



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement
Le 1^{er} mars 2024 à Poitiers
Par Madame Da-Hee PITAUD

**Formation à la dermoscopie en médecine générale :
ressenti du médecin et impact sur la prise en charge des lésions cutanées**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Michel Goujon

Membres : Madame le Docteur Marie Masson Regnault, MCU-PH
Monsieur le Docteur Rodolphe Riviere, CCA

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Valérie Auzerie, dermatologue
Monsieur le Docteur Marc Besnier, CCA



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Asseseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Asseseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Asseseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Asseseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Asseseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Asseseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Asseseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Asseseur 1^e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAugUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Asseseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023) – **renouvellement 3 ans demandé – en cours d’instruction**
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d’adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)

- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

Au Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Michel Goujon, je vous exprime ma gratitude pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Madame le Docteur Marie Masson Regnault, je te remercie d'avoir accepté de participer en tant que membre du jury pour cette thèse. Merci pour ton implication dans la formation des internes et pour la belle motivation en dermatologie que tu m'as transmise. Merci pour ta bienveillance et de nous partager ta passion de la dermatologie. Tu es un véritable moteur pour nous et une source d'inspiration. J'espère arriver à ta cheville un jour !

Monsieur le Docteur Rodolphe Riviere, je te remercie d'avoir accepté de participer en tant que membre du jury de cette thèse. Merci pour les connaissances que tu nous partages, pour ta patience lors des chirurgies et ta séniorisation. Tu nous apprends l'humilité et également la patience, si importants dans notre métier.

À ma directrice de thèse, Madame le Docteur Valérie Auzerie, je vous remercie sincèrement de m'avoir fait l'honneur d'être ma directrice de thèse. Merci d'avoir encadré ce travail et de m'avoir accompagné dans cette aventure. Merci de m'avoir initiée à la dermatologie et à la dermatoscopie. Vous m'avez tant appris ! Vous avez mon plus profond respect.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Marc Besnier, je t'adresse mes remerciements pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci d'avoir encadré ce travail de longue haleine et de m'avoir partagé ton expérience. Je te suis reconnaissante pour tout ce que tu fais pour les internes en médecine générale.

Aux médecins rencontrés durant mes études, qui m'ont inspirée, je vous remercie.

Tout particulièrement :

Au Docteur Ewa Hainaut, cheffe de service de Dermatologie, je vous suis reconnaissante de m'avoir initiée à la dermatologie dès ma 3^{ème} année de médecine. Vous m'avez enseigné la bienveillance, l'écoute, l'empathie et transmis la curiosité et l'amour de la dermatologie dès le début des études de médecine.

Au Professeur Pascal Parthenay, merci de m'avoir initiée au codage. Je vous suis reconnaissante pour votre bienveillance, votre enseignement et votre patience.

Au Docteur Quitterie Garnaud, merci de m'avoir donné goût à la médecine générale en 5^{ème} année.

À mes Maîtres de Stage Universitaire, Louis-Adrien Delarue, Adrien Viltet, Marion Glavier, François Jouaron, je vous adresse mes remerciements pour m'avoir enseigné des aspects que l'on ne trouve pas dans les livres, pour votre compagnonnage et votre expertise en tant que médecins généralistes.

Au Docteur Cindy Barbarin, merci de m'avoir enseigné tant de choses sur la dermatologie et en hospitalisation. Tu m'as transmis le goût de la perfection, le maintien systématique des dossiers, la bienveillance et bien d'autres compétences. Tu es une source d'inspiration et j'espère un jour atteindre ton niveau d'excellence.

Au Docteur Floriane Olivier, je te remercie d'être ma tutrice, de m'avoir encouragée pendant mes longues années d'internat. Merci d'avoir été une oreille et des yeux pour cette thèse et de toujours mettre en avant le positif. Je te remercie pour ton amitié.

À tout le personnel paramédical et administratif avec qui j'ai travaillé pendant mon internat, merci pour votre soutien et votre écoute.

A ma famille,

À mes parents, qui ont tant sacrifié pour moi, qui ont toujours été derrière moi, croyant en mes rêves et me poussant vers là où je dois être. Sans vous, je ne serais sûrement pas arrivée ici. Je vous aime et vous avez toute mon admiration.

À ma sœur jumelle, tu m'as donné l'envie de devenir médecin, je te remercie pour ton soutien. Merci d'être ma sœur jumelle et d'être toujours là.

À mon mari, merci pour ton amour inconditionnel, ton soutien depuis 10 ans. Bien des épreuves surmontées depuis ce fameux Petit Gala de Saint-Cyr !

À ma belle-famille, merci de m'avoir toujours accueillie telle que je suis dans votre famille.

À mes amis,

À Alice de Vautibault, merci de m'avoir accompagnée durant toutes ces années de médecine, nos nombreuses heures de révisions passées ensemble, d'être plus qu'une amie : mon témoin de mariage et la parraine de mon fils ! Merci pour ces 10 dernières années et pour ton soutien.

À Daniella Rivierre, merci pour ta fidélité depuis nos années de lycée. Nous avons rêvé de devenir médecins ensemble et nous y sommes arrivées. Bientôt ton tour pour la thèse !

À tous mes autres amis, je vous remercie pour vos amitiés fidèles et précieuses !

À mes co-internes,

de Pédiatrie : Émilie, Julie, Esther, Jeanne, merci de votre soutien et de la cohésion d'équipe.
de Dermatologie : Alban, Colombe, Benoît, Damien, Floriane, Hortense, Dr Lola, Dr Manon, Marine, merci de m'avoir supportée durant le stage et de m'avoir encouragée.

Enfin, à toi, mon fils Amaury, je te remercie de me donner cette force de Maman que je n'aurais jamais soupçonnée en moi. Chaque jour, je deviens plus forte par ta présence. Merci pour cet amour inconditionnel que tu nous donnes. Tu m'as forgée pour dormir le moins possible et tu m'as endurcie. Merci de m'avoir permis d'aller encore plus loin par ta présence. Mais j'espère que tu feras bientôt tes nuits. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	8
TABLE DES ILLUSTRATIONS	9
PRÉFACE	10
INTRODUCTION	11
1. Contexte épidémiologique	11
2. Généralités sur la dermoscopie	12
3. Dermatoscopie en médecine générale	13
4. Formations à la dermoscopie	14
6. Objectifs de l'étude.....	17
MATÉRIEL ET MÉTHODES	18
1. Description de l'étude.....	18
2. Population de l'étude	18
3. Mode de recrutement	18
4. Recueil des données.....	18
5. Élaboration des entretiens.....	18
6. Réalisation des entretiens	19
7. Analyse des données.....	19
8. Aspects éthiques et règlementaires.....	19
RÉSULTATS	20
1. Identification des participants.....	20
2. Caractéristiques des entretiens.....	21
3. Analyse thématique	21
3.1 La formation	22
3.2 Le matériel.....	26
3.3 La dermatologie en Médecine Générale.....	31
3.4 La cotation en dermoscopie.....	40
3.5 Les avantages et inconvénients	42
DISCUSSION	45
1. Principaux résultats.....	45
2. Résultats secondaires	46
3. Forces et faiblesses	47
4. Perspectives	48
CONCLUSION	50
ANNEXES	51
BIBLIOGRAPHIE	56
RÉSUMÉ	61
SERMENT	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de protection des personnes

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

Dr : Docteur

DU : Diplôme d'Université

FMC : Formation Médicale Continue

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

MSU : Maître de Stage Universitaire

SCM : Société Civile de Moyens

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Carte 1 – Densité sur 100 000 habitants – Dermatologie et vénéréologie (4)	11
Figure 1 – Principe dermatoscope à lumière polarisée (16)	12
Figure 2 – Arbre décisionnel. Détermination en trois étapes du caractère mélanocytaire d'une lésion pigmentée.....	16
Figure 3 – Algorithme traduit de « Chaos and clues » (44)	16
Figure 4 – Diagramme des flux de la population de l'étude	20
Figure 5 – Analyse par arborescence des catégories (analyse axiale).....	21
Annexe 1 – Questionnaire pour les entretiens	51
Annexe 2 – Caractéristiques des médecins interviewés	52
Annexe 3 – Algorithme page 1	53
Annexe 4 – Algorithme page 2	53
Annexe 5 – Algorithme page 3	54
Annexe 6 – Exemple de formulaire pour avis de téléexpertise au CHU de Poitiers	55

PRÉFACE

Quel médecin généraliste n'a jamais été confronté à une lésion cutanée suscitant des incertitudes quant au diagnostic, sans possibilité de rassurer pleinement le patient ? Nous sommes fréquemment amenés à solliciter l'avis de nos collègues dermatologues en vue d'obtenir des éclaircissements sur la marche à suivre. Au quotidien, les cabinets accueillent des consultations fréquemment étiquetées "dermatologie". La dermatologie se présente comme une véritable boîte de Pandore, un domaine où un simple "bouton" peut aussi bien être anodin que préoccupant.

La dermatologie a toujours suscité chez moi un intérêt particulier. Ayant effectué un stage en dermatologie au CHU de Poitiers durant mon externat, puis me formant régulièrement à la dermatologie de ville auprès du Docteur Auzerie (dermatologue à la clinique Saint Joseph à Angoulême), j'ai pu nourrir ma passion et développer des compétences dans ce domaine. Au cours de mes stages, j'ai également constaté qu'un nombre considérable d'avis et de consultations auraient pu être gérés en médecine générale. Parfois, un simple "coup d'œil" avec un dermatoscope aurait suffi à rassurer à la fois le patient et le praticien. Ceci souligne l'intérêt de la téléexpertise dans cette spécialité.

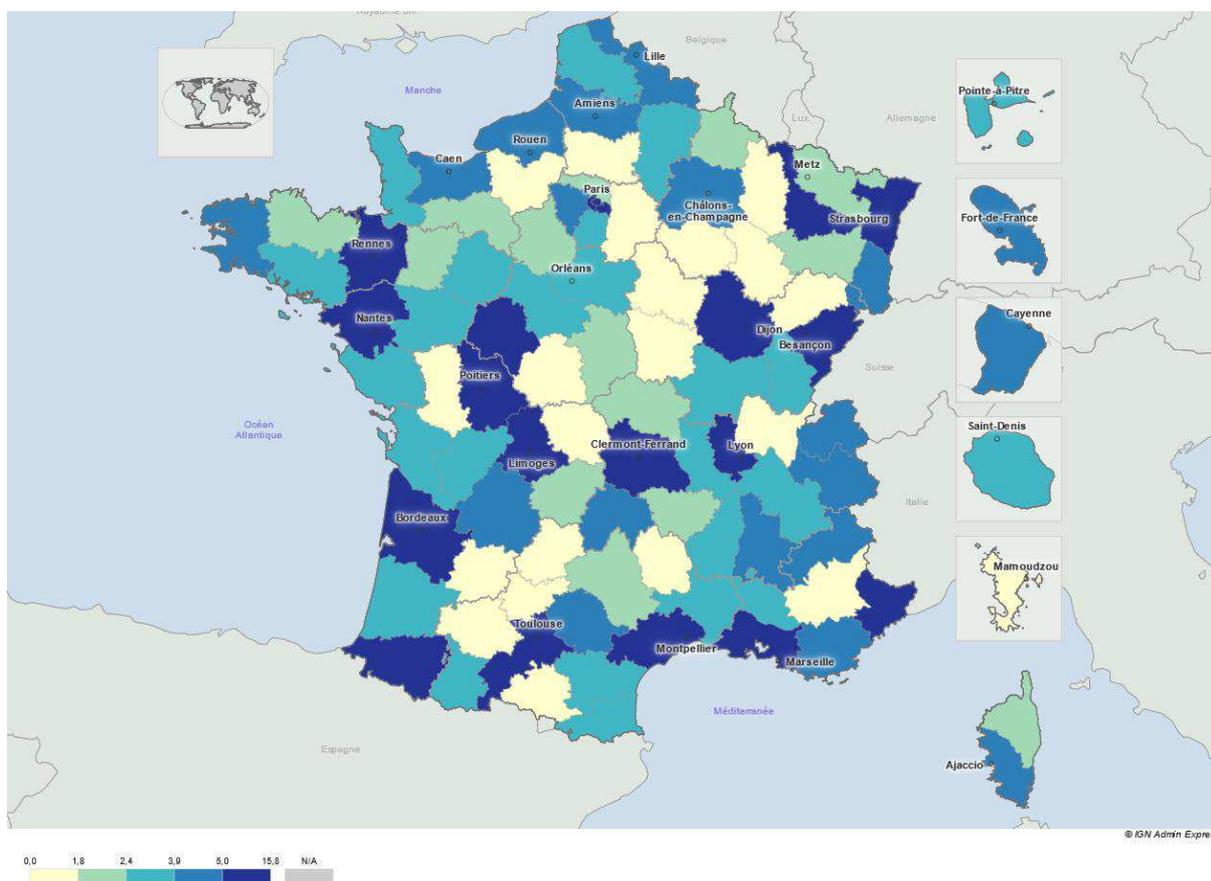
Lors de mon stage en médecine générale, il m'est souvent arrivé de penser : *"Quel dommage qu'il n'y ait pas de dermatoscope dans le cabinet et que nous ne soyons pas plus formés à la dermatologie !"*. Malheureusement, peu de médecins généralistes bénéficient d'une formation approfondie sur l'usage de cet outil, probablement en raison du manque d'opportunités ou de contraintes de temps.

J'ai eu pour ma part, l'opportunité de participer à une formation sur la dermatoscopie en octobre 2022, organisée par le cabinet de médecins généralistes dans lequel je réalisais mon stage de niveau 1 en médecine générale. Cette expérience m'a permis d'observer la manière dont les médecins étaient formés et les questions qui se posaient face à la pratique de la dermatoscopie en médecine générale. C'est ainsi que j'ai décidé de consacrer ma thèse à l'étude de l'impact d'une formation à la dermoscopie chez les médecins généralistes.

INTRODUCTION

1. Contexte épidémiologique

En 2022, en France, on comptabilisait 3 752 dermatologues (1). La densité moyenne nationale était de 5,9 dermatologues pour 100 000 habitants et cette densité était, dans la région Poitou-Charentes, de 4,1 dermatologues pour 100 000 habitants (2). En 2023, cette densité a encore plus baissé. On comptabilisait moins de 3 000 dermatologues (3), ce qui réduit la densité à 3,4 dermatologues pour 100 000 habitants (4). Cette diminution devrait s'accroître puisqu'on prévoit une baisse de 10% de dermatologues d'ici 2030 (2). Dans un article du Parisien, des dermatologues étaient même qualifiés comme une « espèce en voie de disparition » (3).



Carte 1 – Densité sur 100 000 habitants – Dermatologie et vénéréologie (4)

La dermatologie représente entre 4 à 6% des motifs de consultation en médecine générale (5,6). Elle fait partie intégrante de la médecine générale et nous sommes en première ligne face aux pathologies dermatologiques (7). L'accès difficile aux spécialistes, qui peut entraîner des délais d'attente pour les consultations, renforce l'importance du rôle du médecin généraliste, en tant qu'acteur incontournable dans la prévention primaire et secondaire des cancers cutanés (8).

En effet, le nombre de nouveaux cas de cancers de la peau a triplé entre 1990 et 2023. Les mélanomes cutanés représentent à eux seuls 10% des cancers de la peau, avec 17 922 nouveaux cas de mélanome estimés en 2023 en France métropolitaine (9). C'est l'un des

cancers dont l'incidence, tout comme la mortalité, a significativement augmenté depuis 40 ans, avec 1 980 décès en 2018 (9). Face à une augmentation du nombre de cas de cancers cutanés et à une diminution du nombre de dermatologues, la collaboration entre les médecins généralistes et les dermatologues devient encore plus importante.

Spécialité visuelle, la dermatologie s'associe à la « télédermatologie », considérée comme une nouvelle pratique (10). Dans les demandes de télédermatologie, une photo cutanée macroscopique ainsi qu'une photo dermoscopique peuvent être envoyées (11). Ainsi, la téléexpertise se révèle être un outil précieux dans ce processus, offrant la possibilité aux médecins généralistes de solliciter l'avis à distance des dermatologues.

2. Généralités sur la dermoscopie

La dermoscopie, également appelée dermatoscopie, est une technique d'examen permettant d'étudier de manière plus précise les lésions de la peau (12).

Le dermatoscope, ou dermoscope, est un outil apparu en 1989, transformant la pratique de l'examen cutané (13). Il offre la possibilité de visualiser *in vivo* les structures cutanées épidermiques, dermo-épidermiques et dermiques avec un fort grossissement, révélant des parties de la peau normalement invisibles à l'œil nu, en profondeur (14).

Cet appareil est composé de (15) :

- une lentille offrant un grossissement allant jusqu'à 10 fois, voire plus ;
- un éclairage LED ;
- une lumière polarisée ou non.

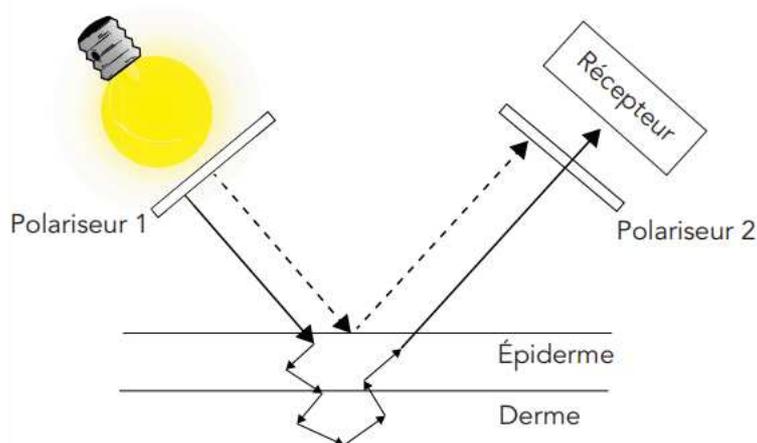


Figure 1 – Principe dermatoscope à lumière polarisée (16)

L'œil nu ne permet d'observer que la couche la plus superficielle de l'épiderme, car le reflet de la lumière du jour sur la peau empêche de voir les couches plus profondes de la peau. Ainsi, il est recommandé d'appliquer un liquide (tel que de la solution hydroalcoolique ou du gel à échographie) sur la lentille pour réduire la réflexion et la dispersion de la lumière et augmenter la transparence de l'épiderme (12,17).

Il existe plusieurs types de dermoscope, dont ceux avec un système par immersion nécessitant une surface liquide (eau, huile, gel, alcool), d'autres utilisant une lumière polarisée (qui bloque la lumière réfléchie), ainsi que des modèles hybrides (18).

