paix, la seule donnée concernant les Armées dans la littérature concerne l'analyse des motifs de consultations externes à l'hôpital militaire d'Oslo entre sept 1996 et mai 1997 (1360 patients). Les motifs dermatologiques constituent le troisième motif de recours aux spécialistes hospitaliers avec 16,3% des consultants, derrière les pathologies des voies aériennes supérieures (26,1%) et les pathologies musculo-squelettiques (21,3%). [16].

En période de conflit, les problèmes dermatologiques sont nombreux : 5,1% des admissions dans les hôpitaux pendant la Grande Guerre (après les plaies de guerre et les troubles gastro-intestinaux), 20% des motifs de consultations lors de la seconde guerre mondiale, 12,2% lors de la guerre du Vietnam, 13,9% lors de la première guerre du Golf et 12% dans le conflit des Balkans. [17]. Le mystère du « *Army itch* » durant la guerre civile américaine a été percé bien des années après, il s'agissait d'une épidémie de gale... [18]

2.2. Description des dermatoses rencontrées en médecine d'unité

2.2.1. Constat

En pratique courante, le médecin militaire est essentiellement confronté à trois types de pathologies (infectieuses, inflammatoires et plaies). Ces pathologies constituent à elles seules 81,4% des diagnostics retenus (52,4%, 17,2%, 11,8%).

La pathologie fongique est l'affection dermatologique la plus fréquente dans notre travail (88 cas soit 14% des affections cutanéomuqueuses rencontrées). L'importance de cette pathologie dans la pratique quotidienne du MG est connue depuis longtemps. Dans une étude américaine [19] réalisée sur l'ensemble des Etats-Unis entre 1990 et 1994, 4,1 millions de consultations ont été faites pour une pathologie fongique cutanée et une grande partie des patients avait recours en première intention à leur MG (46% des ces patients ont consulté un médecin généraliste, 18% un dermatologue, 17% un pédiatre, 15% un interniste et 3% un autre spécialiste).

Avec 49 cas, le diagnostic d'**eczéma** est le 2^{ème} par ordre de fréquence (figure 8) dans notre étude. Il faut prendre ce résultat avec beaucoup de prudence car ce diagnostic souvent évoqué n'est confirmé par le dermatologue que dans 54% des cas dans l'étude de Basarab. [8].

Il est aussi intéressant de remarquer que les **infections sexuellement transmissibles** ne représentent que 2,5% de la pathologie chez cette population jeune essentiellement masculine.

2.2.2. Comparaison aux données de la littérature

Globalement, il semble exister une spécificité militaire des pathologies les plus rencontrées : la pathologie infectieuse classique (mycose, abcès, folliculite) est dominante, la pathologie inflammatoire est sous-représentée. Les infections sexuellement transmissibles ne sont pas surreprésentées.

A titre de comparaison, considérons les résultats de la grande étude américaine de Feischer et al. [14]. Les auteurs ont analysé les données de l'étude *National Ambulatory Medical Care* de 1990 à 1994 concernant les diagnostics dermatologiques des MG, des dermatologues et des autres praticiens. Les dix pathologies les plus fréquentes comptaient pour 2/3 de toutes les consultations dermatologiques : eczéma 16,4% (vs 7,8% dans notre étude), infections bactériennes 13,7% (vs 21,5%), verrues 8% (vs 3,3%), teignes 5,4% (vs 0,2%), kystes 5,1% (vs 1,8%), candidose 4,4%, acné 3,6% (vs 2,5%), tumeur 2,9% (vs 3,3%), dermatoses non spécifiques 2,8%, kératoses actiniques 2,7%.

Les caractéristiques de notre population, en particulier sa jeunesse (âge moyen 28,1 ans) ont une influence directe sur le type de dermatoses rencontrées. Actuellement avec le vieillissement de la population, un médecin généraliste civil a une activité non négligeable de gériatrie. Lorsque l'on s'intéresse spécifiquement à la gérontodermatologie, c'est-à-dire la dermatologie des patients de plus de 75 ans, les deux motifs de consultations les plus fréquents sont les lésions tumorales (29,1 %) et les troubles trophiques (26 %). [20]. Logiquement ces pathologies sont sous-représentées dans notre population jeune.

Est- ce identique pour les médecins militaires des autres pays ?

Il est difficile de répondre. En consultation externe à l'hôpital militaire d'Oslo (sept 1996 – mai 1997) les dermatoses les plus fréquentes sont l'eczéma 18,9%, les allergies 15,3% et l'acné 10,3%. Certes la population que nous étudions et celle de Selvaag sont identiques mais le cadre est différent (cabinet médical d'unité vs hôpital, MG vs spécialiste) ce qui peut expliquer les différences fortes avec notre étude où ces trois pathologies représentent respectivement 7,5%, 1,4% et 2,5% de l'activité (tableau B). [16].

La faible part des affections tumorales dans notre étude (21 cas sur 650) a plusieurs explications. La première est la faible incidence de ce type de pathologie dans la population jeune, c'est-à-dire la population que nous avons étudiée. Par ailleurs, une sous déclaration de ces pathologies est très possible. En effet lors des visites systématiques annuelles, les patients sont déshabillés et l'examen cutané fait partie intégrante de l'examen clinique. Les naevi sont ainsi contrôlés sans demande spécifique des patients, une fiche « patient » n'est donc pas remplie. Cette pratique d'un examen cutané systématique ne peut qu'être encouragée car elle permet un diagnostic précoce des mélanomes. Les études ont montré que l'écart des MG et

des dermatologues pour le diagnostic du mélanome relevait plus d'un défaut de sensibilité [21] ce qui suggère que la méconnaissance d'un mélanome chez un patient suivi par un MG pourrait résulter plus souvent de l'absence d'examen cutané systématique que d'erreur diagnostique. [22]. Cette conclusion est partagée par Grange et al.[23].

Il est par ailleurs probable que les militaires consultent d'autres médecins pour les pathologies tumorales par crainte de voir leur aptitude remise en cause. Ils n'identifient pas le médecin militaire comme le praticien référent en terme de dépistage des cancers de la peau.

2.3. Particularités de l'activité du médecin militaire d'unité : le soutien des troupes hors métropole

Comme tout militaire, le médecin militaire d'unité peut être projeté hors du territoire national en opération extérieure (OPEX) ou être muté en séjour à l'étranger et dans les DOM-TOM.

Ce changement de cadre d'exercice n'est pas sans conséquence sur la pratique médicale. En **OPEX** par exemple, les conditions d'hygiène souvent précaires, la promiscuité, les conditions météorologiques parfois inhabituelles sont propices à la survenue de dermatoses dans nos troupes. Par exemple en Bosnie, du 20.12.1995 au 28.03.1996, les problèmes de peau étaient à l'origine de 12,7% des consultations au poste de secours soit en moyenne 7,8 à 16,9 problème de peau / 1000 hommes / semaine dans les troupes britanniques. [24].

Par ailleurs, le médecin militaire d'unité au titre des actions civilo-militaires peut exercer une activité au profit des populations locales. JJ Morand [7] nous a fait part de son expérience particulière de dermatologue français en OPEX en Côte d'Ivoire : en moyenne, ce sont 60 consultations et 40 pansements chaque jour. Cette activité revient bien souvent au médecin militaire d'unité car les dermatologues, trop peu nombreux, ne peuvent être projetés systématiquement et en permanence sur tous les théâtres d'OPEX.

Dans notre travail, nous avons souligné la **spécificité tropicale** du médecin militaire d'unité en prenant l'exemple de la Guyane.

Alors que beaucoup de MG en métropole ne verront jamais dans leur carrière de cas de leishmaniose, cette pathologie constitue avec 22 cas, la 2^{ème} dermatose vue en consultation

par le médecin militaire d'unité en Guyane (figure 10). Ces chiffres sont comparables à ceux de Rotureau et al. [25]. En effet, les leishmanioses cutanées sont endémiques sur l'ensemble du territoire de la Guyane. La contamination humaine résulte en général d'une intrusion en forêt, fréquente chez le militaire dans les missions de lutte contre l'orpillage clandestin. Les périodes privilégiées de transmission sont les mois à basses précipitations, soit d'octobre à décembre. Notre étude s'est donc faite juste après cette période à fort risque. L'incidence annuelle entre 1996 et 2000 est de 1,5 à 2 nouveaux cas pour 1000 habitants. Il existe depuis l'année 2000 une augmentation des nouveaux cas.

Hormis l'augmentation des pathologies d'inoculation, il n'existe que peu de différences avec la métropole concernant les pathologies les plus courantes. Ces dernières données sont comparables à celles de Caumes et al. [26].

Le praticien « guyanais » prend en charge plus de femmes et d'enfants que ses camarades en ZDNE (figures 6 et 7). Ce phénomène s'explique par un soutien des familles plus prononcé en milieu tropical.

3. Avis spécialisés

Contrairement aux autres disciplines médicales, la plupart des diagnostics de pathologies cutanées courantes ne nécessitent aucun examen complémentaire : le MG examine, sait ou ne sait pas... La logique est alors de faire appel à un confrère plus compétent que lui dans ce domaine, le dermatologue.

3.1. Fréquence des avis demandés par les MG aux dermatologues

3.1.1. Données générales

Le recours au spécialiste est une aide précieuse pour le MG. Mais cette aide doit rester ponctuelle. Demander trop d'avis spécialisés entraîne une fragmentation des soins, une polymédication des patients et ne stimule pas l'apprentissage de nouvelles connaissances par le MG. Inversement, il faut parfois, dans l'intérêt du malade, savoir passer la main à un confrère spécialiste pour éviter les erreurs diagnostiques et les prises en charges inadaptées, inefficaces ou néfastes.

Dans notre travail, 19,2% des patients (figure 14) ont été adressés au spécialiste. Ces données semblent dans la moyenne observée dans la littérature.

Etudes	Avis dermatologiques demandés
Branch et al., 1983, [27]	22%
Steele, 1984, [28]	6,5%
Harlow et al., 1996, [29]	25%
Lowell et al., 2001 , [4]	37,5%
Leggett, 2004, [3]	4%

3.1.2. Facteurs influençant le recours au spécialiste

Plusieurs éléments influençant le recours au spécialiste sont retrouvés dans la littérature. Parmi eux, certains ont pu être identifiés dans notre étude.

Les difficultés d'accès au spécialiste sont un frein à son recours.

Ainsi Smith [24] dans son étude sur les dermatoses dans les troupes britanniques en Bosnie explique que seuls 1,6% de ses patients ont bénéficié d'une consultation spécialisée car les difficultés d'accès au spécialiste ne permettaient pas l'envoi de consultants.

Dans notre étude, il existe une différence significative concernant le recours au spécialiste entre la ZDNE et la Guyane (28,5% vs 4,7%, $p < 0,05$, figure 15). Les médecins militaires d'unités stationnées en Guyane justifiaient souvent leur attitude : le recours au spécialiste était souhaité mais non demandé en raison d'un éloignement géographique important ou d'une attente trop longue (plusieurs mois).

Curran [30] constate lui aussi que les MG canadiens exerçant en zone urbaine et donc à démographie médicale plus favorable sont plus demandeurs d'avis spécialisés que leurs homologues exerçant en zone rurale.

La régulation par le MG.

Depuis la réforme du système de santé promue en juillet 2005, le MG se trouve au centre du système de soins. Son rôle de coordinateur fait de lui le premier interlocuteur des patients, le premier maillon de la chaîne santé en France. Il doit évaluer le bien fondé d'une indication, d'un avis spécialisé...

Même si cette régulation est imparfaite, sa suppression entraîne une augmentation du recours au spécialiste. Ainsi, Garcia [31] a montré qu'il existait une différence significative entre les militaires, qui ont un accès direct au dermatologue au Texas, et la population générale (230 consultations spécialisées de dermatologie pour 1000 militaires contre 84 pour 1000 dans la population générale).

L'accès au spécialiste de dermatologie après une consultation par un MG permet de réduire les consultations non justifiées, notamment pour les lésions pigmentées. Le risque de découverte d'un mélanome pour un patient adressé par son MG pour lésion pigmentée est de 1/60 contre 1/250 lorsque l'accès au spécialiste est libre.[32].

Cette variable n'a pas été évaluée dans notre étude.

Expérience et entraînement en dermatologie du MG.

Ce n'est pas parce qu'il mieux formé en dermatologie que le MG a moins recours au spécialiste. Comme l'explique Lim et al [33], une meilleure formation en dermatologie des MG réduit le nombre de patients adressés au spécialiste pour des dermatoses simples et courantes mais n'a pas d'influence sur le nombre global d'avis spécialisés demandés car les MG sont alors sensibilisés à des dermatoses jusque là ignorées. De plus, malgré une formation, la crainte de ne pas diagnostiquer un mélanome incite les MG à recourir au spécialiste, et ce malgré l'impression très fréquente des médecins participants d'avoir amélioré leurs capacités diagnostiques. [23]. Cette grande prudence des MG face aux lésions pigmentées est également relevée par Carli et al. [32].

Cependant, une formation en dermatologie du MG diminue le nombre d'avis non justifiés. Dans une étude faite en 2006, Griffiths et al. affirment qu'après un enseignement sur le psoriasis et la diffusion d'un guide de bonnes pratiques, le recours au spécialiste est justifié dans 78% des cas, contre seulement 59% dans le groupe contrôle (différence statistiquement significative) mais il est plus fréquent. [34].

Et le travail de formation des MG à la dermatologie est important si l'on se réfère à Basarba et al. [8]. En effet, dans une étude prospective sur six mois incluant les nouveaux patients vus en consultation spécialisée de dermatologie et adressés par leur MG (686 patients), 21% des avis demandés étaient non justifiés (pathologies courantes relevant de la médecine générale), 11% étaient évitables si les MG avaient à disposition des moyens supérieurs (biopsie, cryothérapie...).

En raison de l'anonymat des praticiens pour les fiches patients, cette variable n'a pu être mise en évidence dans notre travail.

3.2. Les motifs du recours au spécialiste.

Dans notre travail, le motif principal de recours au spécialiste était une incertitude diagnostique et/ou thérapeutique (figure 18). Le recours au spécialiste pour des raisons techniques n'apparaissait qu'en seconde position.

Dans son travail de thèse Anstett [1] a lui aussi étudié les motifs de recours au spécialiste en dermatologie, ses conclusions sont similaires aux nôtres. L'incertitude diagnostique et/ou thérapeutique était le premier motif de recours au dermatologue (motif cité par 116 des 161 médecins interrogés soit 72%), devant la réalisation d'actes non réalisables en pratique de médecine générale (40,4%) et l'échec d'un premier traitement probabiliste (24,2%).

Pour le britannique Harlow et al. [29], plus que l'incertitude diagnostique et/ou thérapeutique, c'est le manque de connaissances qui incite le MG à prendre un avis auprès du spécialiste (86,3% des 340 MG interrogés). Les autres motifs sont le manque de matériel ou d'équipement (29%), la demande insistante des patients (10%) ou le manque de temps (7%).

L'américain Lowell et al. en 2001 [4] ne partage pas ces conclusions. Dans son étude, l'incertitude diagnostique n'est que le deuxième motif de recours au spécialiste, après la réalisation de biopsie (21% vs 26%).

Cette incertitude diagnostique ou thérapeutique est-elle due ou ressentie comme une insuffisance de formation par les praticiens ?

4. Formation en dermatologie

Les médecins sont appelés avec une insistance croissante à justifier leur pratique. Les motivations profondes de cette tendance forte sont dans une large mesure externes à la profession médicale (exigences des gestionnaires-financeurs, pressions des citoyens-patients). Une première option pour l'amélioration des pratiques est une formation médicale de qualité.[35].