La dermatoscopie est validée pour l'exploration des lésions pigmentées notamment, mais également pour aider au diagnostic de diverses maladies de la peau, inflammatoires (19) et infectieuses, ainsi que des pathologies du cuir chevelu (20–22), des ongles (23) et des muqueuses (24).

Le dermoscope peut être équipé d'un adaptateur pour appareil photo ou être connecté à un ordinateur, permettant l'enregistrement d'images dermoscopiques dans le dossier du patient ou la constitution d'une iconographie (18).

Cet outil a une valeur qui peut varier de 300 et 4 000 euros. Il permet d'améliorer la sensibilité et la spécificité diagnostiques.

3. Dermatoscopie en médecine générale

La dermatoscopie (ou dermoscopie) fait partie du quotidien des dermatologues (25). C'est un atout dans le quotidien des dermatologues, mais qui pourrait l'être aussi pour les médecins généralistes (26). Dans plusieurs pays comme l'Australie, la Grande-Bretagne, le Canada ou l'Italie, la dermatoscopie fait partie de la pratique quotidienne en médecine générale (27). Dans l'exemple de l'Angleterre, la dermatoscopie est utilisée régulièrement en prévention primaire (28). Elle permet également d'augmenter la confiance des médecins de familles à détecter les lésions cancéreuses. Au Canada, cette technique permet de réduire le nombre de biopsies de lésions bénignes et les demandes de consultation en dermatologie (29). Pourtant, une minorité de médecins généralistes utilisent la dermoscopie en France. Elle n'est généralement utilisée que pour l'évaluation des lésions cutanées pigmentées et non de manière systématique (30).

Peu de médecins généralistes ont une formation initiale à la dermatologie (31) et encore moins possèdent un dermoscope (32). Pour exemple, selon une étude en région PACA, seuls 6.4% des médecins généralistes interrogés auraient un dermoscope et 73.9% d'entre eux en auraient une utilisation hebdomadaire minimum (32).

4. Formations à la dermatoscopie

Au cours de leur internat, les étudiants inscrits au Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale ont très peu d'opportunités de pratiquer la dermatoscopie. A ce jour, la formation à l'utilisation de cet outil ne fait pas partie des formations universitaires obligatoires pour la validation du DES au niveau national (33). Il en ressort un sentiment de formation initiale insuffisante pour l'utilisation en pratique courante d'un dermatoscope et, par conséquent, un besoin de formation complémentaire (7).

Un Diplôme d'Université (DU) intitulé « *Dermoscopie optique et digitale* » a été créé par l'Université Claude Bernard Lyon 1 en 2007. Il reste exclusivement réservé aux étudiants inscrits au DES de Dermatologie et Vénérologie (34). Afin de répondre aux besoins, le Professeur Dalle et le Professeur Thomas proposent un DU « *Dépistage du mélanome, de cancers de la peau en médecine générale et médecine du travail* » (35) ouvert à d'autres DES (DES médecine du travail ou médecine générale). Ce dernier pourrait contribuer à combler le manque de formation initiale spécifiquement adapté à la prise en charge en soins premiers. Cependant, ce DU d'une année se tient à Lyon, est limité à un effectif maximum de 20 personnes et implique des frais d'inscription de 1 100 euros, ce qui peut poser des défis d'accessibilité pour certains.

En ce qui concerne les formations en présentiel, plusieurs options sont disponibles, par exemple :

- dans le cadre du DPC, la formation intitulée « *La dermatoscopie dans le dépistage des cancers cutanés en médecine générale* » (36) offre une approche pratique.
- des sessions régionales sur la dermatoscopie en médecine générale sont également organisées, par exemple, dans la région des Pays de la Loire (37).

Des formations en ligne sont disponibles, telles que des séminaires visant à améliorer le dépistage des cancers cutanés grâce à la dermatoscopie (38), ainsi que des formations en e-learning dédiées à la dermatoscopie pour les médecins généralistes (39). Dans le cadre du développement personnel continu (DPC), certaines formations peuvent être remboursées.

Par ailleurs, une formation dermoscopique a également été proposée lors du 16^{ème} Congrès de la Médecine Générale France 2023¹, définissant le dermoscope comme « un outil précieux aussi pour le médecin généraliste » (40).

Ces diverses options de formation offrent aux professionnels de santé l'opportunité d'acquérir des compétences en dermatoscopie, que ce soit en présentiel ou en ligne. Bien qu'il existe plusieurs types de formations à la dermatoscopie, une fois le DES de médecine générale validé et une fois l'installation faite, il existe possiblement d'autres freins à la formation. Il est nécessaire de rechercher une formation adéquate puis de trouver le temps et le budget nécessaires pour y participer.

¹ Organisé par le Collège de Médecine Générale ayant lieu à Paris

L'importance de la formation des médecins généralistes dans le domaine de la dermoscopie constitue le socle fondamental de cette thèse. La nécessité de promouvoir cette formation découle de l'étude nationale française de 2015 sur la dermoscopie en médecine générale (41) qui a souligné la nécessité d'une formation adéquate, identifiant ainsi le manque de formation comme le principal obstacle à une adoption plus étendue de cette pratique.

Dans cette perspective, il est important de confirmer qu'une formation permettra ensuite l'intégration de cet outil dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. À ce jour, une étude approfondie sur la formation des généralistes à la dermoscopie sur une période de 18 mois a pu montrer qu'à 10 mois de la formation, 60% des médecins participant à cette étude utilisaient la dermoscopie plusieurs fois par semaine (42). Ces résultats suggèrent une implantation de cet outil chez la plupart des généralistes formés même plusieurs mois après la formation initiale, démontrant ainsi son impact.

5. Contenu de la formation de MG Form sur la dermoscopie

Plusieurs organismes de FMC, très accessibles, proposent des formations à la dermoscopie dont le but de simplifier l'utilisation de cet outil.

Dans cette thèse, nous avons évalué l'impact d'une de ces formations organisées par MG Form². Lors de la formation, les grands principes de la dermoscopie ont été présentés. La sémiologie dermoscopique a été décrite : analyse de la distribution et de l'architecture (les patrons) de la mélanine dans l'épiderme et le derme et analyse de la disposition et de l'aspect des vaisseaux capillaires (17,43). Le diagnostic dermoscopique de la gale a également été mis en avant par la présentation d'images dermoscopiques typiques.

Un algorithme simplifié d'analyse des lésions pigmentées en 3 étapes a été présenté (**Figure 2**). Cet algorithme se divise en trois étapes (29) :

- 1ère étape : analyse de la lésion en mélanocytaire ou non mélanocytaire ;
- 2ème étape : recherche des pathologies non mélanocytaires en fonction de la structure différentielle, telles qu'un naevus bleu, un histiocytofibrome, une kératose séborrhéique, un angiome, un carcinome basocellulaire ;
- 3ème étape : à utiliser lorsque aucune structure mentionnée dans les étapes 1 et 2 n'est visible sur une lésion pigmentée ou non pigmentée. Il est alors possible de suspecter une tumeur cutanée maligne, en particulier un mélanome.

² MG Form est un organisme de formation spécialisé dans le domaine médical.

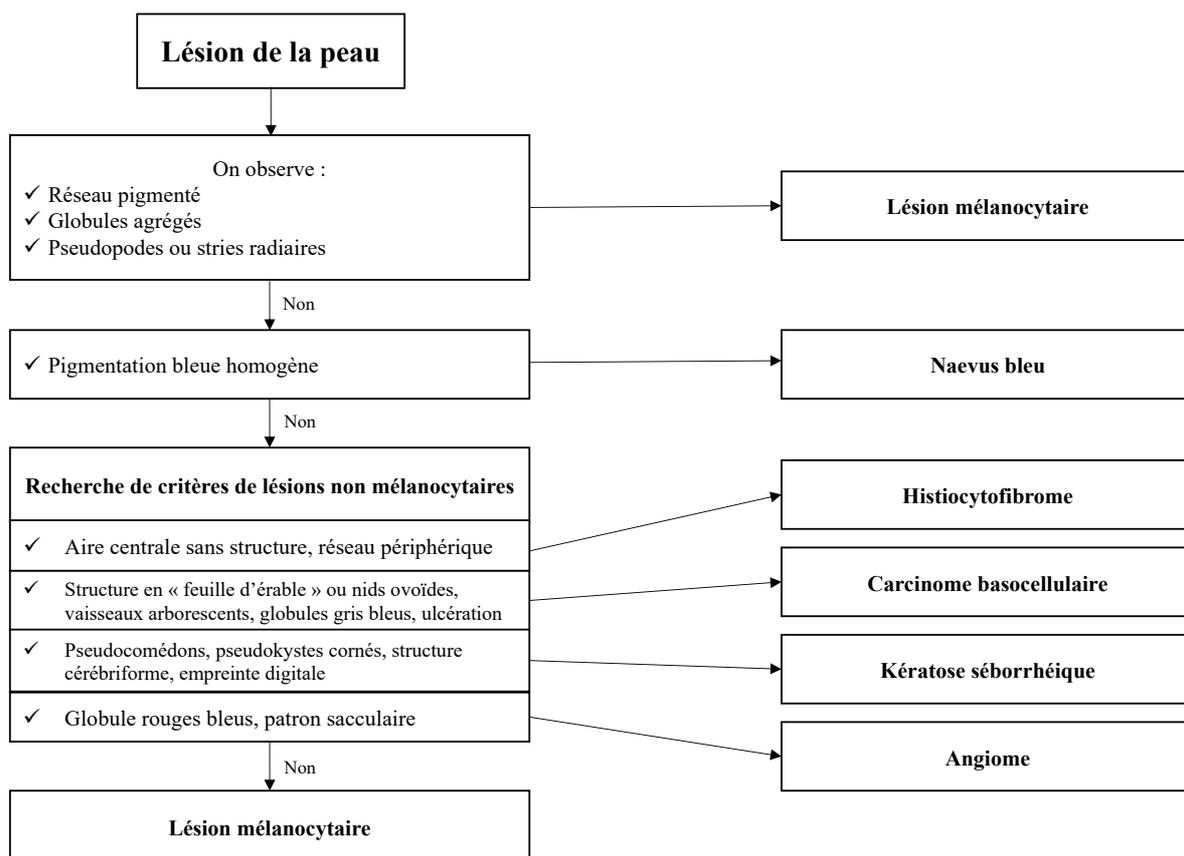


Figure 2 – Arbre décisionnel. Détermination en trois étapes du caractère mélanocytaire d'une lésion pigmentée

L'oratrice a ensuite présenté la méthode "chaos and clues" soit chaos et indice (44), permettant d'aider au diagnostic du mélanome en médecine générale devant une lésion mélanocytaire :

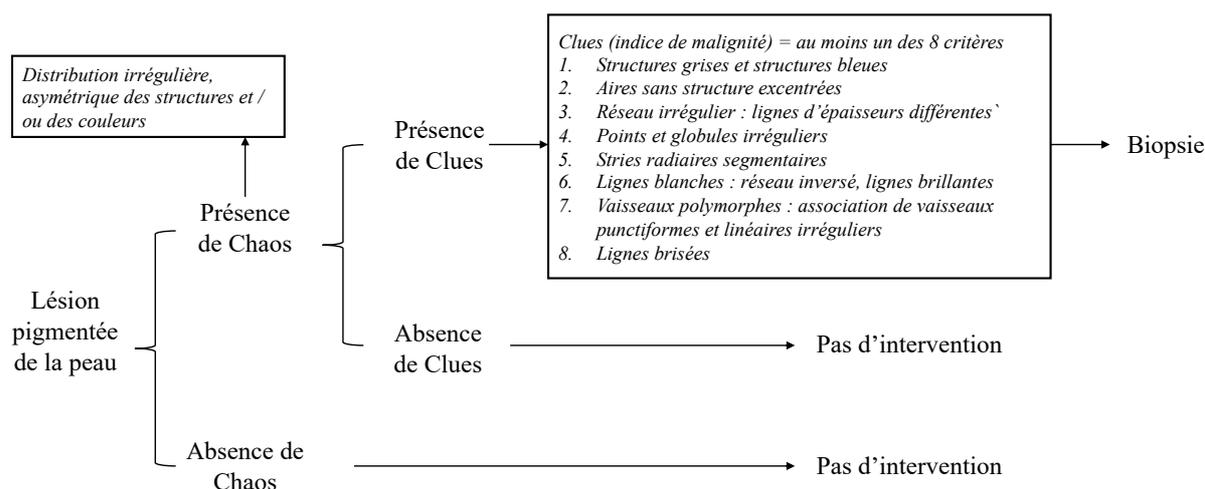


Figure 3 – Algorithme traduit de « Chaos and clues » (44)

Après un cours théorique, plusieurs cas cliniques ont été discutés en petits groupes d'une dizaine de médecins afin de favoriser l'interaction et la participation, avec une mise en pratique de l'algorithme.

6. Objectifs de l'étude

Il est admis qu'une formation, même d'une journée, peut améliorer la précision diagnostique en dermoscopie des médecins généralistes ainsi que leur stratégie thérapeutique (45).

En Octobre 2022, une formation sur la dermoscopie a été organisée en présentiel par MG Form³ avec le Docteur Valérie Auzerie, Dermatologue et Vénérologue, pour 28 médecins généralistes et trois internes. Cette formation à la dermoscopie en Charente était une première et a suscité l'intérêt de nombreux médecins généralistes même issus d'autres départements.

Nous nous sommes interrogés sur la manière dont cette formation pourrait influencer la pratique des médecins généralistes et modifier leurs méthodes de prise en charge des lésions cutanées.

Afin de répondre à cette question, nous avons mené une étude qualitative dont l'objectif principal était d'évaluer le ressenti du médecin et l'impact d'une formation à la dermoscopie sur la prise en charge des lésions cutanées par les médecins généralistes. Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'analyser les avantages et les freins à l'utilisation du dermoscope.

³ MG Form est un organisme de formation spécialisé dans le domaine médical. Ses formations sont orientées principalement vers les professionnels de santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative menée entre Mars et Juillet 2023 par entretiens semi-dirigés basée sur la théorisation thématique⁴ qui visait à évaluer la pratique des médecins généralistes après leur formation à la dermatoscopie niveau 1, face aux lésions cutanées.

2. Population de l'étude

La population de l'étude était des médecins généralistes thésés ayant participé à la formation initiale d'Octobre 2022. Étaient exclus les médecins généralistes non thésés et les étudiants inscrits au DES de médecine générale. Il n'était pas nécessaire de posséder un dermatoscope pour pouvoir faire partie de l'étude.

3. Mode de recrutement

Les médecins ayant participé à la formation de dermoscopie MG Form en Octobre 2022 ont été contactés par mail. Leurs noms et adresses ont été obtenus dans les mails de la formation. Une série d'e-mails a été envoyée en Février 2023 pour solliciter leur participation à l'étude. Ces e-mails proposaient un entretien semi-dirigé, pouvant se dérouler en présentiel ou par téléphone, accompagné d'un paragraphe explicatif sur les objectifs de cette recherche. Les réponses étaient principalement recueillies par voie électronique.

4. Recueil des données

Le recueil des données était fait au cours d'un entretien personnalisé. Suite à la réception du mail, un premier entretien permettait d'informer les médecins sur le type de méthode : entretien avec respect de l'anonymat et question de la recherche. Un rendez-vous était alors fixé selon la disponibilité des médecins à l'horaire souhaité par téléphone ou dans leur cabinet. Le recrutement s'est fait de Mars à Juillet 2023 et s'est arrêté lorsque la saturation théorique des données au fil des entretiens a été obtenue.

5. Élaboration des entretiens

Une première version avec des questions pour entretien semi-dirigé a été réalisée en collaboration avec un dermatologue (Docteur Auzerie) et un médecin généraliste (Docteur Parthenay).

Elle a été préalablement testée auprès d'un médecin en Février 2023 puis réadaptée afin de perfectionner le guide et d'expérimenter une approche d'analyse ouverte.

Il s'agissait de questions ouvertes organisées autour de cinq axes principaux :

- évaluation de la formation à la dermoscopie MG Form d'Octobre 2022 ;
- expérience de formation antérieure à la dermatoscopie ;
- acquisition d'un dermatoscope et modification de la pratique après la formation ;

⁴ Méthode d'analyse analyse phénoméno-pragmatique dans les études qualitatives

- freins à l'utilisation d'un dermatoscope malgré la formation ;
- propositions et préférences concernant les formats de formation continue.

6. Réalisation des entretiens

Les entretiens individuels se sont déroulés entre Mars à Juillet 2023 avec l'utilisation du questionnaire (voir **Annexe 1**). Tous les échanges ont été enregistrés au moyen d'un téléphone, suite à l'obtention du consentement des médecins interrogés. Chaque entretien réalisé a été retranscrit manuellement, par la même personne, sous forme de verbatims ⁵. Aucun retour des transcriptions vers les médecins interviewés n'a été effectué. Les verbatims ne sont pas inclus en annexe de la thèse, mais peuvent être mis à disposition sur demande.

7. Analyse des données

Concernant la méthodologie des études qualitatives, le livre "*Initiation à la recherche qualitative : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*" a été consulté, ainsi que quelques vidéos (46) et des sites sur la méthodologie (47).

L'analyse des entretiens a été effectuée après le processus de codage, qui s'est déroulé à la fin de la collecte des données. Une triangulation des données a été réalisée en collaboration avec les Docteurs Parthenay et Auzerie. Les analyses obtenues ont ensuite été comparées et regroupées. Des citations, accompagnées du numéro d'identification du médecin correspondant, ont été utilisées en exemple pour illustrer les résultats. Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel « ATLAS.ti » (48).

8. Aspects éthiques et réglementaires

Tous les participants ont donné leur consentement pour participer à l'étude, après avoir été informés verbalement de l'enregistrement des entretiens et de la retranscription anonymisée. La confidentialité est garantie par l'anonymisation des participants, réalisée sous forme de numéros. L'étude n'a pas nécessité d'autorisation du CPP ni de la CNIL, s'agissant d'une étude sur les pratiques professionnelles.

⁵ Le verbatim d'étude est un recueil des propos tenus par les individus observés principalement lors d'une étude qualitative mais il peut également provenir des questions ouvertes lors d'une étude quantitative.