4.1. Les enjeux d'une formation de qualité des MG

Une plus grande maîtrise des affections cutanéomuqueuses par les MG est bénéfique en termes de santé publique et de coût. Smith et al. ont montré qu'une meilleure formation des MG au diagnostic et à la prise en charge des pathologies cutanées fongiques permettrait une économie annuelle de 10 à 25 millions de dollars aux Etats-Unis, et diminuerait le risque d'exacerbations de pathologies infectieuses entraînées par une prescription inappropriée de dermocorticoïdes. [19]. En effet, en raison d'une fréquente incertitude diagnostique et d'une mauvaise connaissance des produits, 75% des MG (contre 4,8% des dermatologues) prescrivent une préparation magistrale associant un antifongique et un dermocorticoïde face à une lésion cutanée fongique. Or cette association est moins efficace, voire dangereuse, et plus coûteuse.

Parce qu'il est souvent le premier maillon du système de santé le MG a un rôle fondamental dans la réduction de la morbidité liée au mélanome. En effet, bien qu'il soit peu probable qu'un MG rencontre plus d'un ou deux mélanomes dans sa carrière, il est fondamental que celui-ci sache identifier ces lésions pour en réduire la mortalité. Il est en effet prouvé qu'un diagnostic précoce du mélanome en réduit la mortalité. Or, les MG n'ont pas confiance en eux pour les problèmes de peau (31% pas confiance, 38% peu confiance, 30% confiance, 1% totalement confiance) et des idées fausses sont encore couramment admises par les MG (un tiers pense qu'un mélanome peut se développer sur un naevus traumatisé). [32]. Ceci est

d'autant plus regrettable qu'une formation brève sur le mélanome améliore significativement les aptitudes diagnostiques des MG sans perte de spécificité. [36]. Et la demande des MG est forte. [23].

Dans les Armées, il est légitime de penser que l'amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des dermatoses par le médecin d'unité puisse être à l'origine d'**un maintien opérationnel plus grand des troupes**.

Les dermatologues militaires ont été les premiers à rédiger des manuels de dermatologie pratique destinés aux médecins militaires d'unité pour leur permettre une prise en charge adaptée des patients souffrant de dermatoses en situation isolée. [37]. Durant la Grande Guerre, la gestion des pieds de tranchées et des scabioses a ainsi pu se faire aisément directement au plus proche des combattants selon des protocoles validés. [38].

De nombreux agents chimiques ou biologiques utilisables comme arme de destruction massive (Ypérite, charbon, variole...) sont à l'origine de tableaux cutané-muqueux qui doivent être décelés très rapidement par les médecins militaires d'unité en première ligne en cas de conflit ou d'acte terroriste sous peine de pertes importantes.

4.2. Etat des lieux

FMI

Sous la direction des facultés de Médecine, les MG militaires bénéficient jusqu'en fin de sixième année de médecine d'une formation identique à celle de leurs confrères civils. Formation théorique mais aussi pratique pour certains d'entre eux.

C'est au cours du troisième cycle des études médicales qu'une spécificité dans la FMI en dermatologie des médecins militaires d'unité apparaît :

- des cours de Médecine d'Armée sont dispensés par l'Ecole du Val de Grâce à Paris. Ces derniers abordent les pathologies spécifiques au milieu militaire (gelures, pieds de tranchée, pieds de mine, brûlures, risque Nucléaire Biologique et Chimique...), les problèmes d'expertise et d'aptitude mais aussi la prise en charge de certaines maladies dermatologiques et vénéréologiques communes (syphilis, scabiose...).
- un stage à l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées du Pharo à Marseille est inséré en fin de troisième cycle des études médicales. La dermatologie sur

peau noire et les infections sexuellement transmissibles y sont particulièrement enseignées, avec remise de supports interactifs de formation à chaque participant.

- selon l'hôpital de rattachement, un stage court dans un service de dermatologie peut être proposé.

Dans notre étude, l'analyse en fonction de la variable année de thèse fait ressortir que le stage d'externe a toujours été un lieu important de formation en dermatologie (figure 20). Près de la moitié des médecins militaires d'unité (49,5%) déclare avoir effectué ce type de stage. Malheureusement, l'analyse de la littérature ne permet pas la comparaison avec les MG civils.

Bien que 16,5% des médecins militaires d'unité inclus dans notre étude estiment n'avoir eu aucune formation initiale en dermatologie (figure 19), on peut affirmer que cette FMI en dermatologie des médecins militaires d'unité est globalement bien perçue puisque 83,8% des praticiens l'estiment suffisante pour prendre en charge les affections cutanéomuqueuses courantes (figure 21).

Cet avis n'est pas partagé par de nombreux auteurs. Selon, l'anglais Kirklin [39], seuls 19% des MG et infirmières estiment avoir eu une FMI adaptée. Les chiffres donnés par l'australien Lim et al. [33] sont à peine meilleurs puisque 70% des MG interrogés estiment avoir eu une formation inadaptée en dermatologie, tous s'accordent à dire d'une FMC en dermatologie aurait un intérêt pour leur pratique quotidienne.

Nos résultats sont-ils liés à la spécificité de la FMI en dermatologie du médecin militaire d'unité ? Notre étude ne permet de répondre à cette question.

FMC

Dans notre travail, un tiers seulement des médecins militaires d'unité a suivi une FMC en dermatologie (figure 22). Il n'y a pas de différence significative en fonction de l'année de thèse bien que les médecins thésés entre 1991 et 2000 soient ceux qui ont le plus suivi de FMC (44,8%) (figure 23).

Près de la moitié de ces médecins ont assisté à un EPU. Un tiers (34,5%) a eu une formation dite interactive, 17,2% seulement ont bénéficié de stages hospitaliers (figure 24).

Ces résultats sont comparables à ceux publiés par Harlow et al. [29] dans une étude s'intéressant aux attentes des MG anglais en termes de formation en dermatologie. Parmi les 456 MG interrogés, 31% ont bénéficié d'une FMC en dermatologie (8% ont suivi un EPU, 23% un stage pratique ou méthode interactive), 12% n'ont suivi aucune formation mais sont intéressés par un tel enseignement.

On peut être surpris par le faible effectif de praticiens ayant suivi une FMC en dermatologie sous toutes ses formes. Il semble que cela corresponde à un choix délibéré de leur part puisque, dans notre étude, seulement un praticien sur cinq estime qu'un enseignement complémentaire en dermatologie serait une aide pour sa pratique quotidienne (figure 27).

4.3. Besoins de formation (FMI et FMC)

Si le bénéfice personnel des formations en dermatologie est évident pour le MG, l'objectif premier reste l'amélioration des pratiques, c'est-à-dire la meilleure prise en charge possible du patient souffrant de dermatose. L'analyse de la littérature permet d'affirmer qu'une formation en dermatologie améliore la prise en charge de ces patients. [11].

4.3.1. Une nécessité absolue adaptée à la pratique courante (d'après les enquêtes publiées)

Parce qu'elle fait partie intégrante de son activité quotidienne, le MG est demandeur de formation en dermatologie.

Hay a interrogé les MG anglais sur leurs attentes de formation initiale et complémentaire en dermatologie, les résultats sont sans appel : 98,2% estiment que la dermatologie doit faire partie de l'enseignement initial à la faculté, 96,9% estiment qu'une formation au cours du troisième cycle est essentielle (44,4% des praticiens souhaitent 40 à 72 heures de formation) sous forme de stages hospitaliers (92%), séminaire/tutorat (97,5%), cours magistraux (68,7%).[13].

Une autre étude anglaise datant de 2006 reprend ces mêmes conclusions : seuls 26% des MG interrogés estiment que l'enseignement de la dermatologie doit se limiter aux 1^{er} et 2^{ème} cycles des études médicales, et 76% pensent qu'elle doit encore être enseignée après l'obtention du titre de docteur en médecine. [40].

S'ils montrent un intérêt pour l'ensemble de la discipline, les MG souhaitent cependant surtout suivre des formations sur les pathologies qu'ils rencontrent dans leur exercice quotidien. Dans un auto-questionnaire évaluant le besoin de FMC en dermatologie des MG canadiens, le sujet le plus plébiscité est la prise en charge des dermatoses communes et/ou graves (74% des médecins interrogés souhaitent une formation sur ce sujet). [30]. C'est également la conclusion du travail de thèse d'Anstett. [1].