RÉSULTATS

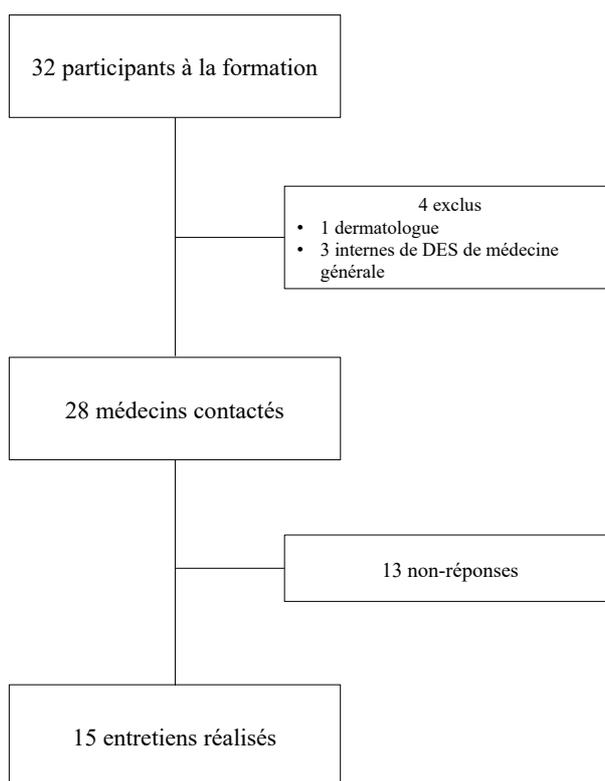
1. Identification des participants

Trente-deux personnes ont participé à la formation MG Form incluant un dermatologue, 28 médecins généralistes et trois internes du DES de médecine générale.

Vingt-huit médecins répondaient aux critères d'inclusion. Parmi eux, 15 médecins ont accepté de participer à notre étude soit un taux de participation de 53,5%.

Ainsi, 15 participants ont été interrogés, comprenant neuf femmes (60%) et six hommes (40%). Parmi les participants, 12 (80%) étaient des médecins de la région de Charente, deux (13,3%) de la Vienne et un (6,6%) exerçait en Nouvelle-Calédonie. Quatorze médecins avaient une pratique libérale, tandis qu'un médecin était salarié au sein d'une maison de santé. Leur expérience en médecine générale variait entre 3 et 21 ans avec une moyenne de 13,6 ans. Sept d'entre eux étaient maîtres de stage universitaire.

Un tableau résumant les caractéristiques des participants à l'étude est présent en **Annexe 2** de cette thèse.



***Figure 4** – Diagramme des flux de la population de l'étude*

2. Caractéristiques des entretiens

Un numéro d'identification (de M1 à M15) a été attribué à chaque médecin participant à la thèse, selon l'ordre chronologique des entretiens. Il y a eu 12 entretiens individuels et un entretien en « focus-group » composé de trois praticiens (M6-M7-M8), tous issus de la même maison de santé.

Sur les 12 entretiens individuels, six ont été réalisés en présentiel et neuf ont été effectués par téléphone. Concernant les entretiens en présentiel, cinq ont eu lieu au cabinet des médecins généralistes concernés et un s'est déroulé au domicile du médecin (M12).

La durée de chaque entretien était d'environ 15 minutes, à l'exception de celui du focus-group qui a duré environ une demi-heure.

3. Analyse thématique

L'analyse a permis de dégager cinq grands thèmes sur l'utilisation de la dermatoscopie en médecine générale par les médecins généralistes après leur formation (**Figure 3**) :

- la formation ;
- le matériel ;
- la dermatologie en médecine générale ;
- la cotation ;
- les avantages et inconvénients.

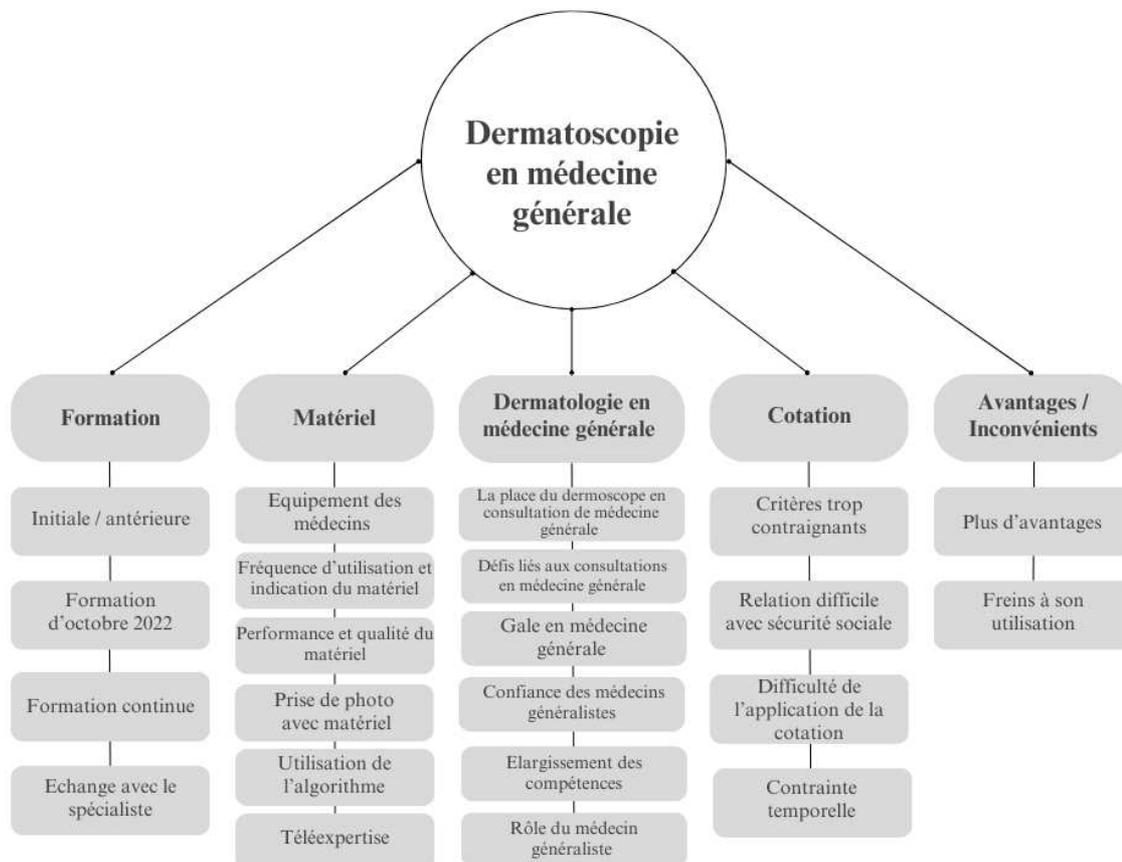


Figure 5 – Analyse par arborescence des catégories (analyse axiale)

Au total, cinq arbres thématiques ont été construits pour représenter ces catégories. Les résultats de l'analyse sont illustrés par des citations extraites des verbatims, sélectionnées pour leur représentativité ou leur pertinence.

3.1 La formation

3.1.1 Formation initiale et antérieure

- **Manque de formation à la dermatologie**

La plupart des médecins interrogés n'avaient pas de formation préalable à la dermatologie, encore moins à la dermatoscopie.

En effet, ceux qui étaient formés à la dermatologie se référaient principalement à la formation initiale durant leurs années d'externat.

M2 : « A part le collège de dermatologie, je n'avais pas de formation. En plus je ne suis jamais passée en dermatologie de mes études. »

M6 : « On n'a tellement pas appris pendant notre formation initiale, qu'en fait, c'est tout un tas de données... »

M12 : « Non j'étais passée en stage, mais pas de formation. Je suis passée en tant qu'externe. »

M14 : « Non, je n'étais passé que quand j'étais externe. J'avais déjà trouvé ça hyper intéressant et ça m'a toujours servi dans ma pratique quotidienne. Et pour en avoir discuté avec des internes ou d'autres collègues, c'est vrai que, j'avais un peu plus de notion, je me sentais un peu plus à l'aise que ceux qui n'avaient pas pu passer en dermatologie en tant qu'externe. »

M15 : « J'étais passée en dermatologie, en tant qu'externe, en D4. Mais à l'époque, j'étais bien loin de m'intéresser à la dermatoscopie. Mais je n'ai pas d'autres formations. Ce sont des mini spécialisations de médecine générale et c'est vrai qu'on ne nous forme pas du tout à la fac. »

Seul un médecin sur 15 (M14) avait déjà eu une formation à la dermatoscopie avant la formation.

M14 : « J'avais fait une formation en ligne : j'avais regardé de moi-même de l'iconographie. Et j'avais fait une formation sur une journée [...] pour la dermatoscopie, mais elle était moins bien ! »

Les autres médecins rapportaient qu'ils n'avaient pas eu de formation à la dermatoscopie, parfois devant le manque d'offre.

M1 : « J'avais déjà des prérequis car je m'étais déjà formée sur des journées au cabinet avec la dermatologue. »

M5 : « Non, je trouve qu'il n'y a pas beaucoup d'offre là-dessus. »

M9 : « J'ai découvert la dermatoscopie car je n'avais jamais pratiqué avant. [...] Mais on ne connaît pas du tout la dermatoscopie durant la formation de médecine générale. On connaît l'otoscope mais pas le dermatoscope. »

M10 : « Non c'était ma première à la dermatoscopie. »

3.1.2 Appréciation globale de la formation à la dermatoscopie en octobre 2022

Tous les médecins interrogés ont trouvé la formation intéressante. Plusieurs adjectifs sont ressortis pour décrire la formation.

- **Formation positive**

Les médecins trouvaient que la formation était complète et enrichissante.

M1 : « Bonne formation complète et enrichissante. »

M9 : « Moi je l'ai trouvé très instructive. »

M11 : « Elle a été très bien menée, j'ai trouvé très intéressante cette formation. Elle est très très complète. »

Elle était également décrite comme intéressante pour son contenu et l'algorithme (Annexes 3 et 4).

M9 : « J'ai trouvé très intéressant le classement des lésions mélanocytaires, non mélanocytaires. L'algorithme je l'ai trouvé très bien. »

La formation est utile et aidante pour savoir décrire les lésions macroscopiquement et dermoscopiquement.

M7 : « 10/10. Sans formation, je n'en fais rien de l'utilisation de la dermatoscopie. »

M13 : « Ce qui changerait ça va être ma capacité à analyser et à décrire une lésion typique. Vraiment dans la description. C'était en fait très complémentaire à ce que j'avais pu faire. »

M14 : « Mais la formation était une vraie aide. »

- **Formation adaptée à la médecine générale**

Les médecins insistaient sur l'importance de rester simple et concis pour que la formation reste adaptée aux médecins généralistes.

M4 : « ...synthétique, pas trop complexe quand même. »

M8 : « Complet, adapté aux médecins généralistes. »

M15 : « Elle a réussi à ne pas faire un truc de spécialiste pour des spécialistes. Elle a fait un topo pour des médecins généralistes. Elle a adapté à notre pratique : nous on ne fait pas que de la dermatologie, donc on ne voit pas ça tous les jours. Donc il y avait des grandes idées, des points sur lesquels se repérer. Son topo était vachement bien fait et c'était intéressant. »

- **Mais formation insuffisante**

Des médecins trouvaient que cette formation était insuffisante en elle-même. Ils rapportaient notamment un besoin de retour par le spécialiste pour pouvoir être rassurés dans leur pratique de la dermatoscopie.

M2 : « La journée était donc très bien mais pas suffisante : j'aurais aimé 3 jours. »

M5 : « Mais ce n'est pas suffisant, car on ne se souvient pas de tout. »

M7 : « La formation n'est pas suffisante pour qu'on soit complètement autonome avec un dermatoscope. Il faut pratiquer et il faut avoir un retour sur ce qu'on fait. »

3.1.3 Formation continue

- **Discussion sur la vision des médecins quant à la formation continue**

Concernant la formation continue, différents points ont été soulevés. Tout d'abord, les médecins estimaient qu'il était nécessaire d'avoir une formation complémentaire. Lorsqu'on leur demandait quel format de formation ils souhaitaient, ils répondaient souvent qu'ils préféreraient une formation en présentiel, similaire à celle d'Octobre. En effet, une formation en visioconférence était jugée trop passive et surtout, aucun échange n'était possible entre les praticiens.

M6 : « Pas en visio, moi je n'en peux plus. On est derrière nos ordinateurs tout le temps. Le plaisir d'échanger physiquement, il est IN-DÉ-NIABLE. »

M11 : « Alors présentiel, c'est quand même l'idéal. C'est l'idéal car on échange. Mais visio, ça reste très pratique car on reste à la maison. Et depuis le covid, depuis qu'on a mis en place ces formations, les visios, c'est quand même super confortable. Mais je pense qu'en dermatoscopie particulièrement, le présentiel c'est quand même mieux. Et même je pense que ça pourrait être intéressant de se faire en soirées formations. »

- **Importance des formations régulières pour maintenir et développer les compétences**

Des médecins interrogés demandaient spontanément une formation de niveau 2 afin d'approfondir leurs connaissances et de discuter à nouveau des cas après avoir mis en pratique la dermatoscopie dans leur cabinet.

M1 : « J'ai pu faire des formations à la dermatoscopie en visio, il en existe plein. Mais le mieux c'est en présentiel comme on a fait en octobre, avec des cas cliniques, mais un niveau 2 ça serait très bien avec des cas plus poussés. »

M9 : « J'aimerais un niveau 2 comme cette formation à la dermatoscopie. Organiser vraiment une formation en présentiel avec un niveau 2, plus avancée. Mais pas en format vidéo, vraiment présentiel. »

- **Format souhaité**

Cependant, les médecins les plus jeunes (M12 et M14) préféreraient les formations en visioconférence, car cela leur permettait de se former chez eux, le soir et durant leur temps libre, sans avoir à se soucier des déplacements et sans avoir à poser une journée entière pour assister à la formation.

M12 : « Après sinon, des formations via internet, où il faut raisonner avec des photos, une iconographie. Pour moi les visios, tu gagnes du temps, tu la fais quand tu veux, le soir, chez toi. Tu n'es pas obligée de poser ta journée etc. »

M14 : « Les visios ça me va aussi, ça permet d'être moins crevé, d'être chez soi et ne pas avoir le trajet et compagnie. En plus la dermatoscopie c'est très visuel, il faut regarder des images et des images. »

La plupart des médecins (M2, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M13), souvent plus âgés, ont clairement exprimé leur préférence pour les formations en présentiel, soulignant qu'elles offrent un environnement plus interactif. La difficulté réside dans la mise en place de la formation en prenant compte des disponibilités de chacun.

Ils ont souligné que ces formations permettent des pauses mentales nécessaires, favorisant une absorption plus efficace des informations. De plus, l'aspect interactif des formations en présentiel leur offre une expérience plus engageante et plaisante.

M2 : « Moi, je préfère toujours le présentiel, derrière l'écran j'aime moins. Mais je comprends que le présentiel soit plus compliqué à mettre en place. Donc une formation en présentiel. »

M6 : « Là on a la possibilité de faire la formation physique. Tu fais des pauses pour ton cerveau. Car c'est vachement dense la sémiologie dermoscopique. Surtout quand tu n'as jamais appris. Donc faire des pauses. »

M7 : « C'est bien aussi de prendre plaisir dans la formation. De changer un peu d'environnement. De parler avec les autres pendant la pause. De créer du lien. »

M13 : « Moi ça va être plutôt présentiel, c'est beaucoup plus impactant pour tenir les choses, d'être attentive. »

En revanche, les formations en visioconférence ont été qualifiées de « trop passives ». Les médecins ont indiqué qu'ils étaient confrontés à des difficultés pour retenir les informations transmises lors de ces sessions virtuelles. Le caractère moins engageant de ces formations en ligne a été souligné, mettant en évidence la préférence des médecins pour des approches plus dynamiques et participatives lors de leur formation à la dermatoscopie.

M4 « Après j'ai fait e-Learning après la journée de formation. C'est une formation en ligne. Je voyais des photos, il fallait que je décrive les photos. C'est passif. Avec la formation, j'ai réussi à me débrouiller à avoir quelques réponses justes. Mais c'est trop passif. Je pense qu'il faut une formation en présentiel, en mini format, de 2h, en passant sur une seule thématique. »

M6 : « Des « e-formations » il y en a 50 000. Par internet, il n'y a pas besoin de voir la spécialiste pour ça. Ça ne nous intéresse pas. Ça me donne la nausée plus qu'autre chose que de passer une journée entière devant l'ordinateur. [...] J'ai fait une formation par internet sur les perturbateurs endocriniens : je n'ai pas retenu grand-chose. »

M7 : « Je pense que c'est très limitatif par visio. »

Concernant la fréquence de ces formations continues, il y avait plusieurs réponses : une fois par an, trimestrielle... Mais le médecin M5 soulignait l'importance de pratiquer entre les FMC pour pouvoir poser des questions.

M5 : « Ça pourrait être une fois par an en présentiel et une 2/3 formations dans l'année en visio. En l'utilisant, on a plus de questions aussi. Là quand j'y suis allée, je n'avais pas de question. »

- **Formation continue concise et simple**

On notait également l'importance de rester simple et concis, en maintenant une approche généraliste plutôt que spécialiste lors de ces formations à la dermatoscopie. Les médecins généralistes ne cherchent pas à être spécialistes et donc il est important de rester concret.

Un médecin trouvait que la formation d'Octobre se suffisait à elle-même. Étant médecin généraliste, elle estimait ne pas avoir besoin de plus de formation, car elle ne cherchait pas à remplacer le spécialiste.

M10 : « Est-ce que dans le cadre de notre pratique on a vraiment besoin d'aller plus loin ? [...] à partir du moment où ça devient plus spécialisé, ce n'est plus du tout de notre compétence de généraliste. Donc une formation sur la dermatoscopie en elle-même non. [...] Un niveau II de dermatoscopie... Ce n'est pas que je ne suis pas favorable. C'est que je me demande ce que ça

apporterait dans ma pratique... Moi, je trouve qu'en tant que généraliste, c'est suffisant. Après si c'est plus spécialisé, ça ne relève plus du généraliste... »

• **Échanges avec le spécialiste**

Selon les médecins, la véritable formation continue se produit lors d'échanges avec le spécialiste concernant les avis demandés.