Cet intérêt pour les dermatoses courantes traduit la difficulté des MG à prendre en charge les affections cutané-muqueuses. A titre d'exemple, une très large majorité des MG (98%) n'a pas confiance en ses capacités diagnostiques face à une lésion pigmentée. Pourtant ces situations sont le lot quotidien du médecin généraliste. [39].

Les MG attendent des formations en dermatologie une aide ponctuelle et pratique. C'est le résultat de l'étude d'Harlow et al. [29] menée en 1996 auprès de MG anglais. La plupart gèrent seuls les problèmes dermatologiques de leurs patients (47% ne font jamais appel au spécialiste, 47% gère seul les trois quarts des dermatoses, 5% gèrent seuls la moitié des cas de dermatologie et seuls 0,3% des médecins généralistes prennent en charge seuls moins de la moitié des dermatoses) et aimeraient assumer la totalité de la prise en charge de ces patients mais souvent un manque de connaissance les oblige à demander une aide ponctuelle au dermatologue. En cas d'hésitation diagnostique, 84% préfèrent une aide ponctuelle du spécialiste, c'est-à-dire un diagnostic et une attitude thérapeutique, puis assurer eux-mêmes le suivi du patient. En cas de problème sur la thérapeutique, 27% des généralistes estiment qu'une conversation téléphonique avec le spécialiste serait suffisante.

4.3.2. Une simple aide adaptée à la pratique courante (d'après notre enquête)

Dans notre étude, malgré le recours fréquent au spécialiste (figure 14) essentiellement par manque de connaissances, la majorité des médecins militaires d'unité interrogés ne ressent pas le besoin d'une FMC en dermatologie (figure 27).

Ce manque d'intérêt pour une FMC en dermatologie est en partie justifié par ces praticiens. Selon eux, l'essentiel des affections cutanéomuqueuses en unité relève de la médecine générale. Les cas plus difficiles sont rares et donc du ressort du spécialiste.

Parmi les praticiens intéressés par ce type de formation, on note que l'amélioration des compétences face à une pathologie tropicale est le troisième motif.

Nos résultats sont donc très différents des données de la littérature.

Comment expliquer cette dissociation par rapport aux études publiées ?

Il n'y a pas de réponse exacte. Certes la FMI des médecins militaires d'unité est sensiblement différente mais d'autres hypothèses sont à considérer. Ces médecins ne gèrent-ils que des pathologies dermatologiques plus faciles à prendre en charge car survenant chez une population jeune ? Cela traduit-il un excès de confiance ou un manque d'investissement de la part de ces praticiens ?

4.3.3. Types de formation plébiscitées

Pour améliorer la prise en charge des patients présentant une dermatose, les **MG ont fait les propositions suivantes** : accès facilité au spécialiste (accès téléphonique, délais de consultation plus courts...), diffusion de guides de bonnes pratiques pour les dermatoses courantes, possibilités d'accès aux services pour des stages pratiques, courrier du spécialiste avec attitude précise à adopter pour une prise en charge ambulatoire...[1], [29].

Les dermatologues doivent impérativement s'investir dans cette formation des MG. L'initiative locale du service de dermatologie du Kings's College Hospital de Londres en est un exemple. Il s'agissait d'un programme de formation sur trois mois destiné aux MG et

encadré par le service hospitalier (participation aux consultations spécialisées, apprentissage de techniques de petite chirurgie et de la bonne pratique des examens complémentaires utiles au diagnostic). Malgré le temps nécessaire pour cette formation, celle-ci a été très favorablement accueillie. [41].

Dans notre étude, trois supports de formation en dermatologie sont particulièrement demandés : les stages hospitaliers courts, les supports interactifs type CD et les EPU. Cette préférence est exprimée quelque soit l'année de thèse. Cependant face à une situation clinique particulière, la demande de formation pratique à type de stage hospitalier court est plus importante (besoin réel), alors que dans l'absolue une méthode individuelle d'autoformation interactive semblait suffisante au praticien (besoin ressenti) (figure 29). Bénéficier d'un enseignement « au lit du malade » et d'une relation privilégiée avec le spécialiste semble donc un être un moyen efficace d'apprentissage de la dermatologie clinique.

En dermatologie, les supports de formations et les méthodes d'apprentissage ne se limitent pas aux seuls stages, EPU et techniques interactives. Ces supports largement plébiscités sont-ils les plus adaptés à la pathologie cutanéomuqueuse ?

4.4. Méthode d'apprentissage en dermatologie

4.4.1. Pré requis

Les méthodes dites conventionnelles d'enseignement regroupent les cours magistraux, les EPU, les manuels médicaux et atlas, ainsi que les stages hospitaliers. Depuis quelques années, d'autres méthodes d'enseignement utilisent les **nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)** représentées essentiellement par internet et l'enseignement assisté par ordinateur.

Pour le médecin, il ne suffit pas de multiplier les formations pour améliorer ses connaissances.

Ainsi Bonnetblanc [42] donne quelques pistes pour optimiser sa FMC : noter les défaillances dans sa pratique au jour le jour, choisir une séance pour apprendre et non pour vérifier que

l'on est compétent, demander le programme précis et les objectifs pédagogiques avant d'assister à une formation afin de pouvoir travailler le sujet avant d'assister à l'enseignement. Pour une formation de qualité, les organisateurs se doivent de respecter certaines règles : programmation de la séance (définir des objectifs, diffuser au préalable le programme), déroulement de l'enseignement (évaluation initiale des participants et des attentes, participation active) et évaluation à chaud de la séance (objectifs personnels atteints ? apports de connaissances ? utilité pratique de la formation ? qualité de l'information délivrée ? bonne corrélation entre le volume de connaissances à intégrer et le temps accordé ?). [43].

S'améliorer, c'est aussi accepter de se remettre régulièrement en question.

Oh et al.[44] proposent une méthode d'apprentissage appelée SAGE pour mettre à niveau les médecins militaires américains lors d'un changement d'affectation.

Scan = identification par le praticien des domaines de compétence à maîtriser dans l'emploi

Assess = autoévaluation de ses compétences dans ces domaines (capable, besoin de rafraîchir, non maîtrisé, jamais pratiqué...)

Gather ressources = recherche de supports de formation adaptés

Experience = se faire un plan d'exécution pour maîtriser tous les objectifs fixés

Cette méthode peut paraître lourde, elle a néanmoins permis une amélioration des connaissances et une meilleure préparation opérationnelle des médecins.

Pour établir un diagnostic **en dermatologie**, discipline visuelle, deux stratégies s'opposent. Une démarche analogique qui consiste à faire un diagnostic au premier coup d'œil, par analogie à un cas similaire. Cette stratégie nécessite une expérience certaine, théorique à partir d'un atlas ou pratique, et comporte un risque non négligeable d'erreurs. S'oppose à cette pratique, une démarche analytique reposant sur une analyse rigoureuse des données issues de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Cette stratégie plus scientifique, plus fiable nécessite une plus grande rigueur et une maîtrise de la sémiologie dermatologique.

Considérant la description d'une lésion comme l'élément clef du diagnostic en dermatologie, Kirklin [39] a proposé une formation basée sur le sens artistique, les résultats sont encourageants.

4.4.2. Les méthodes conventionnelles

Dans notre étude, lorsque l'on s'intéresse aux FMC en dermatologie suivies par les médecins militaires d'unité, on constate que les méthodes conventionnelles d'enseignement arrivent en tête (figure 24) alors que le support idéal de formation selon les praticiens repose sur les NTIC (figure 25). Les besoins réels exprimés à partir de la pratique quotidienne font quant à eux une belle place aux enseignements conventionnels, notamment aux stages hospitaliers (figure 28).

Anstett [1] explique les raisons du succès de ce type d'enseignement : une proximité avec le spécialiste, l'accès rapide à une information déjà « digérée », une réponse immédiate et concrète à un problème précis... Harison et Hogg [45] avaient la même analyse quelques années auparavant. Cette interactivité et ces échanges verbaux avec le spécialiste ne sont pas possibles avec les NTIC. D'autres disciplines, comme la psychiatrie, sont également propices à ce type d'enseignement. [46].

Bedlow et al. [47] ont montré que l'enseignement de la dermatologie au moyen d'un cours magistral accompagné d'une brochure illustrée distribuée aux praticiens était une méthode efficace, simple et peu coûteuse pour améliorer les performances diagnostiques en dermatologie des MG, notamment pour le mélanome, mêmes si des lacunes persistent. Cette approche conventionnelle mais moins traditionnelle de l'enseignement de la dermatologie semble également intéressante pour les étudiants en médecine. [48].

Les programmes de formation reposant sur la simple diffusion d'informations n'ont que peu d'effet sur l'amélioration des pratiques et cela même si l'outil de travail est bien conçu et facile d'accès. [49]. L'exemple classique est celui des conférences de consensus, référentiels établis par un groupe d'experts et largement accessibles aux praticiens mais dont les conclusions ne sont que très peu suivies dans la pratique courante.

4.4.3. Les NTIC

4.4.3.1. Explosion des NTIC et perspectives

Les évolutions technologiques n'épargnent pas le milieu médical et l'on assiste depuis quelques années à une vulgarisation des NTIC. De plus en plus de cabinets médicaux sont informatisés et possèdent une connexion internet, les praticiens n'étant pas reliés au net à leur travail le sont bien souvent à leur domicile.

Certes en Europe, le recours à internet n'est pas encore la première source documentaire, en particulier en France où les médecins généralistes restent très attachés à leur bibliothèque personnelle et à l'avis des confrères, généralistes ou spécialistes. [50].

Cependant les usages possibles d'internet en consultation sont multiples : aide à la pratique (accès aux sites médicaux, télétransmission), FMC ou plus exactement eFMC, gestion administrative...

Et il est fort à parier qu'avec l'expérience son usage va se développer et cela malgré les obstacles (aspects économiques et techniques, pas d'expérience/de recul, fiabilité des données, confidentialité...). Alors qu'en 2001 seuls 2,7% des praticiens utilisaient internet pour leur FMC, en 2004 un tiers des praticiens disposent d'un accès internet et le 2^{ème} usage le plus important est à des fins de FMC. [51].

4.4.3.2. Les méthodes interactives d'apprentissage

Utilisant l'outil informatique, les interfaces interactives de formation, utilisant une connexion internet ou pas, ont été dès leur conception très largement plébiscitées par les praticiens, quelque soit leur discipline. L'intérêt majeur de ce support est une formation au rythme de l'utilisateur. La disponibilité de la ressource et sa facilité d'utilisation sont également soulignées.

Dans notre travail, les formations interactives sont appréciées par les médecins militaires d'unité. 52,9% d'entre eux estiment que ce support est idéal pour leur FMC en dermatologie. Malheureusement, confronté à un problème clinique, ce support séduisant s'avère moins rentable. Cet outil n'est une aide que dans 28,9% des cas (figure 29).

Les suédois Wahlgren et al.[52] avaient en 2006 émis une première réserve. Les interfaces interactives de formation sont appréciées par les étudiants en médecine pour l'apprentissage de la dermatologie mais cette étude n'avait pas permis de conclure à un bénéfice en termes de résultats (apprentissage de nouvelles connaissances).

4.4.3.3. Les eFMC

Aujourd'hui, toutes les revues de référence ont un portail internet et un espace dédié à la formation.

Le nombre des sites proposant des eFMC explose (augmentation de 700% entre 1998 et 2003), de même que le nombre de médecins ayant suivi au moins une eFMC (31 à 74% des praticiens en 2006 selon les estimations). [53].

Selon Mc Coll [54], les causes du succès des eFMC et de l'internet médical en dermatologie sont multiples : un grand éventail de pathologies rencontrées, une approche interactive et didactique autour d'un cas remarquable, une facilité et une rapidité de navigation, des mises à jour fréquentes, une implication des praticiens par le biais des newsletters, la qualité du contenu et des auteurs voire la possibilité de délivrance de certificats de FMC. Une certification des sites permettrait d'augmenter encore un peu le succès et la crédibilité de ces eFMC.

Ces formations utilisant les NTIC se multiplient mais ces nouvelles techniques d'enseignement sont-elles validées ?

Dans une revue de la littérature faite en 2004, Wutoh et al. [51] ont répertorié l'ensemble des études s'intéressant à l'eFMC de type essais randomisés, méta-analyses et études rétrospectives répertoriées dans les bases de données jusqu'en 2004, soit 16 études. Ils concluent que les eFMC sont aussi efficaces que les autres types de FMC en termes d'apport de connaissances et/ou d'informations (pour 6 des 16 études, l'apport de connaissances est plus important qu'avec les FMC traditionnelles, pour 3 des 16 études, une modification des pratiques est induite par la eFMC, 7 des 16 études concluent à l'absence de différence significative entre les deux types d'enseignement). Les auteurs ajoutent cependant que peu

d'études se sont intéressées aux répercussions cliniques de cette augmentation des connaissances.

Ces formations ont prouvé leur efficacité mais les praticiens en sont-ils pour autant satisfaits ?

En 2005, Curran et al. [55] réalisent à ce sujet une revue de la littérature et incluent l'ensemble des études traitant de eFMC publiées jusqu'en décembre 2003 et répertoriées sur Medline, soit 86 études, puis exploitent les résultats des principales études (31) grâce au modèle de Kirkpatrick. Les médecins sont globalement satisfaits par les eFMC (25 études /31), ils soulignent la qualité des informations, les mises à jour régulières, la rapidité et la simplicité d'accès, le large choix de sujets, l'absence de déplacement, le faible coût...Les praticiens les perçoivent comme un complément aux formations traditionnelles. Cet intérêt est plus marqué pour les médecins en poste isolé ou à la campagne. Près de la moitié, 16 des 31 études, concluent à un apport de connaissances et le tiers, 12 des 31 études, concluent à une amélioration de la prise en charge des patients ou un changement de comportement. L'impact sur la santé des populations n'a jamais été évalué.

Une des dernière études sur l'intérêt des eFMC a été faite en 2006 par Curran et al [53]. Les MG évaluaient, par auto-questionnaire, la qualité d'une eFMC disponible dans différentes disciplines sur le site canadien MDcme. Les usagers sont globalement satisfaits : 93,5% estiment que cette eFMC leur a apporté des connaissances applicables dans leur pratique quotidienne, pour 91,9% d'entre eux il s'agissait de nouvelles connaissances, 86,6% ont apprécié la facilité d'utilisation de l'interface. Enfin, 89% sont prêts à renouveler l'expérience et 85,5% conseillent ce type de formation à un confrère. Le bénéfice de ces formations est d'autant plus important que le nombre de sessions suivies est important. On note une amélioration significative des connaissances après 7 cours, une amélioration de la confiance des médecins dans leur pratique après 8 cours et une modification des pratiques après 11 cours.

Malgré le développement et l'efficacité de ces nouvelles méthodes d'enseignement, l'échantillon des médecins militaires d'unités participant à notre étude ne semble que peu intéressé par les NTIC. L'arrivée prochaine d'une connexion Internet dans l'ensemble des cabinets médicaux d'unité, via le système SISMU, va peut-être changer la donne.

Anstett [1] avait aussi souligné cette réticence des MG français à utiliser les NTIC pour leur formation en dermatologie. Selon lui, si l'Internet assure la diffusion de la masse gigantesque des informations médicales disponibles, aucun tri n'est fait, la valeur scientifique des documents est difficile à évaluer par le médecin et celui-ci se perd. Par ailleurs, l'utilisation des NTIC se heurte également à des problèmes de maîtrise technique.

4.4.3.4. La télédermatologie

Deux possibilités pour la télédermatologie : la **téléconsultation** en temps réel utilisant la technologie de la vidéoconférence et la technique dite « **store and forward** » (photographie des lésions à l'aide d'un appareil photo numérique puis les clichés sont télétransmis au spécialiste via Internet accompagnés d'un résumé clinique).[56].