M6 : « On a retenu à la fin de la formation qu'il ne fallait pas hésiter à demander un avis en envoyant une photo clinique, d'aspect visuel et une photo avec le dermatoscope. Elle nous a rassuré sur le fait qu'on pouvait utiliser le dermatoscope, mais qu'elle continuerait à nous former, par ce biais-là. »

M7 : « Aussi parfois, je suis à peu près sûre que c'est bénin, mais c'est aussi parce que c'est la dermatologue qui nous a formé et qui est locale : elle ne va pas juste nous dire oui c'est bénin, non c'est malin, elle va nous donner les détails de ce qu'on voit. Ça nous apprend aussi et ça fait une formation continue. »

M14 : « Et pour moi, la vraie formation, elle est plutôt là, c'est à dire qu'il y avait l'introduction dans cette journée et la mise en pratique c'est au quotidien avec Docteur Auzerie. Quand j'envoie un avis au Docteur Auzerie, je me forme : je pense à faire une proposition diagnostique, sur les éléments de dermatoscopie, je m'efforce à chercher. Et elle, elle me dit oui ou non et c'est comme ça que j'apprends plus finalement. »

3.2 Le matériel

3.2.1 L'équipement des médecins

Durant la formation, différents modèles de dermatoscope ont été présentés aux participants pour qu'ils puissent les utiliser et les manipuler :

- 4 médecins sur 15 (26,6%) avaient déjà un dermatoscope avant la formation ;
- 9 médecins (60%) ont acheté un dermatoscope à la suite de la formation ;
- 1 médecin (6,6%) avait déjà un dermatoscope (le modèle HEINE mini 3000) qu'il a gardé pour les visites à domicile et en a acheté un plus performant pour le cabinet ;
- 2 médecins (13,3%) n'ont pas acheté de dermatoscope après la formation.

3.2.2 Fréquence et indication d'utilisation du matériel

Parmi les 13 (86,6%) médecins utilisant un dermatoscope après la formation :

- le médecin M1 l'utilise de manière quotidienne car elle se trouve en Nouvelle-Calédonie, où il existe une pénurie encore plus importante de dermatologues ;
- les 12 autres médecins répondent qu'ils l'utilisent de manière non quotidienne :
 - o 8 médecins ont une utilisation au moins une fois par semaine : M4, M6, M7, M8, M12, M13, M14, M15 ;
 - o 4 médecins ont une utilisation au moins une fois par mois : M2, M5, M9, M10.

M2 : « Je ne l'utilise pas tous les jours, mais je le ressors à chaque fois que j'ai une lésion en fait. »

M15 : « Clairement depuis la formation, même s'il est vieux, il est tout le temps sorti et je l'utilise vachement plus. Ce n'est pas quotidien, mais une dizaine de fois par mois. »

L'utilisation du dermatoscope se fait pour des lésions pigmentaires et/ou non pigmentaires selon les médecins.

Pour M1, elle ne l'utilise que pour les lésions pigmentées :

M1 : « Beaucoup de basocellulaires en Nouvelle-Calédonie. Donc je l'utilise surtout pour les lésions pigmentaires. Mais jamais pour des lésions non pigmentaires. »

L'utilisation pour diagnostiquer la gale revient fréquemment dans les entretiens :

M4 : « J'utilise pour les deux : pigmentaires comme non pigmentaires, pour la gale aussi. Les verrues... les molluscums. Pour tout. »

M9 : « Pour la gale, les lésions non pigmentaires comme les basocellulaires. Et pour les autres je ne l'utilise pas. »

M15 : « Les demandes des patients : il y a beaucoup de verrues séborrhéiques qui grossissent et qui les gênent. Et parfois quand un naevus a changé. Quand moi je vois un naevus dont je n'aime pas trop la tronche, je regarde avec le dermatoscope. Il y avait une lésion qui gênait le patient, mais qui n'avait pas bougé. »

De manière notable, le dermoscope joue un rôle déterminant dans la confirmation du diagnostic de la gale, apportant une certitude diagnostique dans un contexte parfois délicat.

M9 : « Pour la gale... »

M13 : « J'en avais acheté un principalement pour la gale. »

M7 : « C'est un vrai confort ça, la gale ! C'est une certitude diagnostique. Même quand on a une suspicion de gale, on ne l'envoyait pas chez le dermatologue ! C'était par suspicion clinique. On avait aucune certitude, pas de confirmation. »

3.2.3 Performance et qualité du matériel

Les médecins évaluaient le dermoscope comme un outil pratique et facile d'utilisation, souvent comparé à l'otoscope ou stéthoscope.

M1 : « C'est facile d'utilisation quotidienne comme un stéthoscope, comme un otoscope. »

M4 : « Je l'utilise comme le stéthoscope, l'otoscope. »

M7 : « Qu'est ce qui a changé ? Bah déjà on utilise un dermatoscope ! On l'a intégré comme le stéthoscope, comme l'otoscope. »

Les médecins soulignent que l'utilisation du dermatoscope leur permet de mieux voir, mettant en avant l'impact significatif de cet instrument sur la qualité de leur observation dermatologique. Le dermoscope permet également de mesurer la lésion.

M10 : « Dans tous les cas, moi je vois mieux. Dans la loupe, il y a quand même de quoi mesurer. Je peux prendre les photos. [...] J'ai vraiment la grosse loupe pour avoir une visibilité en plus si on doit prendre une photo de la lésion. »

M12 : « C'est déjà dépasser l'œil nu simple : tu vois nettement mieux, tu vois si c'est de la vascularisation, tu vois les critères de malignité... »

M15 : « Quelqu'un qui a un dermatoscope avec un meilleur grossissement peut mieux faire des photos... et avoir une meilleure expertise. »

Il est précisé que le dermoscope fournit un gros plan détaillé des lésions. Il permet d'identifier des détails qui ne sont pas visibles à l'œil nu. Cela facilite l'évaluation des critères d'inquiétude ou de non-bénignité et permet d'émettre des arguments plus précis pour pouvoir faire un diagnostic.

M10 : « L'avantage c'est d'avoir évidemment un gros plan de la lésion. Car évidemment à l'œil nu, il y a des détails qu'on n'a pas pour déterminer les critères inquiétants ou pas, de non-bénignité ou pas. Donc, c'est plus pour avoir une image plus détaillée de la lésion pour se prononcer. Du moins pour avoir des arguments plus précis. »

Un médecin note également qu'il est possible de l'emporter en visite : il laisse le dermoscope de poche mini Heine 3000 dans sa valise de visite et le nouveau dermoscope acheté après la formation dans son cabinet pour les consultations.

M4 : « J'avais donc un tout petit avant, que j'emmène en visite. »

3.2.4 Prise de photo avec le matériel

Un médecin prend des photos via le dermoscope pour les enregistrer dans le dossier du patient.

M5 : « En fait, c'est plus pour moi et pour les dossiers. Je fais et je garde beaucoup de photos et ça me permet de comparer par la suite. »

Les médecins M4, M5, M6, M10 demandent des avis avec une photo dermoscopique depuis la formation et l'acquisition du dermoscope.

M4 : « Je mettais déjà le dermoscope assez facilement avant mais maintenant je prends les photos avec. J'arrive à bien discriminer ce qui me paraît normal ou suspect. Je prends des photos pour demander des expertises et avis par Omnidoc. »

M5 : « Je peux envoyer les photos dermatoscopiques aux dermatologues et si ça les inquiète, ils rappellent le patient directement. [...] On demande des avis et on envoie des photos au CHU. Ça m'aide donc à demander un avis de manière plus professionnel. »

M6 : « On a retenu à la fin de la formation qu'il ne fallait pas hésiter à demander un avis en envoyant une photo clinique, d'aspect visuel et une photo avec le dermoscope. »

M10 : « Dans les cas où j'ai une lésion suspecte, avec des critères inhabituels, je prends la photo en gros plan avec les mesures. La photo régionale pour se faire une idée. Et j'envoie tout ça. »

Un médecin demandait déjà des avis via le dermoscope même avant la formation :

M13 : « Oui je le faisais déjà : j'envoyais les photos avec le dermoscope. Elle m'a confirmé que c'était bien aidant. »

Mais certains médecins n'ont pas encore demandé de téléexpertise via le dermoscope.

M9 : « Non pas encore. Je fais des demandes de téléexpertise avec juste une photo avec mon téléphone portable via Omnidoc. »

M10 : « Pour la téléexpertise, je ne l'utilise pas car je n'arrive pas à prendre des photos avec. Mes photos ne sont pas assez bonnes. »

Plusieurs médecins trouvent difficile de prendre des photos de qualité, de viser juste avec l'objectif de leur smartphone sur le dermoscope.

M8 : « Moi c'est prendre la photo avec le dermoscope, j'ai du mal ça. Pour viser, pour bien faire la photo. Arriver à faire une photo propre pour l'envoyer... »

M10 : « ...il faut réussir à tenir le dermatoscope et tenir son téléphone portable pour prendre la photo... »

Un praticien a même investi dans du matériel de bonne qualité (dermoscope avec embout permettant de fixer le téléphone), ce qui lui permet d'être plus à l'aise avec cette pratique. Ainsi, il souligne l'importance de bien s'équiper.

M14 : « Non mais vraiment faut investir. Ce que j'ai pu remarquer à la formation, c'est que plein de médecins généralistes ont un dermatoscope simple tout pourri, un peu de l'arnaque. Le prix c'est 1000 euros et c'est comme ça, il faut investir. »

3.2.5 Utilisation de l'algorithme

Un algorithme, pour guider le diagnostic à l'aide du dermoscope, a été présenté lors de la formation (**Annexes 3 et 4**).

Certains médecins (M4, M6, M7, M8) ont pris l'initiative de plastifier l'algorithme et de le ranger avec leur dermoscope, facilitant ainsi une consultation rapide en cas de besoin.

M4 : « J'ai fait plastifier les algorithmes. Je ne les ressors pas forcément à chaque fois. Je ne suis pas encore rigoureux sur l'utilisation de l'algorithme. Je pourrais l'être plus. Mais oui, je l'ai avec moi. »

M6 : « Tu sors ta plaquette (l'algorithme) : et tu te mets en situation en fait. »

Cette démarche met en évidence le besoin des médecins en matière de support pour les assister lors de la pratique de la dermatoscopie en cabinet.

M2 : « J'avais gardé les feuilles en tête, mais tous les jours quand j'ai des doutes, je vérifie sur l'algorithme. »

M12 : « ...j'ai téléchargé, je les ai consultés au début et après je me suis fait confiance, je ne les consulte pas systématiquement et aussi par manque de temps. Si non je les ai utilisés. »

M14 : « Je les ai imprimés et j'ai classé une partie qui est sur mon bureau et une partie dans ma voiture. D'autant plus que Docteur Auzerie avait recommandé un bouquin, qui n'est plus édité, donc les diaporamas servent, je n'ai QUE la formation du Docteur Auzerie, donc c'est précieux. »

M15 : « Je me sens plus en confiance, j'ai le topo de Mme Auzerie sur mon bureau. Donc quand j'ai un doute, je revérifie le truc, voilà. »

3.2.6 Téléexpertise via le dermoscope

Un médecin ne demande pas de téléexpertise devant le manque de dermatologue sur son lieu d'exercice.

M1 : « Pas de téléexpertise possible ici en Nouvelle-Calédonie car grande pénurie de dermatologue. »

Un médecin ne demandait pas d'avis avant et après la formation car il ne connaissait pas le logiciel.

*M2 : « Interrogateur : est-ce que tu as pu utiliser le dermatoscope pour demander un avis ?
- Euh non pas du tout car je ne connais pas le nom de la plateforme pour adresser les avis. »*

Un médecin n'utilise pas de logiciel de téléexpertise mais plutôt les adresses mails d'avis du CHU.

M10 : « Mais c'est vrai que je n'ai pas encore tenté la téléexpertise, car ce que je fais, je leur envoie par messagerie électronique au CHU de Poitiers. »

L'utilisation de la dermoscopie a apporté un changement significatif pour les médecins concernant la téléexpertise, leur permettant désormais d'envoyer des photos à la fois macroscopiques et dermoscopiques aux spécialistes.

*M6 : « Interrogateur : vous demandez l'avis...
- Avec une photo clinique et dermatoscopique. »*

M10 : « Dans les cas où j'ai une lésion suspecte, avec des critères inhabituels, je prends la photo en gros plan avec les mesures. La photo régionale pour se faire une idée. Et j'envoie tout ça. »

M13 : « Mais grâce à la formation, quand j'envoie une photo à la dermatoscopie, je fais plus attention, je vois mieux ce qu'elle attend de ma photo. »

Les médecins notent une amélioration dans la qualité des retours de téléexpertise grâce à l'utilisation du dermoscope.

M8 : « Je pense qu'on a aussi besoin dans notre formation d'être coaché et d'avoir une contre-expertise. »

M12 : « Déjà les avis étaient de très bonne qualité mais là le retour, c'est un peu plus. Là, par exemple, la dermatologue va me donner des conseils, elle ne va pas forcément vouloir les voir. Les dermatos ne vont pas forcément les convoquer, mais donner des directives : on peut tenter ça ou ça. »

3.3 La dermatologie en Médecine Générale

La dermatoscopie, bien que non systématique dans l'examen dermatologique, occupe une place significative dans la pratique des médecins généralistes.

3.3.1 La place du dermoscope dans les consultations de médecine générale

Les médecins interrogés ont souligné son utilisation préférentielle lors des consultations à la demande du patient. Cela montre qu'il est utile pour répondre aux besoins spécifiques des patients. Parfois, les médecins l'utilisent aussi pour examiner la peau lorsqu'une lésion accroche leur regard.

- **L'utilisation à la demande du patient**

L'utilisation du dermoscope par les médecins généralistes se caractérise souvent par une démarche de réponse aux besoins spécifiques des patients. Certains médecins ont souligné que les patients sollicitent eux-mêmes un examen dermatologique.

M2 : « Je ne l'utilise pas tous les jours, mais je le ressors à chaque fois que j'ai une lésion en fait. »

M10 : « C'est vrai que je n'ai pas le réflexe de faire un contrôle systématique de la peau des patients. Donc au final, ce sont les patients d'eux-mêmes, car ils ont une peau à risque, peau claire, yeux bleus, taches de rousseurs. Ou alors ils ont un bouton qui les inquiète et ils demandent un avis. Souvent ce sont les patients qui en font la demande. »

M14 : « Donc plus au cas par cas. Si les patients ont vu une lésion, ou alors que moi je vois une lésion, je mets un coup de dermoscope dessus. »

M15 : « Je le sors facilement quand les gens viennent pour un truc dermato ou que moi je vois un truc et que j'ai envie de jeter un coup d'œil. »

- **L'utilisation par le médecin lui-même**

Les médecins l'utilisent également lorsqu'ils examinent un patient et qu'une lésion attire leur attention.

M5 : « Je regarde pour m'entraîner et des fois je regarde quand il y a des lésions un peu bizarres, si ça a l'air inquiétant ou pas. »

M7 : « Et au-delà de ça, pas que les lésions pigmentées, pour s'entraîner c'est bien dès qu'il y a une lésion dermatologique, d'avoir le réflexe de la regarder au dermoscope, pour m'entraîner. »

- **Consultations dédiées**

Les médecins organisant des consultations dédiées : M1, M6, M7, M9, 14.

Les médecins répondant seulement à la demande : M2, M4, M5, M10, M12, M13, 15.

Certains médecins parviennent également à intégrer la dermatoscopie dans des consultations dédiées, soit à la demande du médecin, soit à la demande explicite du patient, dans le but de faire un examen cutané complet.

M1 : « Mais par contre, je fais revenir le patient pour des consultations dédiées. »

M6 : « Et en consultation, tu n'as pas le temps de phosphorer car les patients ne viennent pas pour ce motif. Moi ça a abouti à créer des créneaux de consultations dédiés à ça. »

M9 : « ... je leur propose une consultation dédiée pour voir s'il y a une lésion qui leur paraît douteuse. »

M10 : « En revanche, je leur dis que voilà, vu qu'ils ont une peau à risque, ou qu'il y a des facteurs familiaux de cancers cutanés, je leur dis et bah écoutez, on fait une surveillance annuelle. Mais en revanche, la consultation va vraiment être dédiée à ça et on fait un contrôle cutané complet. »

M14 : « Ah bah oui bien sûr ! Au cabinet, j'oriente mes consultations sur la dermatologie... »

Les médecins installés depuis un certain temps semblent être plus enclins à organiser ces consultations dédiées, contrairement aux jeunes médecins récemment installés (Annexe 2).

- **L'utilisation dans un but pédagogique en médecine générale**

M6 souligne également son rôle de MSU : le dermoscope permet également de faire de la pédagogie pour les jeunes internes.

M6 : « Et nous, ici au cabinet on est aussi maître de stage, donc on en profite aussi pour montrer aux internes à visée pédagogique : regarde au dermatoscope la kératose séborrhéique, l'aspect typique cérébriforme au dermatoscope. »

3.3.2 Défis liés aux consultations dédiées en médecine générale

Cependant, l'intégration de la dermatoscopie dans des consultations dédiées en médecine générale se heurte souvent au défi du manque de temps.

Les médecins ont exprimé les difficultés liées à l'organisation de consultations dédiées, soulignant la nécessité d'une approche pratique et efficace de la dermatoscopie dans le contexte de la médecine générale.

Il est difficile pour le médecin généraliste de pouvoir faire des consultations dédiées pour surveiller la peau, ayant déjà trop de demandes pour l'aigu et le suivi.

M2 : « quand tu regardes un naevus, cela prend beaucoup de temps. »

M8 : « J'ai du mal à prendre le temps pour faire la surveillance de grains de beauté : car il faut déshabiller et habiller les gens. »

M12 : « je suis limitée par le temps. »

« - Et toi justement, tu ne peux pas les mettre sur des consultations dédiées ?

- Je n'y arrive pas, je suis en train de créer ma patientèle, donc je vais le faire mais pas pour l'instant. »

M14 : « C'est dur de faire des consultations dédiées en médecine générale. [...] On est tellement débordé, qu'on n'a pas le loisir de dire je vais vous revoir, on va se faire tous les grains de beauté. »

Un médecin a réussi à mettre en place une organisation, en regroupant des consultations, afin de pouvoir dédier du temps à des examens cutanés avec le dermoscope.

M6 : « Par exemple, pour une lésion noire mélanique, justement pour prendre mon temps, j'ai le dermatoscope, mon algorithme et je dis à la secrétaire de regrouper 3 à 4 patients comme ça et j'en vois 3 ou 4 à la suite et donc je ne fais que ça. Je révise au préalable deux ou trois notions. »

Un des médecins a orienté ses pratiques de médecine générale avec des compétences en dermatologie. Il a donc des consultations dédiées, qui lui permettent de gérer jusqu'à la prise en charge chirurgicale si besoin.