	Avantages	Inconvénients
Télédermatologie	<ul style="list-style-type: none"> - Choix du spécialiste (réseaux) - Accessible pour les médecins en poste isolé - Bien accepté par les patients - Concordance diagnostique forte avec une consultation conventionnelle - Réduit l'attente 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipement et formation - Certains patients devront tout de même se déplacer - Pas de contact avec le patient - Possibilité d'erreur diagnostique - Charge de travail supplémentaire pour les médecins, rémunération - Responsabilité - Sécurité des connexions - Confidentialité des données
Téléconsultation en temps réel (vidéoconférence)	<ul style="list-style-type: none"> - Interactivité - Valeur éducative pour le MG - Vision globale du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de l'image moins bonne - Nécessite un créneau commun de consultation - Chronophage - Coût des équipements
« Store and Forward »	<ul style="list-style-type: none"> - Coût des équipements - Triage de qualité des patients - Plus rapide qu'une consultation 	<ul style="list-style-type: none"> - Répétitif et ennuyeux pour le spécialiste - Peu de valeur éducative pour le MG - Très dépendant de la

	conventionnelle	qualité de l'image et de la description des lésions - Pas de contact direct avec le patient ou le MG
--	-----------------	---

Les **usages potentiels** de la télédermatologie sont multiples : sélection des patients adressés en consultation spécialisée, simples conseils diagnostiques ou thérapeutiques pour les MG, prolongement d'une conversation téléphonique. [57]

Son intérêt a été particulièrement étudié pour les **médecins exerçant en situation isolée**, en Australie notamment. La technique « Store and Forward » a été mise en place dans le Queensland, région reculée où la démographie médicale est très faible, les délais avant une consultation spécialisée sont de plusieurs semaines et nécessitent un déplacement de plusieurs centaines de kilomètres. Le taux de recours au spécialiste est comparable aux données de la littérature. Le délai moyen de réponse du spécialiste est de 46 heures. Plus les MG sont habitués à ce service, plus ils le sollicitent et plus les images sont de qualité.[58].

Bien avant les australiens, les médecins militaires finlandais confrontés à l'isolement en situation opérationnelle avaient expérimenté à petite échelle, 12 patients la télédermatologie avec des résultats encourageants. [37]. L'Hôpital d'Instruction des Armées Saint Anne de Toulon est le premier des hôpitaux militaires français à utiliser cette technologie au profit des bâtiments de la Marine Nationale. Cette aide à la pratique pour le médecin militaire d'unité isolé en mer est très appréciée par les praticiens, et validée par les spécialistes. Leggett [3] a confirmé une évidence pour la dermatologie, discipline visuelle : l'ajout d'un cliché à une correspondance médicale permet une meilleure prise en charge des patients.

En ce qui concerne la **fiabilité des diagnostics** établis lors d'une téléconsultation, la concordance diagnostique varie de 54 à 80% selon les études. [56].

Les patients sont globalement satisfaits et estiment avoir gagné du temps en s'épargnant un déplacement chez le spécialiste.[56].

La valeur éducative pour le MG est soulignée par des nombreux auteurs. Ainsi Van den akker et al. estiment que 58% des MG ayant recours à cette pratique ont amélioré leur capacité diagnostique et 63% ont amélioré leur démarche thérapeutique. De plus, on peut

espérer que les MG deviennent avec le temps plus performants pour la gestion des dermatoses simples et donc demandent moins d'avis.[57].[59]. Il est cependant peu probable, concernant les lésions pigmentées que le recours à la télétransmission diminuent le nombre de consultations traditionnelles.[60]. L'intérêt de cette pratique est plus dans l'orientation des patients : quels patients ont réellement besoins d'un avis spécialisé et quel en est le degré d'urgence. [61].

Tout laisser donc penser que la télémédecine connaîtra un **essor dans les prochaines années** : le besoin global de santé augmente, l'accès à la technologie est de plus en plus abordable, les performances techniques augmentent, les résultats sont satisfaisants et les patients sont globalement très satisfaits.

Les dermatologues quant à eux émettent quelques réserves, notamment sur la qualité des clichés transmis, l'absence de palpation des lésions, le temps nécessaire à consacrer pour cette nouvelle charge de travail ainsi que sa rémunération posent problèmes de même que la responsabilité médico-légale de ces consultations non conventionnelles. [56].

Malgré de nombreuses applications potentielles (consultations, enseignement...), **les obstacles au développement de la télédermatologie** restent nombreux (sécurité des transferts, barrière psychologique avec risque d'altération de la relation médecin/malade, problèmes techniques, coût, temps...). [62]. Voilà peut-être pourquoi cette technologie pleine de promesses n'est pas encore utilisée en pratique quotidienne par les médecins militaires d'unité.

CONCLUSION

Notre étude a montré que les besoins de formation en dermatologie exprimés par les médecins militaires d'unité sont peu importants. Il semble en effet que la FMI soit jugée suffisante aux regards des pathologies traitées par ces praticiens. La nécessité et l'intérêt d'une FMC, formation devenue obligatoire n'est pas encore bien perçue par la majorité des ces praticiens. La réalisation de stage court, hospitalier ou non, par exemple à l'institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées du Pharo, seulement offerte par l'institution militaire, semble toutefois être une forme de FMC particulièrement plébiscitée.

Elle a permis également de quantifier l'activité dermatologique en médecine d'unité. La prise en charge des affections cutanéomuqueuses occupe une place peu importante dans le quotidien des médecins militaires d'unité en Métropole. En revanche, en Guyane, ces pathologies représentent jusqu'à 16,9% de la consultation du cabinet médical d'unité. Une prépondérance nette des dermatoses d'origine infectieuse est notée dans le quotidien du Médecin d'unité. Le recours au spécialiste de dermatologie ne se fait que pour un patient sur cinq essentiellement en raison d'une incertitude diagnostique ou thérapeutique, données qui peuvent paraître paradoxalement élevées au regard des besoins exprimés de FMC.

Enfin, ce travail a permis de relever la spécificité de la pratique outre mer : la population à traiter est différente avec plus de famille, la pathologie d'inoculation est plus fréquente, l'accès difficile au spécialiste en limite le recours mais laisse une place plus grande pour la télé-médecine.

Ce travail est le fruit de réflexions d'une interne de médecin générale face à la préparation de son avenir professionnel après un semestre dans le service de dermatologie du Docteur Veran à l'HIA Legouest. Nous avons pris conscience de l'importance d'une formation pratique complémentaire au travail scientifique pour prendre en charge de façon optimale nos patients, notamment en situation isolée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anstett, E., *Enquête auprès de 161 médecins généralistes alsaciens sur les besoins ressentis en formation post-universitaire de dermatologie*. 2006: Strasbourg.
2. Federman, D.G. and R.S. Kirsner, *The primary care physician and the treatment of patients with skin disorders*. *Dermatol Clin*, 2000. 18(2): p. 215-21, viii.
3. Leggett, P., et al., *A randomized controlled trial using instant photography to diagnose and manage dermatology referrals*. *Fam Pract*, 2004. 21(1): p. 54-6.
4. Lowell, B.A., et al., *Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition*. *J Am Acad Dermatol*, 2001. 45(2): p. 250-5.
5. Keeling, J.H., et al., *The dermatologist in military operations*. *Dermatol Clin*, 1999. 17(1): p. 209-34, x.
6. Schissel, D.J. and J.L. Wilde, *Operational dermatology*. *Mil Med*, 2004. 169(6): p. 444-7.
7. Morand, J.J. and E. Lightburn, [*Experience of a dermatologist on an overseas military mission: Operation Licorne in Cote d'Ivoire*]. *Med Trop (Mars)*, 2005. 65(2): p. 129-32.
8. Basarab, T., S.E. Munn, and R.R. Jones, *Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology out-patient clinic*. *Br J Dermatol*, 1996. 135(1): p. 70-3.
9. Federman, D., et al., *A comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders*. *J Am Acad Dermatol*, 1995. 32(5 Pt 1): p. 726-9.
10. Offidani, A., et al., *General practitioners' accuracy in diagnosing skin cancers*. *Dermatology*, 2002. 205(2): p. 127-30.
11. Youl, P.H., et al., *The effect of an educational programme to improve the skills of general practitioners in diagnosing melanocytic/pigmented lesions*. *Clin Exp Dermatol*, 2007. 32(4): p. 365-70.
12. Bridges-Webb, C., et al., *Morbidity and treatment in general practice in Australia*. *Aust Fam Physician*, 1993. 22(3): p. 336-9, 342-6.
13. Hay, R.J., *Undergraduate teaching in dermatology and general practice*. *Br J Dermatol*, 1993. 129(3): p. 356.
14. Fleischer, A.B., Jr., S.R. Feldman, and R.C. McConnell, *The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994*. *Fam Med*, 1997. 29(9): p. 648-52.
15. Julian, C.G., *Dermatology in general practice*. *Br J Dermatol*, 1999. 141(3): p. 518-20.
16. Selvaag, E., *Skin disease in military personnel*. *Mil Med*, 2000. 165(3): p. 193-4.
17. Matz, H., et al., *Skin diseases in war*. *Clin Dermatol*, 2002. 20(4): p. 435-8.
18. Cropley, T.G., *The "army itch:" a dermatological mystery of the American Civil War*. *J Am Acad Dermatol*, 2006. 55(2): p. 302-8.
19. Smith, E.S., A.B. Fleischer, Jr., and S.R. Feldman, *Nondermatologists are more likely than dermatologists to prescribe antifungal/corticosteroid products: an analysis of office visits for cutaneous fungal infections, 1990-1994*. *J Am Acad Dermatol*, 1998. 39(1): p. 43-7.
20. Perrot, J.L., et al., [*Patterns of skin diseases in the elderly*]. *Ann Dermatol Venercol*, 2008. 135(5): p. 410-2.
21. Burton, R.C., et al., *General practitioner screening for melanoma: sensitivity, specificity, and effect of training*. *J Med Screen*, 1998. 5(3): p. 156-61.
22. Lowe, J.B., et al., *General practitioner and patient response during a public education program to encourage skin examinations*. *Med J Aust*, 1994. 161(3): p. 195-8.

23. Grange, F., et al., [*Assessment of a general practitioner training campaign for early detection of cutaneous melanoma in the Haut-Rhin department of France*]. *Ann Dermatol Venerol*, 2005. 132(12 Pt 1): p. 956-61.
24. Smith, H.R. and A.M. Croft, *Skin disease in British troops in the Bosnian winter*. *Mil Med*, 1997. 162(8): p. 548-50.
25. Rotureau, B., et al., [*Cutaneous leishmaniases in French Guiana*]. *Bull Soc Pathol Exot*, 2007. 100(4): p. 251-60.
26. Caumes, E., et al., *Dermatoses associated with travel to Burkina Faso and diagnosed by means of teledermatology*. *Br J Dermatol*, 2004. 150(2): p. 312-6.
27. Branch, W.T., Jr. and B.U. Wintroub, *Dermatologic training for nondermatologists*. *J Am Acad Dermatol*, 1983. 9(2): p. 281-3.
28. Steele, K., *Primary dermatological care in general practice*. *J R Coll Gen Pract*, 1984. 34(258): p. 22-3.
29. Harlow, E.D. and J.L. Burton, *What do general practitioners want from a dermatology department?* *Br J Dermatol*, 1996. 134(2): p. 313-8.
30. Curran, V.R., et al., *A comparative analysis of the perceived continuing medical education needs of a cohort of rural and urban Canadian family physicians*. *Can J Rural Med*, 2007. 12(3): p. 161-6.
31. Garcia, R.L. and C.W. Lewis, *Dermatology patient visits in the military*. *Arch Dermatol*, 1978. 114(2): p. 289.
32. Carli, P., et al., *Diagnostic and referral accuracy of family doctors in melanoma screening: effect of a short formal training*. *Eur J Cancer Prev*, 2005. 14(1): p. 51-5.
33. Lim, A.C., A. See, and S.P. Shumack, *GP postgraduate dermatology training*. *Aust Fam Physician*, 2001. 30(6): p. 526-7.
34. Griffiths, C.E., et al., *The impact of psoriasis guidelines on appropriateness of referral from primary to secondary care: a randomized controlled trial*. *Br J Dermatol*, 2006. 155(2): p. 393-400.
35. Chabot, J.M., [*Quality and certification exams*]. *Rev Prat*, 2008. 58(14): p. 1573-4.
36. Brochez, L., et al., *Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions*. *J Am Acad Dermatol*, 2001. 44(6): p. 979-86.
37. Voipio, V., et al., *Teleradiology and teledermatology in Finnish military medicine*. *J Telemed Telecare*, 2001. 7(3): p. 181-3.
38. Regnier, C., [*Etiological argument about the Trench Foot*]. *Hist Sci Med*, 2004. 38(3): p. 315-32.
39. Kirklin, D., et al., *A cluster design controlled trial of arts-based observational skills training in primary care*. *Med Educ*, 2007. 41(4): p. 395-401.
40. Kerr, O.A., J. Walker, and M. Boohan, *General practitioners' opinions regarding the need for training in dermatology at undergraduate and postgraduate levels*. *Clin Exp Dermatol*, 2006. 31(1): p. 132-3.
41. Higgins, E.M., et al., *GP training in dermatology*. *Br J Gen Pract*, 1997. 47(422): p. 594.
42. Bonnetblanc, J.M., [*Getting the most out of continuous medical training*]. *Ann Dermatol Venerol*, 2006. 133(10): p. 745-7.
43. Fraser, J., *How to plan, deliver and evaluate a training session*. *Aust Fam Physician*, 2004. 33(6): p. 453-5.
44. Oh, R.C., et al., *Maintenance of skills for today's family physician: the SAGE approach to physician learning*. *Mil Med*, 2005. 170(12): p. 1012-5.
45. Harrison, C. and W. Hogg, *Why do doctors attend traditional CME events if they don't change what they do in their surgeries? Evaluation of doctors' reasons for attending a traditional CME programme*. *Med Educ*, 2003. 37(10): p. 884-8.

46. Ryan, P., et al., *Australian GPs' preferences for education about depression and related disorders*. Aust Fam Physician, 2004. 33(5): p. 381-4.
47. Bedlow, A.J., et al., *Impact of skin cancer education on general practitioners' diagnostic skills*. Clin Exp Dermatol, 2000. 25(2): p. 115-8.
48. Cliff, S., et al., *Impact of skin cancer education on medical students' diagnostic skills*. Clin Exp Dermatol, 2003. 28(2): p. 214-7.
49. Butzlaff, M., et al., *Learning with computerized guidelines in general practice?: A randomized controlled trial*. Fam Pract, 2004. 21(2): p. 183-8.
50. Sepulchre, C., et al., *[Some Websites frequently used in general practice]*. Rev Med Liege, 2006. 61(5-6): p. 520-37.
51. Wutoh, R., S.A. Boren, and E.A. Balas, *eLearning: a review of Internet-based continuing medical education*. J Contin Educ Health Prof, 2004. 24(1): p. 20-30.
52. Wahlgren, C.F., et al., *Evaluation of an interactive case simulation system in dermatology and venereology for medical students*. BMC Med Educ, 2006. 6: p. 40.
53. Curran, V., et al., *Evaluation of learning outcomes in Web-based continuing medical education*. Acad Med, 2006. 81(10 Suppl): p. S30-4.
54. McColl, I., *Dermatology education on the Web*. J Telemed Telecare, 2003. 9 Suppl 2: p. S33-5.
55. Curran, V.R. and L. Fleet, *A review of evaluation outcomes of web-based continuing medical education*. Med Educ, 2005. 39(6): p. 561-7.
56. Eedy, D.J. and R. Wootton, *Teledermatology: a review*. Br J Dermatol, 2001. 144(4): p. 696-707.
57. van den Akker, T.W., et al., *Teledermatology as a tool for communication between general practitioners and dermatologists*. J Telemed Telecare, 2001. 7(4): p. 193-8.
58. Hockey, A.D., R. Wootton, and T. Casey, *Trial of low-cost teledermatology in primary care*. J Telemed Telecare, 2004. 10 Suppl 1: p. 44-7.
59. Knol, A., et al., *Teledermatology reduces the number of patient referrals to a dermatologist*. J Telemed Telecare, 2006. 12(2): p. 75-8.
60. Bowns, I.R., et al., *Telemedicine in dermatology: a randomised controlled trial*. Health Technol Assess, 2006. 10(43): p. iii-iv, ix-xi, 1-39.
61. Mallett, R.B., *Teledermatology in practice*. Clin Exp Dermatol, 2003. 28(4): p. 356-9.
62. Burg, G., et al., *Teledermatology: just cool or a real tool?* Dermatology, 2005. 210(2): p. 169-73.