M14 : « Au cabinet, j'oriente mes consultations sur la dermatologie, soit il faut faire de la cryothérapie et je le fais moi-même, soit il faut faire une biopsie, je le fais moi-même ou alors c'est de la chirurgie et ça va direct en chirurgie. Donc finalement on « squeeze » l'étape dermatologue dans certain cas sauf pour les cas où la dermatologue veut faire les exérèses directement. [...] Mais par contre, tu peux t'identifier comme médecin qui des compétences en dermatologie. Donc tu recevras de plus en plus de demandes par des confrères si t'es orienté (en dermatologie). Moi par exemple, j'ai passé un DU de plaies et cicatrisation l'année dernière sur Bordeaux et en fait, là, on a monté des consultations plaies et cicatrisation sur la maison de santé. Là on est en train de le développer en hôpital de jour, sur l'hôpital de La Rochefoucauld. »

3.3.3 La gale en médecine générale

L'importance particulière de la dermatoscopie a été soulignée pour le diagnostic de la gale par les médecins : M3, M4, M5, M6-7-8, M9, M13.

M3 : « Pour moi, l'intérêt du dermatoscope, ça serait vraiment pour la gale, avant de traiter tout le monde ou pas. »

M4 : « J'utilise pour les deux : pigmentaires comme non pigmentaires, pour la gale aussi. »

M5 : « Et donc beaucoup pour la gale. [...] Je suis dans une zone où il y a beaucoup de gale, donc ça me sert beaucoup sur ce point de vue-là. Du coup, j'ai mis du temps à me dire que c'était bien la gale, mais c'était bien la gale. »

M9 : « Pour la gale, les lésions non pigmentaires comme les basocellulaires. Et pour les autres je ne l'utilise pas. »

M13 : « Le fait que j'en achète un, c'était principalement pour le diagnostic de gale en premier. »

La formation a permis d'acquérir une nouvelle compétence pour le diagnostic de la gale.

Ils rapportent que le dermoscope permet de confirmer le diagnostic de gale de manière certaine (via le signe du deltaplane au bout du sillon du sarcopte).

Cela permet aussi d'avoir l'adhésion du patient sur le diagnostic posé, car c'est souvent un diagnostic que les patients peinent à croire. Cela permet donc aussi d'avoir l'adhésion pour le traitement/protocole de soins, souvent fastidieux.

M5 : « L'avantage ça a été beaucoup pour la gale pour poser le diagnostic. On en a vraiment pas mal et les gens ne veulent pas nous croire. Et donc je les prends en photo, je leur montre la photo dermatoscopique, je montre sur internet pour comparer. Et c'est plus facile d'avoir leur adhésion. En plus ce sont « des gens propres » donc ils ne comprennent pas comment ils ont pu avoir ça et ce n'est pas facile en fait comme annonce diagnostique. Et vraiment ça passe mieux avec le dermatoscope. Ça fait moins : « vous avez l'air d'avoir la gale... ». Et le fait que ça soit avec le dermatoscope, ils adhèrent vraiment plus au diagnostic et aux soins. »

M13 : « Pour moi, c'est vraiment faire un diagnostic : comme la gale. Dès qu'on voit le sarcopte, ça confirme le diagnostic. »

Des médecins précisent aussi le fait qu'avant la formation et l'acquisition du dermoscope, ils proposaient un traitement d'épreuve sans véritable confirmation. C'est donc un vrai confort de pouvoir poser ce diagnostic d'une manière certaine.

M6 : « En effet, j'ai réussi à faire 3 diagnostics de gale comme ça. A chaque fois que je l'ai utilisé, j'ai la lésion de la gale (signe delta). »

M7 : « C'est un vrai confort ça, la gale ! C'est une certitude diagnostique Même quand on a une suspicion de gale, on ne l'envoyait pas chez le dermatologue ! C'était par suspicion clinique. On n'avait aucune certitude, pas de confirmation. »

M6 « Là, avec le dermatoscope, on a une lésion pathognomique. »

M7 : « Et même pour le patient. C'était foireux : on avait une forte suspicion clinique, on mettait un traitement : on sait qu'il y a un prurit qui peut persister, les patients revenaient... On faisait un traitement d'épreuve en fait. Et même le traitement d'épreuve ne te permettait pas d'être certain, car parfois il y a un prurit derrière... Mais là, tu as vu (la gale) et t'es sûr. »

M6 : « J'ai même revu un jeune homme qui continuait à se gratter... Autant j'avais retrouvé la lésion de gale à la dermatoscopie la première fois et autant la 2^{ème} fois, il n'y avait rien du tout. Donc j'ai pu lui dire qu'on n'était plus dans cette problématique. J'ai pu même le rassurer avec le dermatoscope : tous les critères réunis montrent qu'il était guéri en fait... »

Pendant, certains médecins ont rencontré des difficultés spécifiques, notamment pour repérer le signe delta malgré la formation.

M1 : « J'ai déjà essayé pour la gale mais je n'ai pas trouvé le signe delta. »

M12 : « Pour la gale, je n'en ai pas eu beaucoup. A chaque fois que j'ai eu un patient chez qui je suspectais une gale ou que j'ai traité comme, je n'ai jamais trouvé le signe dermatoscopique. Souvent c'est des prurits à recrudescence nocturne, etc... mais je n'ai pas trouvé de signe au dermoscope. »

3.3.4 La confiance des médecins généralistes

La formation a joué un rôle crucial en renforçant la compétence et la confiance des médecins généralistes dans l'utilisation de la dermatoscopie et donc pour guider leur démarche diagnostique.

La confiance est basée sur le ressenti du médecin, sur la combinaison complexe de l'expérience, de la formation, d'utilisation de l'outil. La compétence d'un médecin à poser un diagnostic repose sur ses connaissances médicales et ses compétences cliniques à travers son interprétation des résultats, etc...

Lorsqu'on demandait la confiance des médecins dans l'utilisation du dermoscope après la formation, les médecins avaient des réponses assez différentes à cette question.

Le médecin M1, qui avait déjà un prérequis en dermatologie, était très confiant pour poser un diagnostic et ainsi, la formation augmentait sa confiance pour reconnaître les lésions cutanées bénignes ou malignes.

M1 : « Je me sens très confiante, à 8/10 à peu près. J'avais déjà des prérequis car je m'étais déjà formée sur des journées au cabinet avec la dermatologue. Mais la formation m'a beaucoup aidé : ça a augmenté ma confiance pour savoir si bénin ou malin. »

Les médecins M12 et M13 étaient assez confiants dans l'utilisation du dermoscope.

M12 : « Je dirais 7, je suis plutôt confiante. »

M13 : « La confiance, je dirais 8 et je dirais pareil pour la capacité. »

Certains médecins comme M5 ou M15, malgré la formation, n'avaient pas assez confiance :

M5 : « Parfois j'ai un peu peur de passer à côté de certaines lésions [...] Je n'ai pas beaucoup confiance dans mon diagnostic, je suis à 3/10. »

M15 : « Avant j'étais à 1/10, je dirais 4/10 en confiance après la formation. Car je n'ai pas beaucoup confiance en moi, ça reste complexe je ne suis jamais sûre. »

Le médecin M3, bien qu'ayant suivi la formation, n'a pas adopté le dermoscope par manque de confiance :

M3 : « J'ai trouvé que la formation était top, mais je n'ai pas franchi le pas à cause d'un manque de confiance et la peur de passer à côté de quelque chose. »

Les médecins étaient aussi en difficulté concernant la confiance à poser un diagnostic précis mais se sentaient capables de distinguer une tumeur maligne d'une tumeur bénigne.

M4 : « Un diagnostic c'est quelque chose de précis. Pour la confiance, ça serait 5/10 mais ça dépend des choses. Il y a des choses qui sont très faciles à diagnostiquer. Avec ou sans dermatoscope d'ailleurs.

- Et comment évalueriez-vous votre capacité ?

- Je mettrais pareil, 5/10. En fait, j'ai l'impression d'être plus en confiance et en capacité de discriminer ce qui est malin et bénin, que de donner quelque chose de précis, comme un diagnostic. Il y a des subtilités entre carcinome épidermoïde, basocellulaire, qui font dire que c'est difficile. Distinguer des choses bénignes et malignes, l'absence de critère de malignité, là il y a plus de confiance. Elle est vers 7 à 8 sur 10, cette subtilité. »

M9 : « Je ne me sens pas du tout capable de faire un diagnostic. Mais pour faire la différence entre une lésion bénigne, douteuse, maligne, je me sens capable et je pense être à 7/10 donc plutôt sur la confiance. »

M13 : « Et si vous deviez vous auto évaluer sur votre confiance, le ressenti que vous avez à dire c'est bénin ou malin et votre capacité ensuite, la compétence.

- La confiance je dirai 8 et je dirai pareil pour la capacité.

- Par contre pour poser un diagnostic, votre confiance est à combien ?

- Je dirai un peu moins, 7.

- Et votre capacité ?

- Pareil 7. »

M14 : « Pour la confiance, je pense que c'est 5 et la capacité c'est plus.

- Et si je vous disais, quelle est votre confiance et capacité pour distinguer le bénin et le malin, elles seraient à combien ?

- Forcément un peu plus, 7 en confiance et 7 en capacité. »

Pour M10, c'est assez similaire car la confiance se base sur la compétence :

M10 : « La confiance, ça va être plus sur le ressenti, je vais être autour de 7 à 8.

- Et pour poser un diagnostic ?

- Pour poser un diagnostic... Je pense que pour la confiance, c'est presque assez proche de la compétence dans le sens où la confiance doit être basée sur la compétence et la compétence est basée sur notre capacité à voir des éléments objectifs pour se positionner. Je pense que ça resterait assez proche : 7 ou 8. Sachant qu'il faut quand même pratiquer beaucoup pour gagner

en confiance mais aussi en compétence. Une à deux par mois, j'aurais plus de confiance à faire un peu plus. Mais vu que je n'ai pas plus de demandes. Donc plus 7/10 confiance et capacité pareil. »

Cela dépendait également de quel diagnostic il s'agissait :

M6 : « -Ça dépend sur quoi.

M8 : -Moi je trouve que ça dépend si lésion mélanique ou non mélanique. Je n'ai pas confiance en lésion mélanique. Je ne me sens pas encore à l'aise.

M7 : -Moi, tout mélangé, avec la formation, faire un diagnostic de lésion cutanée c'est 6/10.

M6 : -Ça dépend de quel diagnostic on parle ! Si c'est la gale, avec le dermatoscope, moi je suis sur une confiance à 9 ou 10.

M7 : -Oui voilà !

M6 : -Mais si c'est mélanique : si c'est pour éliminer un diagnostic de mélanome, je dirais une confiance à 8/10 mais si c'est spécifique sur une lésion bénigne et dire exactement ce que c'est, je dirais plus à 4 ou 5/10.

M7 : -Oui c'est ça. »

Plusieurs médecins insistaient aussi sur le fait que cette confiance avait tendance à baisser au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la formation d'octobre (les entretiens se déroulant à 6 mois de la formation).

M2 : « Avant la formation j'étais à 2, après la formation, j'étais à 7 et maintenant à distance de la formation, je suis à 5 on va dire par exemple ! Pour moi il faut pratiquer régulièrement pour ne pas oublier. Il aurait fallu pratiquer direct en sortant de la formation. »

M5 précise que sa confiance était haute au début et qu'après une consultation en dermatologie, sa confiance a baissé :

M5 : « Mais c'est vrai je n'ai pas beaucoup confiance, car récemment il m'est arrivé un truc : j'ai regardé un grain de beauté chez un patient, je lui ai dit que c'était bénin. Il a quand même consulté en dermatologie et la lésion a été enlevée, car c'était « horrible ». Mais au final, à l'anapath, c'est revenu bénin. Du coup, je me suis dit « je m'étais faussement rassuré ». Mais du coup j'ai un peu moins confiance. »

3.3.5 Outil de réassurance pour le patient et pour le médecin généraliste

Au-delà de son utilisation diagnostique, la dermatoscopie est perçue comme un outil de réassurance, tant pour le patient que pour le médecin généraliste.

En fournissant des informations visuelles détaillées et des descriptions sémiologiques, elle contribue à renforcer la confiance du patient dans les compétences de son médecin, tout en offrant au médecin une assurance supplémentaire dans sa pratique.

Le dermatoscope, en tant qu'objet de diagnostic, a une valeur de réassurance pour le patient.

M4 : « Dire tout de suite aux patients « ce n'est pas grave, vous n'avez pas besoin d'aller voir des dermatologues. »

M6 : « Et le patient s'étonne : - Ah bon vous avez un appareil ? - Bah oui, on est formé ! Et là, les gens te regardent un peu différemment... »

M10 : « Car du point de vue des patients, ça fait plus professionnalisant, ça fait plus sérieux. De toute façon dès qu'on apporte de la technique tout de suite ça impressionne. [...] Et quand les patients sentent qu'on est à l'aise et qu'on est plus en confiance, eh bah, ils le font aussi plus facilement. »

Le médecin M2 précise bien, d'ailleurs, que le dermoscope permet de créer une relation de confiance.

M2 : « Ça ne marche pas avec tous, mais pour certains, ça crée une relation de confiance. »

Le médecin M14 exprime un changement significatif dans sa pratique médicale grâce à l'utilisation du dermatoscope. Auparavant, face à des patients présentant des lésions cutanées, sa réponse était souvent orientée vers une recommandation de consultation dermatologique. Cependant, depuis l'intégration du dermatoscope, il peut examiner les lésions directement avec le dermatoscope, fournissant des diagnostics plus précis sur place. Cela lui permet de rassurer rapidement les patients en identifiant des lésions bénignes telles que les kératoses séborrhéiques. De plus, il souligne la facilité de demander des avis spécialisés en envoyant des photos dermatoscopiques aux dermatologues, obtenant ainsi des réponses rapides et éclairantes dans les trois jours suivant la demande.

M14 : « Ce qui a changé la pratique, avant les gens ils disaient « J'ai ça... Regardez... » et je disais « oh oui ça n'a pas l'air beau, il faut aller voir un dermatologue ». Alors que maintenant c'est « Attendez bougez pas, j'ai un dermatoscope. Oh c'est qu'une kératose séborrhéique, c'est bénin, ne vous inquiétez pas ! Ce n'est pas grave ». Ou alors « Oh j'ai un truc un peu bizarre regardez... - Oh bah bougez pas, je vais l'envoyer au dermato... ». Et en moins de 3 jours, on a une réponse du dermatologue avec la photo du dermatoscope ! »

3.3.6 Élargissement des compétences et valorisation du médecin généraliste

La dermatoscopie éveille la curiosité du médecin, suscitant un intérêt pour une spécialité parfois difficile mais fréquente en médecine générale.

M12 : « Déjà un peu plus de curiosité, de vouloir chercher et d'adresser. »

Un médecin va jusqu'à évoquer un plaisir intellectuel lié à l'utilisation du dermoscope.

M6 : « Il y a aussi le plaisir intellectuel. Une consultation avant où le patient montrait la lésion, on était là bon ouais. Et là t'es trop content d'aller chercher le dermatoscope : d'aller farfouiller, aller regarder les lésions. Ça crée aussi un autre plaisir quand on a des consultations redondantes dans la journée. »

Un médecin souligne la satisfaction de pouvoir offrir des réponses plus précises aux patients plutôt que de simplement les orienter vers une consultation dermatologique. Cette approche renforce le sentiment d'utilité du médecin généraliste et réduit le besoin de renvoyer systématiquement les patients vers un spécialiste. De plus, la rapidité avec laquelle les dermatologues fournissent des réponses, souvent en moins de trois jours, contribue à une prise en charge plus efficace des patients.

M14 : « Faire un diagnostic qui est plus intelligent que de dire « bah je vais prendre un rendez-vous avec un dermatologue ». On se sent moins con et plus utile. Et puis avoir une réponse du dermatologue en 3 jours. »

- **Courrier d'adressage**

La formation à l'utilisation du dermatoscope a induit un changement significatif dans la pratique des médecins généralistes, notamment en ce qui concerne les courriers d'adressage aux spécialistes.

Avant la maîtrise de cet outil, les médecins avaient l'habitude de rédiger des lettres d'orientation, même pour des lésions bénignes, souvent sous la pression des patients. Cependant, depuis l'intégration du dermatoscope, les médecins ont acquis la confiance nécessaire pour prendre des décisions plus autonomes. Désormais, lorsqu'un patient demande une lettre pour consulter un dermatologue, les médecins peuvent proposer une consultation dédiée avec l'utilisation du dermatoscope pour évaluer la lésion.

M2 : « Ce qui a changé : avant les patients venaient avec pour motif « je veux une lettre pour le dermatologue ». Et avant donc, je regardais la lésion à l'œil nu. Donc soit j'étais sûr que ce n'était rien et je leur disais, mais je ne les sentais pas convaincu. Soit, je n'étais pas sûr et je faisais le courrier pour le dermatologue. Mais même quand j'étais presque certain que c'était bénin, je faisais quand même la lettre d'adressage. Maintenant ce qui a changé, c'est que je leur explique que je vais vérifier avec le dermatoscope avant. Et ça, ça les rassure. Je pose le dermatoscope, après les patients ne m'embêtent pas pour absolument voir un dermatologue. »

M9 : « Là je me sens capable de dire face aux patients par exemple quand ils me demandent un courrier pour aller voir le dermato et qu'ils n'ont aucun antécédent de cancer de la peau ou mélanome par exemple, je leur propose, une consultation dédiée pour voir s'il y a une lésion qui leur paraît douteuse. »

Cette approche non seulement renforce la crédibilité du médecin généraliste aux yeux des patients mais aussi valorise leur expertise en évitant des adresses inutiles.

M6 : « Et puis quand le patient dit « faites-moi une lettre pour le dermato », là on gagne aussi en crédibilité : « Attendez, par rapport à la lettre, je vais d'abord vous examiner. [...] Et là, les gens te regardent un peu différemment : tu n'es plus juste là pour faire un courrier. [...] Et quand tu as plusieurs nævi, je les fais venir sur une consultation dédiée et je cote. Cette cotation est importante aussi, c'est une manière de valoriser notre travail. »

Certains médecins ont même cessé d'écrire des lettres pour avis dermatologique, préférant utiliser le dermatoscope pour se faire leur propre avis et ne solliciter un spécialiste que lorsque nécessaire.

M8 : « Je ne fais plus de courrier au dermatologue pour un avis sur une lésion. Je me fais mon avis avec le dermatoscope et j'envoie si je ne suis pas sûr au spécialiste pour avoir un avis. Mais je ne fais plus de courrier : avec l'hypothèse, quel délai pour un rendez-vous ? Je gagne du temps et je fais gagner du temps. J'envoie pour un avis physique le patient quand il y a un nombre important de grains de beauté. Mais je ne fais plus de courrier. »

Cette évolution témoigne d'une approche plus efficiente, faisant gagner du temps à la fois pour les médecins et les patients, tout en mettant en lumière le rôle essentiel des médecins généralistes dans le diagnostic dermatologique.

3.3.7 Rôle du médecin généraliste et non de substitution au dermatologue

Plusieurs médecins insistent sur le fait qu'ils ne cherchent pas à se substituer au dermatologue. Leur rôle n'est pas de remplacer le spécialiste, mais d'apporter une compétence complémentaire dans le contexte global des soins de santé primaires.

Dans certains cas, le dermoscope permet à M1 de contourner la pénurie de dermatologue en envoyant directement les patients au chirurgien pour les excrèses.

M1 : « Face à la pénurie de dermatologue, le dermoscope permet parfois de passer outre la consultation du dermatologue : envoyer directement au chirurgien pour les excrèses. »

L'orientation se fait de manière réfléchie :

M4 : « Dire tout de suite aux patients « ce n'est pas grave, vous n'avez pas besoin d'aller voir des dermatologues ». Et donc ne pas adresser à tort. »

La présence de nombreuses lésions cutanées est une motivation suffisante pour un des médecins pour recommander au patient de consulter un dermatologue :

M2 : « Et s'il y a beaucoup de lésions, je leur demande d'aller voir le dermatologue. »

Un médecin précise bien que le statut de médecin généraliste ne lui permet pas d'atteindre le niveau d'expertise des dermatologues.

M14 : « La dermatologue est devenue experte car elle en voit toute la journée. On n'arrivera jamais à atteindre ce niveau d'expertise... »

M15 souligne que la pratique de la médecine générale ne se limite pas à la dermatologie et les généralistes n'auront pas l'expérience des dermatologues.

M15 : « On n'est pas dermatologue et on ne fait pas ça toute la journée. En dermatologie, ils ont l'expérience, qui est très importante. On fait beaucoup de dermato, mais on ne fait pas que ça. Donc on n'aura pas l'expérience que le dermatologue va avoir, évidemment. »

Au contraire, il s'agit de collaborer avec le spécialiste, disponible pour guider le médecin généraliste, orienter les avis et recevoir les patients si nécessaire.

M8 : « On a l'assurance d'avoir le dermatologue derrière par téléexpertise. »

M14 : « Mais de toute façon, on a ce back-up derrière, ça change vraiment... »

Les médecins généralistes (M4, M7, M8 et M14), rapportent que l'utilisation du dermatoscope permet de fournir des informations plus précises au dermatologue, facilitant ainsi son travail. Le dermatologue lui-même exprime sa satisfaction d'avoir des images dermatoscopiques plutôt qu'une simple lettre d'adressage, soulignant que cela renforce sa confiance dans l'établissement d'un diagnostic, par opposition à des photos floues prises avec un smartphone.

M4 : « Là, c'est un peu plus précis dans mon descriptif, je mets plus d'informations qui vont l'intéresser. Et j'émet des hypothèses : elle confirme ou elle infirme. »

M7 : « La spécialiste dit que ça lui facilite vraiment le travail. »

M8 : « En plus, la dermatologue est contente d'avoir des images avec dermatoscope, plutôt qu'une simple lettre d'adressage. »

M14 : « Ah bah oui, c'est la dermatologue qui le dit. Elle est plus en confiance à faire un diagnostic avec une photo dermatoscopique plutôt qu'avec une photo floue avec le smartphone. »

3.4 La cotation en dermatoscopie

Durant la formation, la spécialiste a fait connaître une cotation qui permet de coter la dermatoscopie : « *Dermatoscopie pour surveillance de lésions à haut risque* », avec le code : « *QZQP001* » d'une valeur de 54,10 €, disponible depuis le 15 septembre 2006 (49).

Ameli.fr précise bien que la facturation est uniquement pour un examen complet par dermatoscopie de l'ordre de 30 minutes (49) et les indications sont détaillées (50). On doit également pouvoir retrouver l'examen dermoscopique dans le dossier médical du patient avec des images dermatologiques (50). Cette cotation peut être utilisée par les médecins généralistes.

Les médecins ne l'avaient jamais utilisée :

M1 : « Je ne facture jamais le dermoscope. »

M2 : « J'avoue, je n'ai jamais utilisé la cotation : je ne regarde pas toutes les lésions au dermatoscope, je regarde d'abord à l'œil nu et je ne regarde que la lésion qui m'intéresse ou qui les intéresse. »

M9 : « Non. Je ne me souviens même pas de la cotation. »

M13 : « Non pas du tout. »

Seul le médecin M6 l'a utilisée, considérant cette cotation comme une façon de rentabiliser l'appareil :

M6 : « J'en ai fait 3 en 2 mois. Je pense qu'il faut rentabiliser l'appareil. On n'a pas d'obligation de diagnostic clinique. On peut se tromper. »

3.4.1 Critères jugés contraignants

Plusieurs médecins ont exprimé des réserves quant à la complexité des critères de cotation. Certains considéraient ces critères comme trop contraignants, suscitant des appréhensions quant à leur application quotidienne, voire les qualifiant de non-applicables en médecine générale.

M4 : « Je ne le fais pas car il y a trop de contraintes. »

M5 : « Euh non. Car j'ai vu qu'il fallait faire tout le corps et compter les lésions. Je fais l'examen dermoscopique pour moi et pour le patient. »

M8 : « Moi je pense que c'est bien si tu cotes sur une consultation dédiée. Mais si tu le fais à l'arrache sur un grain de beauté, non. Dans le critère de la cotation : il faut quand même prendre le temps de noter, décrire et il faut faire bien... Il faut prendre le temps dédié. »

M10 : « Il faut qu'on se retrouve dans une situation de facteurs de risque pour pouvoir le facturer. On ne peut pas juste facturer l'utilisation du dermatoscope. »

M14 : « Non, parce que c'est pour un examen dermatoscopique de qualité, dédié et complet donc non je ne le facture pas. »

3.4.2 Relations complexes avec la sécurité sociale

A travers la cotation, certains médecins ont évoqué des relations complexes avec la sécurité sociale, nourrissant la crainte d'être soumis à des contrôles rigoureux. Cette appréhension a contribué à une certaine réticence dans l'application des critères de cotation.

M4 : « Le médecin généraliste qui le fait va le coter, va être plus regardé. La caisse va avoir un droit de regard... Et s'il y a plus de cotations de dermoscope d'un coup, ils vont dire « il y a une petite différence par rapport à d'habitude, montrez-nous ce que vous faites comme boulot, prouvez-nous ». Et donc il faut le retrouver dans le dossier médical. »

M6 : « Je pense que la sécurité sociale se pose la question si on cote massivement cette cotation. »

3.4.3 Difficulté subjective de l'utilisation de la cotation

La cotation a permis aussi de soulever une sensation de non-légitimité.

Les médecins généralistes ne se sentent pas spécialistes de la peau et donc ne se sentent pas légitimes pour utiliser cette cotation.

M2 : « Non car je n'ose pas, je ne regarde pas toutes les lésions au dermoscope. »

M4 : « Il y a une différence entre le dermatologue qui le fait et le MG qui va le faire. »

M7 : « Non du tout. Je ne me sens pas assez capable. »

M15 : « Elle n'est pas adaptée à nous. Je ne le fais pas parce que... On en avait discuté à la formation, les critères... Comme regarder toute la peau, ce n'est pas ce qu'on peut faire en médecine générale. Et surtout je ne me sens pas super compétente, même après la formation, des naevi, je n'en vois pas toute la journée ... Donc je n'ai pas l'œil expérimenté pour ça. »

3.4.4 Contrainte temporelle dans la non-application de la cotation

La contrainte temporelle a été identifiée comme un obstacle majeur à l'utilisation régulière de la cotation.

En effet, les critères de la cotation demandent à ce que les médecins passent au moins 30 minutes en examen dermoscopique et de notifier les lésions.

Le manque de temps disponible dans la pratique quotidienne de la médecine générale a conduit certains médecins à ne pas appliquer systématiquement la cotation.

M3 : « Quand tu regardes un naevus, cela prend déjà du temps. Quand tu fais la cotation, tu t'engages à regarder l'ensemble des naevus du corps. »

3.5 Les avantages et inconvénients

3.5.1 Les avantages à l'utilisation du dermatoscope en médecine générale

L'utilisation de la dermatoscopie en médecine générale est largement perçue comme bénéfique. Une série d'avantages est rapportée par les médecins interviewés.

M13 : « Ce n'est que des avantages. »

Parmi ces avantages, il y a une nette amélioration des compétences des médecins. Le médecin M10 souligne que cela facilite sa pratique, offrant aux patients la possibilité d'un suivi cutané plus accessible.

M10 : « Je dirais que ça facilite ma pratique et c'est un plus pour les patients parce que je pourrai plus facilement leur dire : écoutez, moi dans le cadre de votre contrôle cutané, je peux faire votre suivi cutané. »

Un aspect clé est l'amélioration du diagnostic, comme le souligne M7. Cette amélioration s'étend au dépistage du mélanome, selon M9, permettant ainsi une vigilance accrue.

M7 : « D'avoir une amélioration de notre diagnostic. Une amélioration du lien patient-médecin. Affiner l'avis. »

M9 : « Pour moi, faire plus de dépistage et faire des dépistages surtout de mélanome. »

L'utilisation du dermoscope permet aux médecins de renforcer leur professionnalisme, offrant des avis plus complets et objectifs basés sur des arguments sémiologiques. M7 et M10 expliquent comment cela va au-delà de la simple demande aux dermatologues, permettant une meilleure orientation et prise en charge des patients.

M7 : « On va plus loin dans notre possibilité de diagnostic. On va plus loin dans la gestion de l'adressage aux dermatologues. J'oriente plus. J'adresse moins. Et quand je demande un avis dermato, à distance, j'apporte plus d'éléments : puisque j'apporte, ne serait-ce qu'une image du dermatoscope et puis une description plus adaptée et détaillée. »

M10 : « ...faire la dermatoscopie, de façon à avoir des arguments sémiologiques plus objectifs, pour les différentes lésions que je suis susceptible de rencontrer. »

M12 : « Donc je demande des avis plus raisonnés et avec un peu plus de curiosité, on a envie de chercher. »

M13 : « J'ai l'impression d'être plus professionnel avec les photos. »

Un autre avantage majeur est la rapidité de la prise en charge. M1 souligne la possibilité de rassurer rapidement les patients lors des consultations, tandis que M10 et M11 notent que l'utilisation du dermoscope facilite l'accès à des créneaux plus rapides grâce à la téléexpertise.

M1 : « Rassurer le patient sur certaines lésions et permettre une prise en charge plus rapide pour les lésions qui le nécessitent. »

M10 : « Et même d'ailleurs et souvent c'était effectivement douteux et les patients étaient pris en charge assez rapidement. »

M11 : « De suite, on a un créneau plus rapide. »

La formation à l'utilisation du dermoscope est associée à une meilleure utilisation de l'appareil après la formation, comme le souligne M15.

M15 : « En fait, j'en avais déjà un, que je n'utilisais jamais, car je ne savais pas l'utiliser, je ne savais pas interpréter ce que je voyais. Donc je ne me sentais pas du tout à l'aise, je n'avais pas un minimum de notions pour savoir quoi faire de ce que je voyais. Donc de temps en temps, je le sortais, peut-être même pas une fois par an. »

Cette compétence nouvellement acquise permet aux médecins de faire accepter la prise en charge aux patients, comme le mentionne M2.

M2 : « Le dermatoscope est un levier de plus pour aller dans mon sens. »

Enfin, la dermatoscopie apporte une double réassurance, tant pour le médecin que pour le patient. Les médecins M1, M2 et M4 soulignent son rôle dans la réassurance des patients, tandis que M10 exprime sa propre tranquillité d'esprit.

M1 : « Rassurer le patient sur certaines lésions... »

M2 : « Vraiment pour rassurer le patient, pour me rassurer moi et se donner confiance. »

M4 : « Dire tout de suite aux patients "ce n'est pas grave, vous n'avez pas besoin d'aller voir des dermatologues". »

M10 « Moi-même, je suis plus rassurée. »

3.5.2 Les inconvénients du dermatoscope en médecine générale : les freins à son utilisation

Les obstacles financiers se sont révélés être un frein significatif à l'adoption du dermatoscope, comme exprimé par deux médecins qui n'ont pas franchi le pas après la formation.

M3 a souligné le coût relativement élevé du dermatoscope :

M3 : « Pour plusieurs raisons : car déjà ça coûte relativement cher. [...] Vraiment j'ai adoré la formation, mais bon je n'ai pas sauté le pas pour le prix du dermatoscope. Et la peur de manquer de temps. Je n'ai donc pas franchi le pas. »

De même, M11 a exprimé son intérêt, mais a cité le coût important comme un obstacle :

M11 : « Ça m'a bien tenté, mais c'est un peu cher. Et ça faisait partie quand même des trucs difficiles. Je ne suis pas en maison de santé ou pluridisciplinaire ou SISA. Je pense que c'est quand-même plus facile quand on est en groupe, en SISA, ils peuvent avoir un financement pour acheter un dermatoscope et l'avoir en commun pour l'utiliser. »

Même parmi ceux qui ont investi dans un dermatoscope, le coût reste une préoccupation majeure.

M11 : « j'ai acheté un dermatoscope après la formation, qui coûte quand même assez cher. Punaise ! »

M13 : « Le prix... »

M14 : « Je pense que c'est le prix... Il n'y a que ça. »

M15 : « Mais ça coute un bras donc c'est aussi un 2e inconvénient. »

Le deuxième inconvénient fréquemment mentionné est lié au manque d'aisance résultant de la pratique limitée et la peur de commettre des erreurs. M4 a évoqué le doute potentiel de passer à côté du diagnostic.

M4 : « Les inconvénients, il n'y en a pas. Peut-être ne pas avoir la certitude de ne pas passer à côté de quelque chose. »

M5 a souligné son manque d'habitude, utilisant parfois le dermatoscope sans nécessité réelle, principalement pour s'exercer.

M5 : « Les freins : je ne suis pas encore habitué, donc parfois je m'en sers sans besoin, surtout pour m'exercer. »

M9 a justement souligné le manque de pratique comme un frein.

M9 : « Manque de pratique. »

Cependant, certains médecins ne perçoivent pas d'inconvénient majeur lié au dermatoscope.

M1 : « Pas de frein ni d'inconvénient. »

M7 : Je ne vois pas d'inconvénient. Au pire on n'y arrive pas bien et c'était comme c'était avant. »

M10 : « L'inconvénient du dermatoscope ? Euh... Je n'ai pas d'inconvénient ! »

Enfin, la présence d'un spécialiste disponible après l'utilisation du dermatoscope a été soulignée comme un élément crucial. M8 a précisé que sans l'accès à l'avis du spécialiste, il n'aurait pas été enclin à acheter un dermatoscope.

M8 : « Après la formation dermatoscopique, si j'étais tout seul sans avis, je ne me serais pas lancé à acheter un dermatoscope ... »

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Dans cette étude, les médecins généralistes formés à la dermatoscopie ont été interrogés par entretien semi-dirigé sur l'impact de la formation dans leur prise en charge des lésions cutanées. La plupart des médecins n'avait pas de formation à la dermoscopie. Les résultats mettent en évidence une évolution significative dans la prise en charge des lésions cutanées suite à cette formation. La formation initiale a été largement appréciée, jugée concrète, enrichissante et utile pour la description et la reconnaissance des lésions cutanées.

Certains médecins estimaient que la formation seule était insuffisante et souhaitaient une formation continue mais il existait des divergences sur le format idéal. Certains préféraient le présentiel pour son aspect interactif et engageant, tandis que d'autres, notamment les jeunes médecins, optaient pour des formations virtuelles pour des raisons de flexibilité. De fait, dans les études comparant les préférences en matière de formats de formation, les jeunes médecins privilégient les contenus de FMC par le biais d'options virtuelles en ligne, tandis que les médecins plus âgés préfèrent la FMC par le biais de réunions en présentiel (51). Pour les médecins, la véritable formation continue se situait dans les échanges avec le spécialiste lors des demandes d'avis, mettant en avant l'importance de la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes pour une meilleure prise en charge des patients. Plusieurs études indiquent que la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes est bénéfique, améliorant particulièrement la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (52,53).

L'utilisation du dermoscope est non quotidienne mais se révèle variée, souvent déclenchée par des demandes spécifiques des patients ou des préoccupations du médecin. Les médecins ont salué la qualité et la facilité d'utilisation du dermoscope, le comparant à des instruments courants tels que le stéthoscope ou l'otoscope. Il est d'ailleurs assimilé au « stéthoscope du dermatologue » devant la fréquence et la facilité d'utilisation (54). En comparaison à l'échographie, le dermoscope partage des similitudes en tant qu'outil d'examen rapide et non invasif visant à améliorer la prise en charge médicale. Selon la littérature, une formation de base à l'échographie est souvent considérée comme essentielle, mais la pratique continue est nécessaire pour développer et maintenir les compétences dans ce domaine. Cependant, des obstacles tels que le manque de supervision, d'orientation et d'occasions de mettre en pratique ces compétences sont mentionnés (55). Il est intéressant de noter que l'échographie semble trouver sa place en médecine générale, en raison de sa facilité d'utilisation (56,57). Néanmoins, la nécessité d'une formation adaptée à la pratique des médecins généralistes est soulignée. Ce point est important à souligner, que ce soit pour l'échographie ou la dermoscopie, une formation continue et la réflexion à plusieurs autour des cas, paraissent nécessaires.

Les médecins formés ont adopté une prise en charge plus rapide et de meilleure qualité, modifiant leur stratégie thérapeutique et évoluant vers une utilisation plus fréquente du dermatoscope dans leur pratique quotidienne. Cela s'est traduit par une réduction des lettres d'adressage et une meilleure acceptation du diagnostic ou de la prise en charge par les patients.

La compétence acquise en dermatoscopie s'est avérée être un atout majeur pour faciliter le lien entre les patients et les spécialistes, permettant des demandes d'avis plus pertinentes et plus professionnelles via la téléexpertise et des photos dermoscopiques. Cela a également permis d'accroître la confiance personnelle du médecin généraliste mais également la confiance du patient envers le médecin traitant.

L'utilisation du dermatoscope repose sur la nécessité d'un support théorique et pratique approprié, comprenant notamment l'utilisation d'algorithmes d'aide au diagnostic et d'une iconographie dermoscopique.

Notre étude complète et renforce les résultats de l'étude qualitative anglaise sur l'utilisation de la dermatoscopie chez les médecins généralistes en soins primaires (58). Des similitudes sont observées, telles que l'importance d'une formation appropriée et les retours positifs des patients suite à son utilisation, améliorant ainsi la qualité des services fournis. L'étude anglaise met également en avant le gain de confiance des médecins suite à l'utilisation régulière du dermatoscope, influençant leurs décisions cliniques, favorisant un diagnostic plus précis (58). Une divergence notable réside dans la réduction de l'orientation suite à l'utilisation du dermatoscope. Contrairement à notre étude, les médecins généralistes anglais ne trouvaient pas que cela permettait de réduire le nombre d'adressages. En revanche, ils estimaient que le dermatoscope permettait d'améliorer l'orientation des patients, permettant de déterminer si certains devaient être vus rapidement ou non (58). Il en ressort également, comparativement à notre étude, que son utilisation n'était pas une priorité et que certains participants étaient réticents à prendre les mesures nécessaires pour l'introduire dans leur pratique (58).

2. Résultats secondaires

Il semble y avoir plus d'avantages que d'inconvénients à utiliser le dermatoscope en médecine générale, mais la formation est primordiale pour pouvoir utiliser cet outil correctement. Les résultats mettent en lumière des avantages spécifiques, tels que la confirmation rapide du diagnostic, comme celui de la gale, permettant l'adhérence des patients à la prise en charge.

Cependant, malgré ces avantages, seulement 10 médecins sur les 15 interrogés ont investi dans l'achat d'un dermatoscope, principalement en raison du coût élevé de l'appareil. Le prix du dermatoscope est donc un frein à son utilisation, comme déjà rapporté dans la littérature (58,59). Les principaux freins identifiés incluent également le manque de temps et une formation jugée insuffisante, également déjà décrits dans la littérature (60).

En ce qui concerne la cotation « *QZQP001* », il ressort de ces entretiens un point commun : la réticence à utiliser la cotation, perçue comme trop contraignante et le sentiment de non-légitimité parmi les médecins pour son utilisation. Ses conditions d'utilisation très

rigoureuses limitent son usage non seulement par les médecins généralistes mais également par les spécialistes. Il semble que les contraintes liées à cette cotation soient partagées universellement (61).

3. Forces et faiblesses

A notre connaissance, il s'agit d'une première étude qualitative évaluant la pratique de la dermoscopie des médecins généralistes en France. Ses résultats sont pertinents pour mieux comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation du dermoscope chez les médecins généralistes.

Cette étude présente des points forts : elle constitue une évaluation du ressenti des médecins généralistes d'une première formation en dermoscopie renforcée par la collaboration avec un dermatologue local, qui favorise la formation continue. Une autre force réside dans la participation de l'auteur de ce travail à la formation, qui a ainsi eu l'opportunité de suivre la formation, d'observer les interactions des médecins pendant celle-ci, de manipuler les dermatoscopes et enfin, d'obtenir leur évaluation post-formation dans le cadre de sa thèse.

L'homogénéité de la formation au sein de l'échantillon et la triangulation des données ont renforcé la validité interne. La triangulation des données a également été réalisée lors du codage sur plusieurs entretiens pour minimiser le risque de subjectivité. Cependant, la nature subjective des réponses des médecins et le manque de suivi à long terme constituent des limites à considérer.

Des limites ont été identifiées, notamment la nécessité de creuser certains points plus en profondeur dans les premiers entretiens. Après réécoute des entretiens lors de la retranscription, il a été constaté qu'on ne laissait pas assez parler les médecins dans les premiers entretiens, alors qu'il y avait plus d'aisance à diriger l'entretien sur les derniers. La participation majoritaire de médecins de la région charentaise peut limiter la généralisation des résultats à d'autres régions. Il n'y a malheureusement pas eu de réponses de la part d'autres médecins d'autres régions. Nous avons cependant obtenu 15 réponses sur 28 participants, ce qui correspond à 53,5% de participation. Il est important de noter que tous les médecins participants n'avaient pas un dermatoscope de qualité équivalente. Certains utilisaient des modèles de poche de base, ce qui pourrait expliquer la non-reconnaissance de certains signes dermatoscopiques, tels que le signe delta plane dans le diagnostic de la gale. De plus, la qualité des images prises pour la téléexpertise pouvait varier en fonction du modèle de dermatoscope utilisé. Ainsi, la diversité des dermatoscopes utilisés par les participants soulève des questions quant à la comparabilité des résultats. Une étude future avec l'utilisation de modèles de dermatoscopes identiques pourrait permettre d'éliminer cette variable.

4. Perspectives

Pour répondre aux besoins des médecins généralistes, des formations régulières plus pratiques et s'étendant au-delà d'une journée sont suggérées sous forme de formation médicale continue.

La thèse de Guillaume Rioult repose, par ailleurs, sur une formation dermatoscopique des médecins généralistes d'une MSP sur 18 mois, démontrant que la formation à long terme a permis d'implanter durablement le dermoscope comme pratique courante des médecins (42).

Le CHU de Poitiers prévoit de faire un cours théorique sur la dermatoscopie, suivi d'une immersion en consultation. Les consultations seront basées sur des patients adressés par des médecins généralistes pour une lésion suspecte. Les médecins participant à la formation utiliseront le dermoscope durant la consultation, avec la présence d'un dermatologue expérimenté à la dermatoscopie pour les guider. L'expérience d'une immersion chez des médecins généralistes souhaitant une FMC sur le sujet sera prochainement proposé au CHU de Poitiers. A la fin de la FMC, une évaluation de la compétence acquise et de la satisfaction permettra d'évaluer la généralisation potentielle de ce type de formation.

Comme l'ont suggéré les médecins interrogés, un niveau 2 de la formation dermatoscopique est actuellement en cours, toujours en présentiel, organisé par MG Form, sur la région charentaise mais également bordelaise (62).

L'inconvénient réside dans le fait que ces formations théoriques ne répondent qu'à un certain type de médecins généralistes qui veulent une formation et souvent déjà impliqués dans ce type de dépistage ou étant intéressés par la dermatologie. Une formation moins théorique et plus axée sur la pratique pourrait répondre à d'autres attentes de certains médecins généralistes. A terme, une formation obligatoire en dermatologie pour les étudiants inscrits au DES de médecine générale, avec une journée de formation auprès d'un dermatologue, pourrait être envisagée.

Dès l'internat de médecine générale, une formation à la dermatoscopie pourrait être proposée. Dans l'étude de Pauline Friche (63), les internes de médecine générale ont été évalués sur les connaissances en dermoscopie après une formation en e-learning, montrant une amélioration significative des connaissances, avec 92,23% envisageant d'utiliser un dermoscope dans leur pratique future.

Dans cette optique, nous pourrions proposer, en association avec le DMG et le service de Dermatologie du CHU de Poitiers, sous forme d'enseignement optionnel, une journée de formation à la dermoscopie destinée aux internes de DES de médecine générale en phase d'approfondissement. Cette journée comprendrait un cours théorique ainsi que des cas cliniques en consultation. Cette initiative pourrait donner lieu à la création d'une réunion trimestrielle, favorisant également une collaboration future entre médecins généralistes et dermatologues.

Comme l'a suggéré le médecin M10, une formation sur les exérèses de nævi ou autres lésions non suspectes pourrait être envisagée pour les médecins généralistes au sein de leur

cabinet. En Australie, par exemple, ce sont les médecins généralistes qui réalisent l'exérèse de la majorité des cancers de la peau mais également des lésions non cancéreuses : cette proportion excisée par les médecins généralistes est en augmentation (64). Proposer une vidéo montrant des biopsies ou des exérèses simples lors d'une FMC pour former les médecins généralistes serait également une piste à envisager.

Des questions subsistent sur la confiance à long terme des médecins dans l'utilisation du dermatoscope et son impact sur la qualité des diagnostics. Les perspectives pourraient également explorer davantage les différences entre médecins expérimentés et nouveaux praticiens dans l'utilisation du dermatoscope, ainsi que l'impact à long terme sur la qualité des diagnostics.

Dans un contexte où l'accès aux soins peut être difficile, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en assurant une première évaluation des lésions cutanées, notamment grâce à l'utilisation du dermatoscope. Cependant, la collaboration avec les dermatologues demeure indispensable, tant pour orienter la prise en charge des patients que pour garantir la continuité des soins. Il apparaît crucial d'envisager une approche collaborative plus approfondie via la téléexpertise. Outre l'orientation de la prise en charge, il serait bénéfique que les dermatologues détaillent davantage leurs réponses lors de la téléexpertise. Cette démarche permettrait aux médecins généralistes de tirer pleinement profit de ces échanges, en favorisant leur formation continue. En fournissant des explications détaillées, des principes de diagnostic et des conduites à tenir spécifiques à chaque cas, les dermatologues contribueraient à enrichir les connaissances des médecins généralistes et à renforcer leur autonomie dans la prise en charge des lésions cutanées. Cette approche interactive pourrait ainsi constituer une étape essentielle dans le processus d'amélioration des compétences des médecins généralistes en dermatologie, par le biais de la télédermatologie. Dans cet optique, nous avons élaboré un formulaire type qui pourrait être intégré sur Covalia⁶ (**Annexe 6**). Ce formulaire comprend un contexte, des photographies macroscopiques et dermoscopiques de la lésion, ainsi qu'une proposition de critères dermoscopiques à cocher avec une hypothèse diagnostique suggérée par le médecin généraliste. Il inclut également un encadré où le dermatologue peut indiquer le diagnostic envisagé, son avis et la conduite à tenir.

Concernant le coût, il serait souhaitable que chaque maison de santé puisse bénéficier d'une aide de la région pour l'acquisition de dermatoscope et que la cotation soit simplifiée ou rendue plus accessible à tous les médecins, facilitant ainsi son processus lors de l'utilisation de l'outil. Peut-on envisager une cotation dès qu'un diagnostic est établi à l'aide du dermatoscope ?

En conclusion, bien que la dermatoscopie offre des avantages indéniables en médecine générale, des efforts doivent être déployés pour surmonter les obstacles tels que le coût et le manque de temps, tout en améliorant la qualité et la diversité des formations. Une approche interactive basée sur la télédermatologie pourrait constituer une étape essentielle dans l'amélioration et la pérennisation des compétences des médecins généralistes en dermatologie.

⁶ Covalia est une plateforme de télémédecine utilisée au CHU de Poitiers.

CONCLUSION

Cette étude a mis en lumière l'impact significatif de la formation à la dermatoscopie sur la prise en charge des lésions cutanées par les médecins généralistes. Les résultats soulignent une évolution positive dans la pratique avec augmentation de confiance des médecins et une satisfaction globale de la formation pour sa concrétude et son utilité dans la reconnaissance et la description des lésions cutanées.

Les médecins expriment des préférences divergentes quant au format idéal de la formation continue, certains privilégiant le présentiel pour son aspect interactif, tandis que d'autres, notamment les jeunes médecins, optent pour des options virtuelles en ligne. La collaboration entre médecins généralistes et spécialistes est soulignée comme une source essentielle de formation continue, améliorant la prise en charge des patients, surtout dans les cas de maladies chroniques.

L'utilisation du dermoscope se révèle variée, souvent déclenchée par des demandes spécifiques des patients ou des préoccupations du médecin. Bien que salué pour sa qualité et sa facilité d'utilisation, le dermoscope a deux inconvénients : le coût de l'appareil et le manque de temps, qui sont des freins à son adoption généralisée.

Les forces de cette étude résident dans son évaluation approfondie d'une première formation en dermatoscopie, renforcée par une collaboration locale et la participation personnelle de l'auteur. Cependant, des limites, telles que la diversité des dermatoscopes utilisés par les participants, soulèvent des questions de comparabilité des résultats.

Les perspectives incluent des formations régulières plus pratiques, s'étendant au-delà d'une journée, ou la possibilité d'intégrer la dermatoscopie dès l'internat de médecine générale. Il serait intéressant de proposer une formation dermatoscopique en présentiel aux internes de DES de Médecine Générale durant leur phase d'approfondissement. L'introduction de formations sur les exérèses de lésions non suspectes et une évaluation à long terme de la confiance des médecins dans l'utilisation du dermoscope sont également à envisager.

Concernant la télédermatologie, le développement de protocoles de téléexpertise encourageant des réponses détaillées des dermatologues pourrait contribuer de manière significative à l'amélioration continue des compétences des médecins généralistes dans le domaine de la dermatologie, renforçant ainsi la qualité des soins dermatologiques dispensés en période de difficulté d'accès aux soins.

En conclusion, la collaboration entre médecins généralistes et dermatologues est cruciale pour garantir une utilisation pérenne et bénéfique du dermoscope dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Cette thèse ouvre des pistes intéressantes pour l'amélioration de la pratique dermatologique des médecins généralistes, avec une attention particulière portée à la pérennité des compétences acquises. Comme le souligne Monsieur Robert Jorh, « *La pratique conduit à la perfection !* » (13) soulignant ainsi l'importance de l'expérience continue pour renforcer l'utilisation du dermoscope.

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire pour les entretiens

QUESTIONNAIRE POUR ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ :

- *Qu'avez-vous pensé de la journée de formation à la dermatoscopie en octobre 2022 ?*
 - *Avez-vous d'autres formations à la dermatologie ?*
 - *Avez-vous acheté un dermatoscope suite de la formation ?*

- *Si oui dermatoscope :*
 - *Qu'est ce qui a changé dans votre pratique face aux lésions cutanées après la formation ?*
 - *Pour quelles indications / pathologies utilisez-vous le dermoscope ? les lésions pigmentaires ? non pigmentaires ? les deux ?*
Spécifier : fréquence d'utilisation ?
 - *Avez-vous consulté les diaporamas de la formation / algorithme ? oui tous / quelques-uns / non : comment cela vous a aidé ?*
 - *Aujourd'hui, pour poser un diagnostic, comment vous évaluez-vous sur votre confiance et votre capacité : à poser un diagnostic VS différencier malin / bénin ?*
Pour s'aider : échelle de 0 à 10.
 - *Avez-vous réussi à facturer l'utilisation du dermatoscope avec la cotation ?*
 - *Concernant les avis : demandez-vous des avis spécialisés ? Avec dermatoscope ?*
Quels sont les retours du dermatologue après la téléexpertise ?
 - *Quels sont les avantages et les inconvénients / freins à l'utilisation de la dermatoscopie ?*

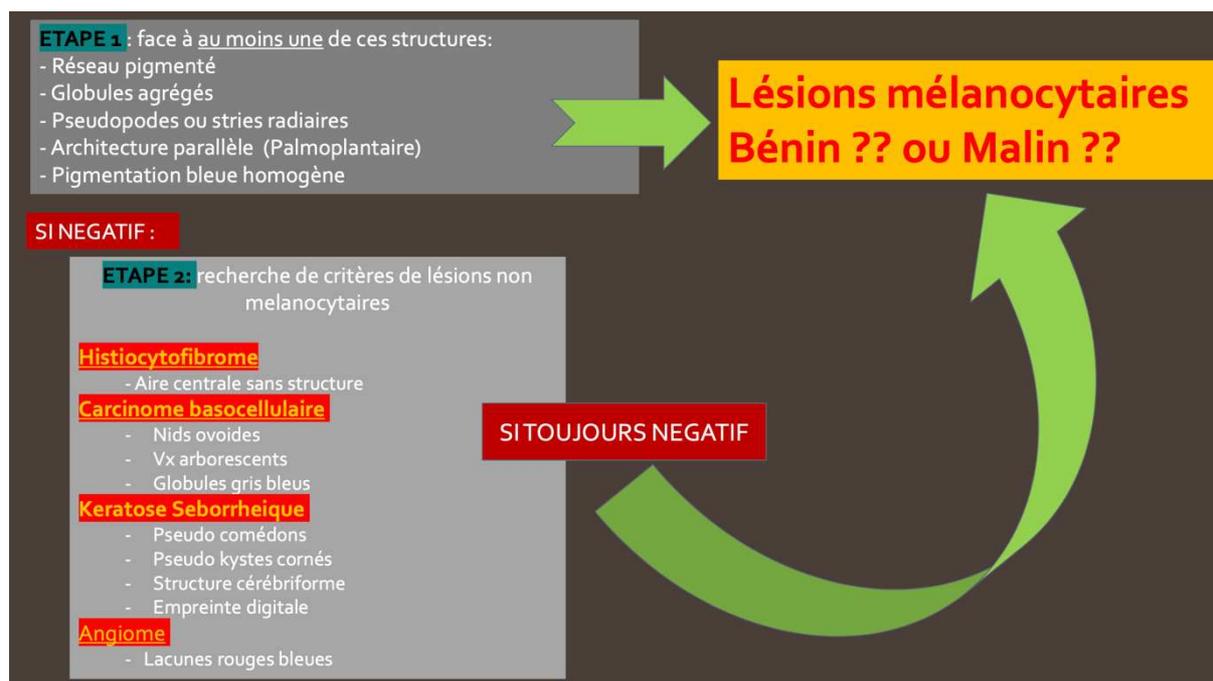
- *Si pas d'achat de dermatoscope après la formation :*
 - *Pourquoi n'avez-vous pas acheté de dermatoscope malgré la formation ? Quels sont les freins ?*

- *Pour tout le monde : pour augmenter votre capacité / confiance dans la pratique de dermatoscopie, quel format de formation continue préférez-vous ?*

Annexe 2 – Caractéristiques des médecins interviewés

Numéros des médecins	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Nombre d'années d'exercice
M1	Femme	Nouméa, Nouvelle-Calédonie	Médecin libéral Cabinet de groupe	21 ans
M2	Homme	Angoulême, Charente	Médecin salarié du centre de santé	5 ans
M3	Homme	La Couronne, Charente	Médecin libéral, maison de santé, MSP, SISA	17 ans
M4	Homme	L'Isle d'Espagnac, Charente	Médecin libéral Cabinet de groupe, MSP, SISA, SCM	15 ans
M5	Femme	Poitiers, Vienne	Médecin libéral Cabinet de groupe, SCM	17 ans
M6	Homme	Angoulême, Charente	Médecin libéral, cabinet de groupe MSP	15 ans
M7	Femme	Angoulême, Charente	Médecin libéral, cabinet de groupe MSP	17 ans
M8	Homme	Angoulême, Charente	Médecin libéral, cabinet de groupe MSP	17 ans
M9	Femme	Dignac, Charente	Médecin libéral, cabinet de groupe, MSP, SCM et CPTS	11 ans
M10	Femme	Buxerolles, Vienne	Médecin libéral, cabinet de groupe	8 ans
M11	Femme	Saint-Yrieix-sur-Charente	Médecin libéral, cabinet de groupe	17 ans
M12	Femme	Chazelles, Charente	Médecin libéral, cabinet de groupe, SISA	3 ans
M13	Femme	Luxé, Charente	Médecin libéral, cabinet de groupe, MSP, SCM et SISA	17 ans
M14	Homme	Montbron, Charente	Médecin libéral, cabinet de groupe, MSP, SCM, SISA	7 ans
M15	Femme	Vars, Charente	Médecin libéral, cabinet de groupe, MSP, SCM, SISA	17 ans

Annexe 3 – Algorithme page 1



Annexe 4 – Algorithme page 2



CHAOS AND CLUES

CHAOS:

distribution irrégulière, asymétrique des structures et/ou des couleurs

CLUES (indices de malignité): 8

- Réseau irrégulier: lignes d'épaisseurs différentes
- Lignes blanches : réseau inversé, lignes brillantes
- Stries radiaires segmentaires
- Points et globules irréguliers
- Aires sans structures excentrées
- Structures grises et structures bleues
- Lignes brisées
- Vx polymorphes: association de vx punctiformes et linéaires irréguliers



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CHU
Poitiers

TÉLÉEXPERTISE
DERMATOLOGIE



Formulaire de demande de téléexpertise

Contexte :

-
-
-

Photo macroscopique

Photo dermoscopique

Critères dermoscopiques à cocher :

- Asymétrie de structure
- Couleurs multiples
- Associé à :
 - Réseau pigmentaire élargi
 - Pseudopodes
 - Fuite pigmentaire radiale
 - Voile blanc-bleu
 - Multiples points bruns agrégés
 - Globules/points noirs périphériques
 - Aspect poussiéreux
 - Polychromie marquée
 - Dépigmentation pseudo-cicatricielle
 - Nids ovoïdes
 - Vaisseaux arborescents
 - Structures feuille d'érable
 - Autres :

Hypothèse du médecin généraliste

Conclusion du dermatologue

BIBLIOGRAPHIE

1. Données statistiques publiques en santé et social [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/>
2. Chiffres clés médecin dermatologue [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-dermatologue/>
3. Nicolas Berrod, Elsa Mari. Temps d'attente record, manque de renouvellement... Dermatologue, une espèce en voie de disparition ? Le Parisien [Internet]. 1 déc 2023; Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/amp/societe/sante/temps-dattente-record-manque-de-renouvellement-dermatologue-une-espece-en-voie-de-disparition-02-12-2023-CUVGVUL7EJB3HA6K7GTAHN3AOY.php?ts=1702725447231>
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Page 103-104 [Internet]. 2023 [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf
5. Layan A. Enquête sur l'activité dermatologique du médecin généraliste en Aquitaine et la nécessité d'un avis dermatologique ou télédermatologique [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Bordeaux; 2019 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02494532/document>
6. Laurent Letrilliart, Irène Supper, Matthieu Schuers, David Darmon, Pascal Boulet, Madeleine Favre, Mad-Hélénie Guérin, Alain Mercier. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. [cité 10 oct 2023]; Disponible sur: <https://hal.science/hal-02046833/>
7. S. Ait Oussous, R. Chakiri. La pratique de la dermatologie en médecine générale (entre recours au spécialiste, besoins de formation et télédermatologie). *Dermatol Vénérologie* CHU Souss-Massa Agadir Maroc.
8. Halioua B, Houta B, Tibi M, Wolkenstein P, Chosidow O. Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : analyse des pratiques, des besoins et des difficultés rencontrées. *Ann Dermatol Vénérologie*. déc 2014;141(12):S324-5.
9. Institut National du Cancer (INCa). Panorama des cancers en France - Edition 2023 - Page 24. 2023.
10. Démoulin E, Rat C, Martin L, Mamzer MF. Teledermatology practices: Benefits, limitations and perspectives. Qualitative interview-based study with dermatologists. *Ethics Med Public Health*. mars 2021;16:100631.
11. Edmond Démoulin. Pratiques de la télédermatologie : avantages, limites et perspectives [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Paris; 2021 [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03231286/document>
12. Thomas L. Manuel de dermoscopie: avec cas cliniques commentés. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2021.
13. Rober Jorh, H-Peter Soyer, Giuseppe Argenziano, Rainer Hofmann-Wellenhof,

Massimiliano Scalvenzi. *La Dermoscopie*. Paris: Med'com; 2006. (Guide pratique de dermatologie).

14. Buch J, Criton S. Dermoscopy Saga - A Tale of 5 Centuries. *Indian J Dermatol*. 2021;66(2):174-8.

15. Service évaluation médico-économique et santé publique, HAS. *Stratégie de diagnostic précoce du mélanome*. 2006.

16. C. Monpeurt, E. Cinotti, P. Rubegni, B. Labeille, F. Cambazard, J.-L. Perrot. *Dermoscopie : différences entre les dermatoscopes à immersion et ceux à lumière polarisée*. *JIM.fr*. 14 mai 2018; Disponible sur: https://www.jim.fr/e-docs/dermatoscopie_différences_entre_les_dermatoscopes_a_immersion_et_ceux_a_lumiere_polarisee_171674/document_mise_point.phtml

17. Braun RP, Rabinovitz H, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH, Thomas L. [Dermoscopy of pigmented lesions]. *Ann Dermatol Venereol*. févr 2002;129(2):187-202.

18. Thomas L, Puig S. Dermoscopy, Digital Dermoscopy and Other Diagnostic Tools in the Early Detection of Melanoma and Follow-up of High-risk Skin Cancer Patients. *Acta Derm Venereol*. 2017;0.

19. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, Apalla Z, Karakyriou E, Karatolias A, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea: Dermoscopy of inflammatory skin diseases. *Br J Dermatol*. juin 2012;166(6):1198-205.

20. Lim SS, Shin K, Mun J. Dermoscopy for cutaneous fungal infections: A brief review. *Health Sci Rep*. janv 2022;5(1):e464.

21. Thappa D, Mane M, Nath A. Utility of dermoscopy in alopecia areata. *Indian J Dermatol*. 2011;56(4):407.

22. Leung V, Miller M. Detection of Scabies: A Systematic Review of Diagnostic Methods. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2011;22(4):143-6.

23. Alessandrini A, Starace M, Piraccini BM. Dermoscopy in the Evaluation of Nail Disorders. *Skin Appendage Disord*. 2017;3(2):70-82.

24. Kumar Jha A, Vinay K, Sławińska M, Sonthalia S, Sobjanek M, Kamińska-Winciorek G, et al. Application of mucous membrane dermoscopy (mucoscopy) in diagnostics of benign oral lesions - literature review and preliminary observations from International Dermoscopy Society study. *Dermatol Ther [Internet]*. janv 2021 [cité 29 janv 2024];34(1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.14478>

25. Dr Lorier-Roy E. *Dermato-info - La dermatoscopie : imagerie cutanée [Internet]*. [cité 2 janv 2024]. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-techniques-en-dermatologie/l'imagerie-cutanée-la-dermatoscopie>

26. Moulin C, Poulalhon N, Duru G, Debarbieux S, Dalle S, Thomas L. Dermoscopy use by French private practice dermatologists: a nationwide survey: Dermoscopy use by French private practice dermatologists. *Br J Dermatol*. janv 2013;168(1):74-9.

27. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in General Dermatology: A Practical Overview. *Dermatol Ther*. déc 2016;6(4):471-507.

28. Jones OT, Jurascheck LC, Utukuri M, Pannebakker MM, Emery J, Walter FM. Dermoscopy use in UK primary care: a survey of GP s with a special interest in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. sept 2019;33(9):1706-12.
29. Herschorn A. Dermoscopy for melanoma detection in family practice. *Can Fam Physician Med Fam Can*. juill 2012;58(7):740-5, e372-378.
30. Fee JA, McGrady FP, Rosendahl C, Hart ND. Dermoscopy Use in Primary Care: A Scoping Review. *Dermatol Pract Concept*. 30 avr 2019;98-104.
31. Kacem AB. La pratique de la dermatologie en médecine générale recours au spécialiste et besoins de formation en Picardie [Internet]. Ameins; 2019 [cité 26 déc 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02299190>
32. Fiona Venchi. Dermatoscopie en médecine générale en région PACA : état des lieux. Étude auprès d'un échantillon de 360 médecins généralistes libéraux [Internet] [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Marseille; 2019 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02118626/document>
33. Lu MD, Usatine R, Holt J, Harper DM, Verdieck A. Dermoscopy Training in Family Medicine Residencies: A CERA Survey of Program Directors. *Fam Med*. 6 avr 2023;55(4):259-62.
34. Luc Thomas. DU Dermoscopie optique et digitale [Internet]. Disponible sur: <https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-529/dermoscopie-optique-et-digitale.html>
35. Pr Dalle S, Pr Thomas L. DU Dépistage du mélanome de cancers de la peau en médecine générale et médecine du travail [Internet]. [cité 29 déc 2023]. Disponible sur: <https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1207/depistage-du-melanome-de-cancers-de-la-peau-en-medecine-generale-et-medecine-du-travail.html>
36. Formation Santé EDUPRAT. La dermoscopie dans le dépistage des cancers cutanés en médecine générale [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://eduprat.fr/formations/57202325076-la-dermoscopie-dans-le-depistage-des-cancers-cutanes-en-medecine-generale>
37. MG Form, Docteur Lassalle-Gerard M, Docteur Gohard F. MG Form - La dermatoscopie en médecine générale - Pays de la Loire [Internet]. Disponible sur: <https://www.mgform.org/formations/par-dates/session/dates?libre=dermatoscopie&sessionId=7553>
38. Dr. Marie Metge DrAC. Améliorer le dépistage des cancers cutanés grâce à la dermatoscopie (formation DPC en ligne) [Internet]. [cité 20 déc 2203]. Disponible sur: <https://www.cpsavy.org/formations/ameliorer-le-depistage-des-cancers-cutanes-grace-a-la-dermatoscopie-formation-dpc-en-ligne/>
39. Adesa asso. Formations - La dermatoscopie pour le médecin généraliste [Internet]. [cité 30 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.adesa.asso.fr/formations/par-dates/session/dates?sessionId=7041>
40. CMGF. Présentations du CMGF 2023 - LE DERMATOSCOPE : UN OUTIL PRÉCIEUX AUSSI POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <http://presentations.congresmg.fr/presentations-2023/>

41. Chappuis P, Duru G, Marchal O, Girier P, Dalle S, Thomas L. Dermoscopy, a useful tool for general practitioners in melanoma screening: a nationwide survey. *Br J Dermatol.* oct 2016;175(4):744-50.
42. Rioult G. Formation des généralistes à la dermoscopie dans un territoire de santé [Thèse d'exercice]. Angers; 2022.
43. Stolz W, Semmelmayr U, Johow K, Burgdorf WHC. Principles of dermoscopy of pigmented skin lesions. *Semin Cutan Med Surg.* mars 2003;22(1):9-20.
44. Rosendahl C, Cameron A, McColl I, Wilkinson D. Dermoscopy in routine practice - « chaos and clues ». *Aust Fam Physician.* juill 2012;41(7):482-7.
45. Gohard FP, Gaultier A, Schmeltz H, Rat C, Quereux G, Boussemart L. Évaluation de l'apprentissage de la dermoscopie après une journée de formation auprès de médecins généralistes français sur le dépistage des tumeurs cutanées. *Ann Dermatol Vénéréologie - FMC.* déc 2021;1(8):A168.
46. Le codage quali pour les nuls [Internet]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=R9Ng-qwM5eY>
47. Debret J. Le Codage d'Entretien - Méthodologie & Exemples [Internet]. 2018 [cité 30 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/codage-entretiens/>
48. ATLAS.ti [Internet]. Disponible sur: <https://atlasti.com>
49. Ameli.fr. Flash info - CCAM - Inscription d'un nouvel acte de diagnostic sur la peau et les tissus mous [Internet]. [cité 25 déc 2023]. Disponible sur: https://www.cnam.fr/Flashs2007/Specialistes/flash_dermatos_06-10-2006.htm
50. Omniprat. Omniprat - Dermoscopie pour surveillance de lésions à haut risque [Internet]. Disponible sur: <https://omniprat.org/fiches-pratiques/dermoscopie-pour-surveillance-de-lesions-a-haut-risque/>
51. Kalnow A, Beck-Esmay J, Riddell J, Casey J, Carlson JN, Rezaie SR, et al. Continuing Medical Education Delivery Preferences Among Physicians and Advanced Practice Providers in Emergency Medicine. *Cureus* [Internet]. 14 déc 2021 [cité 7 janv 2024]; Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/79501-continuing-medical-education-delivery-preferences-among-physicians-and-advanced-practice-providers-in-emergency-medicine>
52. Tomaschek R, Lampart P, Scheel-Sailer A, Gemperli A, Merlo C, Essig S. Improvement Strategies for the Challenging Collaboration of General Practitioners and Specialists for Patients with Complex Chronic Conditions: A Scoping Review. *Int J Integr Care.* 8 août 2022;22(3):4.
53. Tomaschek R, Gemperli A, Essig S. Improving collaboration between specialists and general practitioners in services for individuals with chronic spinal cord injury living in rural areas of Switzerland: Baseline results from the SCI-Co study. *J Spinal Cord Med.* 28 nov 2022;1-9.
54. Zalaudek I, Lallas A, Moscarella E, Longo C, Soyer HP, Argenziano G. The dermatologist's stethoscope—traditional and new applications of dermoscopy. *Dermatol Pract Concept* [Internet]. 30 avr 2013 [cité 8 janv 2024];3(2). Disponible sur: <https://dpcj.org/index.php/dpc/article/view/dermatol-pract-concept-articleid-dp0302a11>

55. Andersen CA, Espersen M, Brodersen J, Thomsen JL, Jensen MB, Davidsen AS. Learning strategies of general practitioners striving to achieve point-of-care ultrasound competence: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2 janv 2022;40(1):67-77.
56. Andersen CA, Holden S, Vela J, Rathleff MS, Jensen MB. Point-of-Care Ultrasound in General Practice: A Systematic Review. *Ann Fam Med*. janv 2019;17(1):61-9.
57. Gilardeau A. L'utilisation de l'échographie en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Rennes 1; 2019 [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/24f7f77d-058c-4886-92e4-d0376e212d8d?inline>
58. Fee JA, McGrady FP, Hart ND. Dermoscopy use in primary care: a qualitative study with general practitioners. *BMC Prim Care*. déc 2022;23(1):47.
59. Jones O, Jurascheck L, Van Melle M, Hickman S, Burrows N, Hall P, et al. Dermoscopy for melanoma detection and triage in primary care: a systematic review. *BMJ Open*. août 2019;9(8):e027529.
60. Morris J, Alfonso S, Hernandez N, Fernandez MI. Examining the factors associated with past and present dermoscopy use among family physicians. *Dermatol Pract Concept*. 31 oct 2017;7(4):63-70.
61. L'assurance maladie. Convention médicale - Focus sur les autres spécialités cliniques. Page 20 [Internet]. 2023 [cité 30 déc 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/20231207_Support_Focus_Autres%20spécialités%20cliniques.pdf
62. MG Form, Dr Lecomte S, Dr Auzerie V. MG Form - Inscription Dermatoscopie en médecine générale - Niveau 2 - Bordeaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.mgform.org/formations/par-dates/session/dates?libre=dermato&sessionId=7433>
63. Friche P. Évaluation de l'évolution des connaissances en dermoscopie des internes de médecine générale de Montpellier à la suite d'une formation en E-learning [Internet] [Thèse d'exercice]. Montpellier; 2021 [cité 26 déc 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03202932>
64. Askew DA, Wilkinson D, Schluter PJ, Eckert K. Skin cancer surgery in Australia 2001–2005: the changing role of the general practitioner. *Med J Aust*. août 2007;187(4):210-4.

RÉSUMÉ

Introduction : La dermoscopie est très peu utilisée par les médecins généralistes français car ils sont peu formés. Une formation à la dermoscopie a été réalisée auprès de 28 médecins généralistes sur une journée en Charente.

Objectif : Suite à cette formation, cette thèse a pour but de recueillir l'avis sur la formation et d'évaluer l'impact dans la pratique et l'aide apportée dans la prise en charge des lésions cutanées des médecins généralistes après une formation à la dermatoscopie.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de 15 médecins généralistes de Mars à Juillet 2023.

Résultats : La formation à la dermatoscopie a suscité un intérêt parmi les médecins généralistes, soulignant son caractère complet et adapté à la médecine générale. Les résultats indiquent un changement dans la stratégie thérapeutique post-formation, avec une capacité accrue à rassurer les patients ou à fournir des avis plus pertinents. Le dermoscope a été perçu comme un outil de réassurance, renforçant la confiance des patients et la compétence des médecins généralistes. Cependant, seulement 13 des 15 médecins interrogés ont adopté le dermatoscope après la formation avec une utilisation variant d'une fois par semaine à une fois par mois. Les principaux freins sont le manque de temps et le coût associé à l'outil. Des lacunes subsistent, notamment la nécessité d'une formation continue, dont les modalités pratiques varient en fonction des répondants. Enfin, la dermoscopie élargit les compétences des médecins, elle n'a pas pour objectif final de substituer les généralistes aux dermatologues.

Discussion et perspectives : Les résultats indiquent une amélioration de la pratique avec un retour positif d'une formation en présentiel. Toutefois, la formation ne suffit pas à pérenniser l'utilisation de la dermoscopie en médecine générale. L'intégration précoce de la dermatoscopie dans la formation initiale des internes de médecine générale, combinée à des formations continues, pourraient renforcer les compétences des futurs praticiens. Une collaboration accrue entre dermatologues et médecins généralistes, facilitée par la téléexpertise, pourrait enrichir la formation continue des médecins généralistes en fournissant des explications détaillées et des principes diagnostiques afin de pérenniser l'utilisation du dermoscope. Ainsi, une approche interactive basée sur la télédermatologie via un formulaire pourrait contribuer de manière significative à l'amélioration des compétences des médecins généralistes.

Mots clés : *Dermatologie, Dermatologue, Dermatoscopie, Dermoscope, Dermatoscope, Dermoscopie, Formation, Formation continue, Impact, Lésions cutanées, Médecine générale, Prise en charge.*



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et
de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