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire médecin

1. Votre formation initiale

Année de thèse :

Formation initiale en dermatologie :

- externe
- interne
- stage court en école d'application
- formation interactive (CD, internet...)
- aucune

2. Avez-vous bénéficié d'une formation en dermatologie depuis votre sortie d'Ecole ?

- non
- oui

sous quelle forme :

- formation interactive (CD, internet...)
- EPU
- Stage court hospitalier
- Télémedecine
- Accès aux revues médicales via internet
- Autres...

3. Quel est selon vous le support idéal de formation en dermatologie pour vous aider dans votre pratique quotidienne ?

- formation interactive (CD, internet...)
- EPU
- Stage court hospitalier
- Télémedecine
- Accès aux revues médicales via internet
- Autres...

4. Y a t il des diagnostics difficiles que vous redoutez de méconnaître ?

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 2

Questionnaire patient

Date de consultation : __/__/__

Unité :

Identification du patient :

Nom ___ Prénom ___

Sexe : H – F

Age :

1. Quel diagnostic dermatologique retenez-vous chez ce patient ?

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

Si vous ne pouvez pas établir précisément de diagnostic, dans quelle catégorie classeriez-vous la dermatose de votre patient (plusieurs réponses possibles):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> plaies aiguës | <input type="checkbox"/> prurit |
| <input type="checkbox"/> troubles trophiques chroniques | <input type="checkbox"/> toxidermies |
| <input type="checkbox"/> pathologies infectieuses, notamment IST | <input type="checkbox"/> dermatoses des plis/ongles/muqueuses |
| <input type="checkbox"/> pathologies inflammatoires (psoriasis, lichen...) | <input type="checkbox"/> dermatoses avec retentissement psychologique important |
| <input type="checkbox"/> pathologies tumorales | <input type="checkbox"/> autres |
| <input type="checkbox"/> pathologies « exotiques » (retour OM/OPEX) | |

2. Demandez vous une consultation spécialisée, chez un dermatologue civil ou militaire, pour ce patient ?

- Non
- Oui

Si oui :

Au bout de combien de temps/de consultations avez-vous fait appel au dermatologue ?

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

Avez- vous réalisé un traitement d'épreuve ?

.....
.....

Pour quelle raison avez-vous demandé cet avis spécialisé ?

- incertitude diagnostique et/ou thérapeutique
- pour la réalisation d'actes non réalisables en pratique de médecine générale (exérèse tumorale, photothérapie, laser...)
- demande insistante du patient

3. Pour la gestion de ce cas, considérez-vous que votre formation initiale de médecin généraliste a été suffisante ?

- Non
- Oui

4. Pensez-vous qu'une formation ou une aide adaptée aux médecins militaires aurait pu vous aider dans la gestion de ce cas ?

Non,
pourquoi :

Oui,
pourquoi :

sous quelle forme :

- Formation interactive (CD, internet...)
- EPU
- Stage court hospitalier
- Télémédecine
- Accès aux revues médicales via internet
- Autres...

Annexe 3



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Metz, le 29 OCTOBRE 2007
N° 1143 /DRSSA MTZ/BMA



**DIRECTION REGIONALE
DE METZ**

Bureau Médecine d'Armée

DOSSIER SUIVI PAR :
MC DE KOBOR

Le Médecin général Gérard LAURENT
Directeur régional du Service de santé des armées de Metz

à

Destinataires in fine

Objet : Thèse de médecine en dermatologie de l'Interne des armées S. SALLE.

Pièces jointes : - Lettre de présentation du projet.
- Tableau récapitulatif d'activités (fichier Excel).
- Questionnaire médecin.
- Questionnaire patient.

Les réformes successives des études médicales imposent aux internes de médecine générale de soutenir une thèse dans le domaine de la médecine générale. Cette obligation concerne également les praticiens des armées. Les sujets de médecine appliquée aux armées sont à privilégier.

Dans ce cadre, l'Interne des armées S. SALLE, se propose de réaliser un travail de thèse sur le thème du médecin d'unité face aux affections dermatologiques en unité. Cette étude se déroulera durant tout le premier trimestre 2008. Votre participation consiste à renseigner un questionnaire médecin (une fois pour chaque médecin) et à remplir un questionnaire pour chaque patient se présentant à vous pour un motif dermatologique. Le recueil de ces informations est anonyme.

Je vous demande d'accueillir ce projet avec bienveillance et d'y participer avec assiduité. Il permettra d'apporter des éléments de réflexion sur les formations initiale et continue ainsi que sur les connaissances et les pratiques du médecin d'unité face aux affections dermatologiques.

Les questionnaires médecin et patient seront à adresser à la DRSSA, à chaque fin de mois, avec le rapport mensuel, sous forme de fichier électronique ou papier. Le fichier Excel est à renseigner quotidiennement pendant les trois mois et à joindre au rapport mensuel de mois de mars 2008.

Le Médecin en chef BOYE et l'Interne des armées SALLE se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

Conscient du travail supplémentaire qui vous est imposé, je demande à chacun d'entre vous de participer à cette enquête en s'impliquant tout autant que pour un travail personnel, témoignant ainsi de l'esprit de corps et de l'intérêt que nous attachons tous à la formation des plus jeunes.

Signé : MG LAURENT

VU

NANCY, le 15 avril 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 29 avril 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur J.L. SCHMUTZ

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 5 mai 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE

Les affections cutanéomuqueuses (ACM) représentent 7 à 21 % des consultations de médecine générale en Europe. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les besoins de formation en dermatologie des médecins militaires d'unité.

Une enquête prospective par questionnaires a été réalisée du 1^{er} janvier au 31 mars 2008 dans l'ensemble des services médicaux d'unités de la zone de défense nord-est et de Guyane. Chaque consultation pour une ACM a fait l'objet d'une fiche de recueil médical. Chaque médecin a renseigné un questionnaire sur sa formation en dermatologie (formation médicale initiale FMI et formation médicale continue FMC).

656 consultations pour des ACM ont été effectuées pour un total de 48854. Trois types de pathologies (52,4% infectieux, 17,2% inflammatoires et 11,8% plaies) constituaient à eux seuls 81,4% des diagnostics retenus. Le recours au spécialiste était nécessaire dans 19,2% des cas. 83,8% des praticiens étaient satisfaits par leur FMI, seuls 20,9% considéraient qu'une FMC apporterait une aide dans leur pratique quotidienne.

La part des ACM dans l'activité quotidienne du médecin militaire d'unité est très inférieure à celle observée chez les généralistes civils. Il semble exister une spécificité militaire : la pathologie infectieuse est dominante. La pathologie inflammatoire est sous représentée. La pathologie tumorale est rare.

Le recours au spécialiste est identique au milieu civil (même proportions et motifs).

La FMI du médecin militaire est considérée comme adaptée à la pratique quotidienne. Le faible effectif des praticiens ayant suivi une FMC en dermatologie (34,5%) semble correspondre à un choix délibéré car seulement un praticien sur cinq estime que ce type d'enseignement constitue un aide au quotidien.

Les besoins de formation en dermatologie exprimés par les médecins militaires d'unité sont peu importants. La FMI est jugée suffisante. L'intérêt d'une FMC n'est pas encore bien perçu par la majorité des praticiens.

TITRE EN ANGLAIS

The dermatological disorders in military medicine.
Interest of training adapted to the military general practitioners.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2009

MOTS CLEFS : dermatologie, médecine militaire, formation médicale

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex