

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Léa REVEILLARD

le 05 novembre 2020

**REPRESENTATIONS ET EXPERIENCE QU'ONT LES MEDECINS GENERALISTES DE LA
DERMOSCOPIE POUR LE DEPISTAGE DU MELANOME EN SOINS PRIMAIRES :
ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DES PYRENEES
ORIENTALES**

Directeurs de thèse : Dr Agnès OUDE ENGBERINK, Dr Jacques RAMBAUD

JURY

Président : Monsieur le Professeur Laurent MEUNIER

Assesseur : Monsieur le Professeur Gérard BOURREL

Assesseur : Madame le Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Assesseur : Monsieur le Docteur Jacques RAMBAUD

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Léa REVEILLARD

le 05 novembre 2020

**REPRESENTATIONS ET EXPERIENCE QU'ONT LES MEDECINS GENERALISTES DE LA
DERMOSCOPIE POUR LE DEPISTAGE DU MELANOME EN SOINS PRIMAIRES :
ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DES PYRENEES
ORIENTALES**

Directeurs de thèse : Dr Agnès OUDE ENGBERINK, Dr Jacques RAMBAUD

JURY

Président : Monsieur le Professeur Laurent MEUNIER

Assesseur : Monsieur le Professeur Gérard BOURREL

Assesseur : Madame le Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Assesseur : Monsieur le Docteur Jacques RAMBAUD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIÉ Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philipp	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian

Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

JEANDEL Claude

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

JONQUET Olivier

Médecine intensive-réanimation

JORGENSEN Christian

Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier

Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre

Neurologie

LARREY Dominique

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

LUMBROSO Serge

Biochimie et Biologie moléculaire

MARTY-ANE Charles

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques

Physiologie

MESSNER Patrick

Cardiologie

MONDAIN Michel

Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis

Pédiatrie

PAGEAUX Georges-Philippe

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PUJOL Pascal

Biologie cellulaire

QUERE Isabelle

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

RENARD Eric

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques

Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIPART Jacques

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

ROUANET Philippe

Cancérologie ; radiothérapie

SOTTO Albert

Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TAOUREL Patrice

Radiologie et imagerie médicale

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophtalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-
vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

JEZIORSKI Éric

Pédiatrie

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Laurent MEUNIER,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre expertise.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Gérard BOURREL,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de juger ce travail.

Je vous remercie pour vos conseils avisés pour l'analyse qualitative.

Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Agnès OUDE ENGBERINK,

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury.

Je te remercie d'avoir accepté de co-diriger ce travail. Merci pour ta disponibilité, ton soutien et tes précieux conseils qui m'ont permis de mener à bien cette étude. Je t'en suis profondément reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Jacques RAMBAUD,

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury.

J'ai eu le plaisir d'apprendre à tes côtés et de partager tes connaissances.

Merci pour ta disponibilité et la confiance que tu m'as accordée. Ce travail est l'occasion de t'exprimer mon profond respect.

Aux médecins interviewés

Mon projet n'aurait pas pu aboutir sans votre aide.

Je vous remercie pour votre bienveillance et de m'avoir accordé de votre temps précieux. Je suis très heureuse que ce travail m'ait permis de faire votre connaissance.

Aux médecins que j'ai rencontrés tout au long de mon cursus universitaire, qui ont suscité mon admiration et nourri mon enthousiasme pour la pratique de ce métier.

Tout particulièrement :

Aux Professeurs Luc Thomas et Stephane Dalle du Service de dermatologie de l'Hôpital Lyon Sud, pour la qualité de votre enseignement.

Au Docteur Anne Serres-Cousine, pour ton implication dans la formation des médecins généralistes. Merci pour ton enthousiasme à me recevoir dans ton cabinet et tout ce que tu m'as appris.

Au personnel paramédical et administratif des différents stages

Aux médecins avec lesquels je travaille actuellement pour leur gentillesse et leur bienveillance : Docteur Anne Lafforgue, Docteur Cécile Neuvillers, Docteur Chantal Malzac, Docteur Marie Azoury.

Et aux secrétaires pour leur aide précieuse: Florence, Sophie, Martine.

A ma famille

A mes parents,

Merci de m'avoir permis de me construire dans l'amour et la tendresse. Merci pour votre soutien sans faille et votre aide tout au long de mes études. Je vous aime profondément.

Maman, merci pour tes précieuses relectures et corrections orthographiques de ma thèse.

A mes frères et ma sœur,

Théo, Louise et Arthur, merci pour votre joie de vivre, pour tous les fabuleux moments passés avec vous. Merci pour votre soutien depuis toutes ces années. Vous êtes formidables. Je suis si fière de vous. Je vous aime très fort.

A mes grands-parents,

Je vous envoie tout mon amour.

Mounette, tu es une grand-mère exceptionnelle. Merci pour tout l'amour que tu m'apportes depuis que je suis née.

Mamie, merci pour le soutien et la confiance dont tu as fait preuve à mon égard durant toutes ces années. Je pense fort à toi.

A ma grande famille,

A mes tantes et oncles, cousines et cousins pour votre soutien et votre bienveillance.

A Michèle partie trop tôt.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir si bien accueilli depuis notre rencontre.

A François,

Merci de faire parti de ma vie depuis toutes ces années. Merci pour ton amour, ton soutien et ta patience au quotidien. A notre avenir.

A Mina,

Mon petit chat d'amour.

A mes ami(e)s

A Constance,

Merci pour ton soutien et tous ces chouettes moments passés ensemble depuis plus de 25 ans. Tu es une amie en or.

A Auria,

Tu es une amie formidable. Merci pour ton soutien, ton écoute et ta générosité depuis toutes ces années.

A Abdu,

Merci pour ton soutien malgré les milliers de kilomètres qui nous séparent. J'admire ton courage et ta persévérance. Je pense fort à toi et à ta famille.

A Romain, Adeline, Alexandra, Julia, Anne-Sophie, Laurie,

Malgré le temps qui passe et nos vies bien chargées, rien ne change. Merci d'être là. Félicitations à tous pour les heureux événements récents, en cours et à venir !

A Marie,

Merci pour ton écoute, ta bienveillance et tes précieux conseils pour ma thèse. Je suis heureuse de te connaître.

A Emilie,

Ma super voisine. Merci de me faire vivre tes aventures.

Table des matières

ABREVIATIONS	22
INTRODUCTION	23
MATERIEL ET METHODE	26
I. RECUEIL DE DONNEES.....	26
A. <i>Echantillonnage en variation maximale</i>	26
B. <i>Entretiens individuels semi-directifs</i>	27
C. <i>Guide d'entretien (Annexe 2)</i>	27
D. <i>Conditions du recueil</i>	28
1. Recrutement et information des participants	28
2. Modalités pratiques des entretiens.....	29
II. ANALYSE THEMATIQUE.....	30
A. <i>Retranscription des données</i>	30
B. <i>Traitement des données</i>	31
1. Analyse continue	31
2. Codage des données.....	31
III. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	32
A. <i>Déroulement</i>	32
B. <i>Moteurs de recherche et banques de données</i>	32
C. <i>Autres sources d'information</i>	32
IV. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	33
RESULTATS	34
I. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	34
II. THEMES DOMINANTS	35
A. <i>Dépistage du mélanome en soins primaires et attitude du médecin généraliste devant une lésion cutanée suspecte de mélanome</i>	35
1. La pratique du dépistage n'était pas systématique. La plupart du temps, les médecins ne regardaient que les lésions montrées par le patient.....	35
2. Les modalités du dépistage variaient selon le degré d'implication de chaque médecin dans ce dépistage.....	37
3. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage n'était pas univoque. Son rôle d'éducateur à la santé consistant à sensibiliser les patients à l'importance, de la photo-protection et de la pratique d'un auto-examen cutané était soulevé.....	38
4. Les principaux freins au dépistage étaient le manque de légitimité lié à un manque de connaissance, d'expérience et de reconnaissance des patients, le manque de temps et la réticence des patients à se déshabiller	39
5. Suggestion pour faciliter la pratique de ce dépistage : la mise en place d'une consultation dédiée	42
6. Attitude devant une lésion cutanée suspecte de mélanome : recours au dermatologue (direct ou téléexpertise) ou au chirurgien.....	42
B. <i>Représentations et expérience des médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome</i>	44
1. Les avantages de la dermoscopie et intérêts à son utilisation : une aide au diagnostic renforçant la confiance du médecin généraliste dans l'analyse des lésions pigmentées et leur prise en charge, un moyen d'améliorer le dépistage précoce et de réduire le nombre de recours aux spécialistes et le nombre de biopsies et d'exérèses inutiles, utilité pour la téléexpertise	44
2. Les inconvénients de la dermoscopie et freins à son utilisation : la nécessité d'une formation appropriée, la responsabilité qu'engendre l'utilisation de l'appareil, son prix et le temps nécessaire à son utilisation.....	46
3. Place de la dermoscopie en médecine générale : utilisation conditionnée par le type de patientèle, les conditions d'exercice, l'offre en dermatologues environnant le cabinet et les propres appétences des praticiens	51
4. Questionnement lié à une méconnaissance de l'outil	53
5. Pistes pour en faciliter l'usage : optimiser la formation initiale en dermatologie, sensibiliser les médecins généralistes à la dermoscopie et leur proposer des formations appropriées, valoriser financièrement la pratique de la dermoscopie, poursuivre le développement de la télédermatologie notamment de la téléexpertise.....	54
III. ARBRES THEMATIQUES	60
DISCUSSION	64
I. PRINCIPAUX RESULTATS.....	64

A.	<i>Le dépistage du mélanome en médecine générale.....</i>	<i>64</i>
B.	<i>La dermoscopie dans la démarche diagnostique.....</i>	<i>65</i>
II.	MISE EN PERSPECTIVE AVEC LA LITTÉRATURE	66
A.	<i>Le dépistage du mélanome en médecine générale.....</i>	<i>66</i>
1.	Le médecin généraliste, acteur clé de l'onco-dermatologie.....	66
2.	Limites du dépistage.....	69
3.	Freins au dépistage dermatologique	70
4.	Suggestion pour faciliter la pratique de ce dépistage	72
5.	Attitude face à une lésion cutanée suspecte de mélanome.....	72
B.	<i>La dermoscopie dans la démarche diagnostique.....</i>	<i>73</i>
1.	Avantages de la dermoscopie	73
2.	Freins à l'utilisation de la dermoscopie.....	75
3.	Place de la dermoscopie en médecine générale.....	76
4.	Pistes pour en favoriser l'usage	77
IV.	FORCES ET LIMITES	82
A.	<i>En ce qui concerne le recueil de données</i>	<i>82</i>
B.	<i>En ce qui concerne l'analyse</i>	<i>83</i>
V.	PERSPECTIVES ET IMPLICATIONS PRATIQUES.....	84
A.	<i>Concernant le dépistage du mélanome en soins primaires.....</i>	<i>84</i>
B.	<i>Concernant la dermoscopie dans la démarche diagnostique du mélanome en soins primaires.....</i>	<i>85</i>
	CONCLUSION	86
	BIBLIOGRAPHIE.....	88
	ANNEXES	92
	<i>Annexe 1 : Guide du médecin traitant.....</i>	<i>92</i>
	<i>Annexe 2 : Guide d'entretien</i>	<i>96</i>
	<i>Annexe 3 : Recueil des caractéristiques des participants.....</i>	<i>97</i>
	<i>Annexe 4 : Formulaire de consentement</i>	<i>98</i>
	SERMENT D'HIPPOCRATE	99
	RESUME	100

ABREVIATIONS

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

CPP : Comité de Protection des Personnes

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

ECNi : Examen Classant National informatisé

FMC : Formations Médicales Continues

HAS : Haute Autorité de Santé

MSU : Maître de Stage Universitaire

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

INTRODUCTION

Le mélanome est un problème de santé publique en raison de son incidence en constante augmentation, de sa morbidité et de sa capacité à métastaser en mettant en jeu le pronostic vital du patient.

En France métropolitaine, le mélanome représente entre 2 et 3% de l'ensemble des cancers et se situe au 8^{ème} rang des cancers les plus fréquents chez l'homme et au 6^{ème} rang chez la femme.

En 2018 (1), le nombre de nouveaux cas de mélanome était estimé à 15 513 (7911 hommes et 7602 femmes). Le taux d'incidence standardisé à la population mondiale pour 100 000 personnes-années était estimé à 13,6 chez l'homme et à 13.5 chez la femme.

Dans les deux sexes, l'incidence de ce cancer est en forte augmentation depuis 1980.

L'âge médian au diagnostic est de 60 ans chez la femme et de 66 ans chez l'homme.

De grandes différences d'incidence sont observées en fonction de la latitude (exposition aux UV) et des populations (sujets à peau claire plus à risque). Cette incidence atteint des sommets (34 nouveaux cas/100 000 habitants/an) en Australie.

En 2018, en France métropolitaine, le nombre de décès était estimé à près de 2000 dont 57 % chez l'homme, soit 1 % des décès par cancer.

Cependant, le mélanome est un cancer de bon pronostic s'il est détecté tôt. En effet, le taux de survie relative à 5 ans est de 88 % au stade localisés et de 18 % au stade métastatique.

Le diagnostic précoce est donc l'intervention la plus efficace pour améliorer le pronostic du mélanome.

Actuellement, il n'existe pas de dépistage organisé systématique du mélanome en France car la preuve de l'efficacité d'un dépistage systématique, comme pour le cancer du sein chez la femme ou le cancer colo-rectal, n'est pas établie. Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé vont dans le sens d'un dépistage individuel orienté en fonction du risque de chaque individu. La stratégie de dépistage repose en grande partie sur l'intervention du médecin traitant qui identifie les patients à risque ou détecte une lésion cutanée suspecte à l'occasion d'une consultation (2,3), (Annexe 1).

La difficile accessibilité au dermatologue renforce le rôle essentiel du généraliste dans cette

activité de dépistage.

Le diagnostic des lésions pigmentées est difficile et reste un défi constant pour le clinicien.

Une revue systématique Cochrane publiée en 2018 (4) a mis en évidence que l'inspection visuelle seule n'est pas suffisamment sensible pour la détection du mélanome. De plus, il n'y aurait aucune preuve claire que la précision du diagnostic de l'inspection visuelle soit améliorée par l'utilisation d'algorithmes (règle ABCDE, règle des 7 points du groupe de Glasgow, signe du « vilain petit canard »). Par conséquent, elle suggère que d'autres technologies soient utilisées pour assurer un diagnostic précis du cancer de la peau.

La dermoscopie, également connue sous le nom de dermatoscopie ou microscopie par épiluminescence, en fait partie. Il s'agit d'une technique d'examen non-invasive, *in vivo*, qui permet l'observation des structures morphologiques de l'épiderme, de la jonction dermo-épidermique jusqu'au derme réticulaire, non visibles à l'œil nu (5).

Le dermoscope est un appareil de poche, constitué d'une lentille grossissante (x10) et d'une source de lumière. La lumière produite par le dermoscope est absorbée par les différents chromophores de la peau (mélanine, hémoglobine des vaisseaux et hémosidérine) et l'image obtenue résulte de la distribution et de l'architecture de ces derniers dans l'épiderme et le derme.

Deux systèmes ont été développés : la dermoscopie par immersion et la dermoscopie par lumière polarisée. Des dermoscopes dits « hybrides » couplent les deux systèmes.

L'intérêt principal de la dermoscopie est l'examen des lésions pigmentées. Elle permet de distinguer leur nature mélanocytaire (naevus, mélanome) ou non-mélanocytaire (kératose séborrhéique, carcinome, angiome) et d'évaluer leur nature bénigne ou maligne (2).

Une autre revue systématique Cochrane également publiée en 2018 (6) a montré que, utilisée par des spécialistes, la dermoscopie améliore la sensibilité et la spécificité du diagnostic de mélanome par rapport à l'examen clinique à l'œil nu. Les données en faveur de son utilisation en contexte de soins primaires sont limitées, mais la dermoscopie pourrait aider à trier les lésions suspectes en vue d'une orientation en urgence vers un spécialiste, lorsqu'elle est pratiquée par des cliniciens dûment formés.

Déjà largement utilisée par les spécialistes, elle l'est de plus en plus en soins primaires, notamment en Australie où 40% des médecins généralistes déclaraient utiliser un dermoscope dans leur pratique de routine (7).

Dans son travail de thèse, constituant la première évaluation de l'utilisation du dermoscope par les médecins généralistes français, Chappuis P. rapportait que seulement 7,1 % des répondants possédaient un dermoscope et 16,9 % avaient reçu une formation en dermoscopie(8).

Une autre revue systématique récente (9) mettait en évidence une absence préoccupante de recherche qualitative sur l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes. Elle soulignait que des questionnaires avaient tenté de mettre en évidence la perception qu'avaient ces médecins, des avantages de la dermoscopie et des freins à son utilisation, mais qu'ils l'avaient inévitablement fait à un niveau superficiel.

Cette étude repose sur une méthodologie qualitative centrée sur le vécu des médecins généralistes. Son objectif est de comprendre les représentations et l'expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires.

MATERIEL ET METHODE

Inscrit dans un paradigme compréhensif, il s'agissait d'un projet en recherche qualitative avec recueil de données par entretiens individuels semi-dirigés et analyse thématique.

L'objectif était de comprendre les représentations et l'expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires.

I. Recueil de données

A. Echantillonnage en variation maximale

L'objectif était de recruter des praticiens au profil le plus hétérogène possible en terme d'âge, de sexe et d'expérience variée (zone d'activité, mode d'exercice, formation ou expérience pratique en lien avec la dermoscopie, etc). En effet, dans ce type d'étude, ce n'est pas la représentativité qui est recherchée mais au contraire la variabilité d'expérience.

« L'échantillonnage en variation maximale, appelé aussi échantillonnage théorique est un type d'échantillonnage particulièrement adapté lorsque la question de recherche s'intéresse à la diversité des perceptions, opinions, comportements. » (10)

Le choix des participants a porté sur des médecins généralistes, en activité libérale, exerçant dans les Pyrénées Orientales, qu'ils soient installés ou remplaçants, pratiquant ou non la dermoscopie.

La difficulté de savoir quels médecins généralistes pratiquaient la dermoscopie dans le département s'est alors présentée, son utilisation en soins primaires étant limitée en France.

Pour y pallier, il a été décidé de faire appel à un confrère dermatologue qui travaillait en lien avec des médecins généralistes pratiquant la dermoscopie. Cela a permis d'obtenir les coordonnées de ces médecins afin de leur proposer d'intégrer l'étude.

La taille de l'échantillon était déterminée par la réalisation elle-même de l'étude.

L'analyse étant effectuée au fur et à mesure du recueil des données, il arrive un moment où le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle : on parle de « saturation des données ».

La saturation des données a été confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires avant d'arrêter le recueil. (10)

« La saturation désigne le moment lors duquel le chercheur réalise que l'ajout de données nouvelles dans sa recherche n'occasionne pas une meilleure compréhension du phénomène étudié. Cela constitue un signal qu'il peut cesser la collecte de données ou leur analyse ou les deux actions vécues simultanément. » (11)

B. Entretiens individuels semi-directifs

Cette méthode de recueil de données permet d'investiguer la dimension intime et singulière des représentations ou expériences vécues, notamment, dans cette étude, les difficultés éprouvées par les médecins généralistes dans l'évocation de leurs patients atteints ou décédés de mélanome.

Contrairement à l'entretien de groupe, l'entretien individuel permet de garantir la spontanéité et la liberté de réponse de l'interviewé, face au caractère parfois intimidant du groupe.

C. Guide d'entretien (Annexe 2)

Dans l'entretien semi-directif, l'investigateur utilise une grille préétablie de questions ouvertes : le guide d'entretien. Ce guide se veut directif car il permet de s'assurer que l'ensemble des thèmes à aborder l'ont été mais il ne l'est qu'en partie car c'est bien l'intervieweur qui doit s'adapter à chacun de ses interlocuteurs afin de récolter la plus grande quantité d'information possible. Il reste souple et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'entretien.

Le guide d'entretien a été élaboré avec l'aide de deux experts en analyse qualitative : le Docteur Agnès OUDE ENGBERINK et le Professeur Gérard BOURREL, en se référant aux données de la littérature.

Le guide d'entretien se composait de six questions ouvertes centrées sur les représentations et l'expérience vécue des participants.

La première question portait sur leurs représentations concernant le dépistage du mélanome en consultation de médecine générale.

La deuxième s'intéressait à leur attitude devant une lésion cutanée suspecte de mélanome.

La troisième investiguait leur expérience vécue concernant un cas de suivi de patient présentant une lésion suspecte de mélanome.

La quatrième question abordait leurs représentations et leur expérience de la dermoscopie.

La cinquième, les conduisait à s'interroger sur les éventuelles pistes pour en faciliter l'usage.

Le but de la dernière question était d'évaluer ce qui leur paraissait le plus important par rapport à tout ce qu'ils avaient dit durant l'entretien.

A l'issue du troisième entretien, le guide a été réévalué sans qu'il soit jugé pertinent de le modifier.

D. Conditions du recueil

1. Recrutement et information des participants

Les médecins étaient sollicités par téléphone ou par mail. Ce premier contact était l'occasion de présenter brièvement le sujet de thèse et d'obtenir un rendez-vous en précisant une durée minimale d'une demi-heure. Ils étaient libres de déterminer la date et le lieu qui leur convenaient le mieux. Tous les médecins contactés ont été volontaires pour participer à l'étude.

2. Modalités pratiques des entretiens

Le rendez-vous et le lieu étaient fixés à la convenance du médecin.

Ils se sont tenus sur leur lieu de travail ou à leur domicile.

Les entretiens débutaient par une courte introduction remerciant le participant et rappelant l'objectif de l'étude et les modalités de discussion.

Les participants devaient ensuite remplir une fiche de renseignements (Annexe 3 : Recueil des caractéristiques des participants) et signer un formulaire de consentement éclairé à l'enregistrement, au traitement voire à la publication des données qui seraient totalement anonymisées afin d'assurer leur confidentialité et de respecter le secret médical (Annexe 4).

L'enregistrement pouvait alors débuter via l'application dictaphone sur téléphone portable.

Les questions étaient posées une à une en les lisant.

Conformément aux principes de l'entretien semi-dirigé, l'enquêté n'était pas interrompu. Il était encouragé à développer et à citer des exemples. Les « blancs » étaient respectés. Ses propos étaient parfois reformulés pour vérifier la bonne compréhension du discours.

Une attitude la plus neutre possible était adoptée (10).

II. Analyse thématique

La méthode d'analyse des données empiriques était une méthode thématique.

« L'analyse thématique a deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation. La première fonction concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. La deuxième fonction va plus loin et concerne la capacité de tracer des parallèles ou de documenter des oppositions ou divergences entre les thèmes. Il s'agit en somme de construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène à l'étude vont se matérialiser dans un schéma (l'arbre thématique). »
(12)

Un repérage de thèmes dans les verbatims a donc été effectué puis ces thèmes ont été comparés les uns aux autres, de façon progressive, afin de rechercher les liens les plus manifestes entre eux et ainsi procéder à des fusions, des subdivisions, des regroupements et des hiérarchisations pour permettre l'élaboration d'un arbre thématique.

A. Retranscription des données

La retranscription des entretiens était faite peu de temps après l'interview. Ils étaient retranscrits mot à mot, sous forme écrite, les verbatims, avec le logiciel de traitement de texte Word, en essayant d'y conserver les émotions et le ressenti au moment de l'interview.

Pour garantir l'anonymat, les médecins étaient nommés M et indicés suivant l'ordre chronologique des entretiens.

B. Traitement des données

1. Analyse continue

Le recueil et l'analyse étaient menés simultanément. L'analyse débutait donc dès le premier entretien afin de pouvoir adapter le guide d'entretien et de repérer la saturation au fil des interviews.

2. Codage des données

Pour chaque entretien, il débutait par plusieurs lectures approfondies du verbatim.

Le verbatim était ensuite découpé, de façon linéaire et progressive, en unités de sens, fragments de texte exprimant chacun une idée, en utilisant un code couleur pour chaque idée.

Les idées étaient ensuite regroupées pour former des thèmes.

L'idéal était de débiter avec des thèmes de faible inférence, c'est à dire construits mot à mot à partir du témoignage de l'interviewé, afin de ne pas générer de catégories conceptualisantes qui seraient hors propos car sortant du cadre de l'analyse thématique.

Les thèmes étaient notés sur un support à part appelé « relevé des thèmes ».

A partir du deuxième entretien, le travail consistant à caractériser ces thèmes pour en faire des ensembles thématiques saillants devenait possible. Cela consistait à comparer les thèmes les uns aux autres, de façon progressive, afin de rechercher les liens les plus manifestes entre eux et ainsi procéder à des fusions, des subdivisions, des regroupements et des hiérarchisations.

Ces ensembles thématiques saillants étaient notés sur un autre support appelé « journal de thématisation ».

Chaque entretien conduisait à l'élaboration d'un arbre thématique.

Les arbres thématiques étaient ensuite confrontés les uns aux autres permettant la réalisation d'un arbre thématique « final » reflétant l'ensemble des arbres thématiques réalisés (12).

III. Recherche bibliographique

A. Déroulement

Le travail de documentation a débuté par un état des lieux des publications sur la pratique de la dermoscopie en médecine générale pour le dépistage du mélanome. Ce travail préliminaire a permis d'élaborer la question de recherche et le guide d'entretien. Excepté la documentation méthodologique, la suite de la recherche bibliographique s'est faite après le recueil des données.

B. Moteurs de recherche et banques de données

Les recherches ont été conduites en utilisant les bases de données bibliographiques de la bibliothèque interuniversitaire de Montpellier, du SUDOC ainsi que de Medline via le moteur de recherche Pubmed.

Les mots clés Mesh utilisés étaient :

- En Français : dermoscopie, dermatoscopie, microscopie épiluminescence, mélanome, lésion pigmentée, médecine générale, soins de santé primaire, examen cutané.
- En Anglais : dermoscopy, dermatoscopy, epiluminescence microscopy, melanoma, family practice, general practice, general practitioners, primary health care.

C. Autres sources d'information

D'autres sources d'information ont été utilisées notamment des sites internet (Haute Autorité de santé, Santé publique France, etc), ainsi que des ouvrages.

IV. Aspects éthiques et réglementaires

Il s'agissait d'un recueil de pratiques professionnelles.

Selon l'arrêté du 9 mai 2017, l'étude ne relevait pas du champ de la loi Jardé du 5 mars 2012. L'accord du comité de protection des personnes (CPP) n'a donc pas été demandé. Conformément aux principes éthiques en recherches qualitatives, un formulaire de consentement éclairé à l'enregistrement, au traitement voire à la publication des données était signé par chaque participant (Annexe 4). Les données étaient entièrement anonymisées afin d'assurer leur confidentialité et de respecter le secret médical.

RESULTATS

I. Caractéristiques des participants

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Numéro d'ordre	Sexe	Age	Zone d'activité	Mode d'exercice	Formation en lien avec la dermoscopie	Expérience pratique de la dermoscopie	Autres caractéristiques
M1	H	39	Semi-rurale	Groupé	Non	Non	
M2	H	66	Rurale	Groupé	Non	Non	MSU
M3	F	27	Semi-rurale	Groupé	Non	Oui	Remplaçant
M4	H	30	Urbaine	Groupé	Non	Non	Remplaçant
M5	H	37	Semi-rurale	Groupé	Oui	Oui	
M6	H	57	Semi-rurale	Groupé	Oui	Oui	MSU
M7	F	50	Semi-rurale	Isolé	Oui	Oui	MSU
M8	F	51	Rurale	Isolé	Non	Oui	
M9	F	65	Urbaine	Groupé	Non	Non	MSU
M10	F	29	Urbaine	Groupé	Non	Non	

L'âge des médecins composant l'échantillon allait de 27 à 66 ans avec une moyenne de 45 ans.

Trois médecins avaient une formation spécifique : un avait assisté à un séminaire animé par un dermatologue, un autre s'était formé lors de stages chez des dermatologues ainsi que sur des manuels de dermoscopie et un, uniquement sur des manuels. Aucun ne disposait d'un Diplôme Universitaire (DU) en lien avec la dermoscopie.

Ils étaient quatre à être équipés d'un dermoscope.

La durée des entretiens variait de 10 minutes à 30 minutes avec une moyenne de 19 minutes.

II. Thèmes dominants

A. Dépistage du mélanome en soins primaires et attitude du médecin généraliste devant une lésion cutanée suspecte de mélanome

L'étude des représentations et de l'expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires impliquait d'explorer, au préalable, leurs représentations et leur expérience du dépistage du mélanome ainsi que leur attitude devant une lésion cutanée suspecte de mélanome.

1. La pratique du dépistage n'était pas systématique. La plupart du temps, les médecins ne regardaient que les lésions montrées par le patient

La majorité des médecins généralistes ne l'effectuait pas systématiquement mais seulement dans certaines circonstances.

- En cas de **facteurs de risque de mélanome.**

M3 « Voilà, après moi, c'est vraiment en fonction aussi des facteurs de risque des gens avant tout, que je le ferais. »

- Lors de la **première rencontre avec le patient.**

M2 « Si c'est la première fois que je vois mon patient, je le fais toujours déshabiller, je regarde devant, derrière... »

- **Examen du tégument visible** au cours des examens cliniques habituels à la recherche de lésions suspectes.

M1 « Après, quand je les ausculte, effectivement voilà, en écoutant les poumons ben oui, je jette toujours un œil. »

M6 « Donc quand j'ai un peu de temps et que, en les examinant, je vois quelque chose, parce qu'ils ne viennent pas obligatoirement pour ça... »

M8 « Alors moi je le fais pas de façon systématique le dépistage mais il m'arrive de regarder la peau, quand je fais l'auscultation cardio-pulmonaire... »

- **A la demande d'un confrère** médecin généraliste.

M7 « Quand un confrère m'envoie un patient pour une verrue, une kératose actinique ou une lésion suspecte de carcinome, là je fais déshabiller complètement le patient et je pratique la dermatoscopie sur les lésions que je considère comme à risques de malignité. Je le fais pour aider mes confrères. Ensuite, je fais un compte rendu pour mes confrères où je leur donne toute la liste des lésions qu'ont leurs patients. S'il y a des naevus atypiques, je signale leur emplacement à l'aide de photos macroscopiques et microscopiques. Je donne au patient un dessin illustrant la place de chacun de ces naevus. Je signale au patient les critères qu'il doit surveiller dans le temps. S'il y a un naevus qui s'épaissit, s'élargit, qui change de couleur ou commence à gratter, il faut qu'il en informe son médecin traitant ou prendre contact avec un dermatologue pour faire le contrôle. »

Une médecin précisait qu'elle ne l'effectuait pas du tout.

M10 « Même s'ils ont des facteurs de risque, même s'ils ont tous les naevi de la planète, même s'ils ont un phototype à risque, non, dépistage du mélanome, je fais pas. »

Un autre adressait les patients avec facteurs de risque de mélanome au dermatologue.

M5 « Ceux qui ont un phototype vraiment pourri ou des antécédents, ceux-là je m'arrange pour qu'ils soient quand même suivis par un dermato. »

La plupart du temps, les médecins ne regardaient que les lésions montrées par le patient.

M1 « Il arrive parfois qu'un patient vienne et pose des questions à propos d'un naevus ou autre ou qui s'inquiète effectivement... Donc moi dans ces cas là... Bon déjà, je regarde moi même. »

M4 « Ils viennent rarement pour une demande de dépistage. Ils viennent parce qu'il y a quelque chose qui leur pose problème et là on est déjà plus dans le dépistage. C'est plus de l'ordre de... Une lésion qui nous est présentée par un patient et on va essayer de se débrouiller pour voir ce que c'est. »

M8 « Alors moi je le fais pas de façon systématique le dépistage mais il m'arrive de regarder la peau quand les patients m'en parlent « j'ai un truc à droite à gauche. » »

M10 « Si la personne me dit « j'ai quelque chose de bizarre qui est apparu », là je vais regarder. Je vais voir si c'est quelque chose que je trouve anormal ou qui m'inquiète. »

2. Les modalités du dépistage variaient selon le degré d'implication de chaque médecin dans ce dépistage

La réalisation d'un examen clinique de la peau dans son ensemble, sur un patient complètement déshabillé, était incontournable pour certains médecins.

M3 « Un examen clinique de la peau, vraiment dans son ensemble. » « Pour faire un examen dermatologique, pour les naevi et pour les mélanomes, ben faut tout enlever. Faut se mettre en slip. »

M7 « Je fais déshabiller complètement le patient. »

Parmi les méthodes utilisées pour le diagnostic du mélanome :

- La principale était l'**examen clinique à l'œil nu** en utilisant la **règle ABCDE**.

M1 « Bon après y a des choses évidentes, bon y a les critères ABCDE. C'est ça que je regarde. »

M3 « Je me base vraiment sur l'aspect clinique. L'ABCDE... C'est sûr. »

M7 « L'ABCDE lors de l'examen clinique »

- Une autre était l'**examen dermoscopique** en utilisant les **critères ABCDE**.

M3 « Et puis effectivement si, là où je remplace, il y a un dermatoscope, moi je sais que je m'en servais, avec un peu toujours les mêmes critères ABCDE. »

M7 « L'ABCDE de la dermatoscopie. »

3. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage n'était pas univoque. Son rôle d'éducateur à la santé consistant à sensibiliser les patients à l'importance, de la photo-protection et de la pratique d'un auto-examen cutané était soulevé

Pour certains, le dépistage du mélanome devait être fait par le médecin généraliste.

M2 « Je pense qu'effectivement c'est de notre domaine, y compris le dépistage du mélanome qui devrait être effectivement fait par le médecin généraliste et non pas par des dermatologues qui font chaque année, une journée annuelle pour se faire un peu de pub. »

M6 « Je crois qu'il faut qu'on puisse nous, gérer les choses et arriver à séparer ce qui est urgent de ce qui ne l'est pas. »

Un médecin exprimait au contraire, qu'il ne se considérait pas comme le premier recours. Il reconnaissait cependant que le fait de suivre régulièrement les patients était un avantage pour la pratique de ce dépistage.

M1 « Je me considère pas comme le premier recours en la matière. » « C'est vrai, peut être l'avantage du généraliste par rapport au spécialiste pour ça, c'est qu'on a le terrain pour à savoir une patientèle qu'on voit régulièrement. On peut imaginer intégrer ça dans notre pratique... »

Le rôle d'éducateur à la santé du médecin généraliste consistant à sensibiliser les patients sur l'importance de la photo-protection et de la pratique d'un auto-examen cutané était soulevé.

M1 « Je me place plus sur un versant préventif que de dépistage de lésions. » « Après, de toute façon, nous on est aussi là pour faire passer des messages. Moi c'est vrai, je le répète assez souvent. « Protégez vous ». Voilà je dis : « le soleil n'est pas un ami, protégez vous. » »

M5 « Le dépistage, je le fais pas physiquement, je le dis. Je fais plutôt de la prévention orale. J'essaie de faire en sorte qu'ils fassent attention à leur peau, qu'ils se protègent du soleil, qu'ils mettent de la crème solaire, qu'ils se regardent, qu'ils fassent un auto-dépistage et qu'ils n'hésitent pas à m'interpeler s'ils trouvent une lésion bizarre. »

M7 « J'essaie de faire prendre conscience aux gens de l'importance de la prévention des cancers de la peau. Tous mes patients ressortent avec une protection solaire et ce n'est pas négociable. » « Je signale au patient les critères qu'il doit surveiller dans le temps. S'il y a un

naevus qui s'épaissit, s'élargit, qui change de couleur ou commence à gratter, il faut qu'il en informe son médecin traitant ou prendre contact avec un dermatologue pour faire le contrôle. »

4. Les principaux freins au dépistage étaient le manque de légitimité lié à un manque de connaissances, d'expérience et de reconnaissance des patients, le manque de temps et la réticence des patients à se déshabiller

Les médecins avaient en majorité le sentiment de ne pas être légitimes dans leur fonction d'acteur du dépistage cutané. Ce manque de légitimité les conduisait à la peur de l'erreur de diagnostic et de la responsabilité. Ils préféraient donc ne pas s'impliquer dans ce dépistage.

Deux raisons étaient avancées pour expliquer ce manque de légitimité :

- Premièrement, ils avaient le **sentiment de ne pas avoir les connaissances et l'expérience nécessaires.**

M1 « Je me sens pas la légitimité. » « Il y a toujours la crainte de passer à côté d'une lésion suspecte. »

M4 « Donc moi, en pratique, j'ai du mal à visualiser comment nous, sans avoir une formation qui soit vraiment robuste etc... On arrive facilement à faire du dépistage en fait, de mélanome. Il faut surtout avoir les bonnes bases quoi. » « J'exerce pas depuis longtemps, mais en tout cas, dans ma pratique, je me sentirais pas serein, d'affirmer avec certitude que telle lésion est bénigne ou pas. »

M5 « Encore une fois, si je les mets à poil et que je fais le boulot d'un dermato, je suis pas sûr d'en avoir la compétence. » « Mais le problème c'est que, comme on est pas forcément assez bon pour pouvoir juger toutes les lésions comme il faut, nous demander d'être complètement en responsabilité là dessus, c'est difficile. » « C'est quelque chose qui devrait être un peu systématique mais comme on n'est pas spécialiste, c'est assez difficile pour nous de nous mouiller là dessus. » « Parce qu'affirmer que y a vraiment rien de spécial, que c'est bon et qu'on peut se revoir dans 1, 2 ou 10 ans... C'est une affirmation qui est compliquée à nous demander. »

M6 « Ce qui me vient à l'esprit c'est surtout ça. La difficulté que j'ai, de me positionner comme faisant partie du dépistage du mélanome. Que ce ne soit pas le dermato mais le généraliste. C'est quelque chose de difficile pour moi, de proposer au patient, d'inviter le patient à me

montrer sa peau pour faire du dépistage du mélanome, comme si ce n'était pas du ressort du généraliste. »

- Deuxièmement, ils avaient le **sentiment que les patients ne les considéraient pas compétents pour pratiquer ce dépistage**. Ils faisaient appel à eux uniquement pour obtenir un courrier pour aller voir un dermatologue : **rôle d'intermédiaire**.

M1 « Les patients ne nous voient pas comme un expert en la matière et ils nous demandent un courrier pour les adresser justement à un dermatologue pour surveiller enfin pour montrer les lésions qui leur semblent suspectes. »

M6 « Quelques fois c'est directement « Faites-moi une lettre pour le dermatologue. » Et combien de fois, je dis aux gens « Mais, pourquoi ? Qu'est-ce que vous avez ? » Et donc ils ont un truc à montrer et ils en profiteraient pour montrer aussi ça mais donc pour nous, ça reste fermé. C'est juste « Faites-moi une lettre ». On est l'intermédiaire. »

« C'est pas bien rentré dans les mœurs que le généraliste peut s'occuper de ça. » « C'est peut être nous, généralistes, qui ne nous sommes pas assez investis là dedans. Je ne sais pas. Peut être qu'à une époque, il y a avait assez de dermatologues et les gens allaient voir directement le dermatologue. Peut être que pour le patient c'est trop compliqué pour nous, il pense qu'on ne connaît pas. »

M9 « Des fois c'est les patients qui me demandent de faire une lettre pour aller chez le dermato. Ils veulent d'emblée la lettre, ils ne veulent pas que tu les examines. C'est après que tu dis « bon maintenant je vais vous examiner. Je vais vous regarder. Je ne peux pas faire une lettre sans vous examiner. » »

Le caractère chronophage de ce dépistage était évoqué.

M2 « Je n'en fais pas systématiquement parce que j'ai pas le temps. »

M4 « Parce que, si on veut vraiment faire du dépistage, c'est un examen qui prend du temps... »

M7 « Je n'ai pas le temps. » « En tant que médecin généraliste, on a pas le temps de faire l'examen complet de la peau de tous nos patients dans une consultation où on a un renouvellement d'ordonnance, un problème cardiovasculaire ou d'autres problèmes. »

M8 « Après, est-ce que ça un intérêt de dépister tous les patients ? Oui, certainement, mais ça me paraît très compliqué vu le temps qu'il faudrait pour ça quoi. »

La réticence des patients à se déshabiller pour montrer leur peau.

M6 « Mais c'est surtout l'inquiétude ou le blocage du patient de me montrer l'ensemble de son tégument pour faire une analyse. » « Ils nous montrent une lésion, mais ils nous montrent celle-là. Ils ne vont pas se mettre tout nus pour nous montrer tout. Pas du tout, ça existe pas. » « C'est vrai que bien souvent, on arrive à les faire se déshabiller mais c'est quelque chose qui ne leur vient pas forcément à l'idée, de se déshabiller correctement pour qu'on voit aussi la peau. » « Je voudrais que les gens se laissent examiner plus facilement. »

La demande de dépistage était rarement un motif de consultation.

M4 « Ils viennent rarement pour une demande de dépistage... Donc impliquer un dépistage dans une démarche qui est pas celle du dépistage, c'est pas toujours facile. »

M6 « Les gens viennent rarement pour ça. »

Pour certains, le fait que la médecine générale soit très transversale et les champs d'intervention possibles très larges constituait un obstacle à la pratique de ce dépistage.

M1 « Après bon, c'est à dire que les domaines, on va dire d'intervention possible pour le généraliste ils sont... Il y a un éventail tellement large, c'est pas évident forcément de tout faire. »

M3 « Après c'est pas non plus... Très évident... Comme on a quand même beaucoup de choses à voir en médecine générale, c'est très transversal... C'est souvent difficile... Quand même d'y penser. »

Une médecin évoquait sa difficulté en tant que remplaçante à effectuer ce dépistage.

M3 « Bon après, moi je fais une activité de remplacement, donc c'est vrai que c'est encore plus compliqué : tu as le suivi des consultations précédentes, des antécédents tout ça... Il faut s'y référer à chaque fois. »

5. Suggestion pour faciliter la pratique de ce dépistage : la mise en place d'une consultation dédiée

Plusieurs médecins proposaient la mise en place d'une consultation dédiée à ce dépistage.

M4 « Pour moi, j'ai tendance à penser que le dépistage relève plus d'une consultation dédiée avec une information qui est donnée au préalable et des patients qui viennent spécifiquement pour ça et on fait vraiment que ça. »

M6 « Consultation dédiée, pour le faire bien. »

M7 « Consultation dédiée avec examen complet de la peau. »

6. Attitude devant une lésion cutanée suspecte de mélanome : recours au dermatologue (direct ou téléexpertise) ou au chirurgien

Elle est conditionnée par les difficultés d'accès aux dermatologues qui conduisent certains médecins à s'impliquer davantage, par exemple, en pratiquant eux mêmes, à leur cabinet, l'exérèse de lésions cutanées suspectes de mélanome ou à envoyer directement les patients au chirurgien pour qu'il la pratique.

La majorité des médecins généralistes avait recours au dermatologue et à la téléexpertise. Ils photographiaient la lésion, parfois en dermoscopie, puis ils l'envoyaient par mail au dermatologue. La plupart du temps, le dermatologue convoquait ensuite le patient en consultation. Plus rarement, il demandait au médecin généraliste d'organiser l'exérèse de la lésion.

M1 « Si je sais pas ce que c'est, si je peux pas dire clairement c'est bénin, j'adresse au dermatologue. »

M3 « Je pense que mon attitude ce serait photo et mail à un dermato que je connais... Pour qu'il puisse le voir rapidement. »

M4 « C'est photo dans le dossier et puis j'essaie de contacter les dermato par mail. Je décris la lésion et je demande leur avis, plus ou moins de se mettre en contact avec le patient ou avec notre secrétariat pour organiser un rendez-vous s'ils jugent que c'est nécessaire. »

M5 « En général, si y a la moindre suspicion, je prends une photo en dermoscopie. Si vraiment, ça à l'air bénin mais que je trouve que c'est un peu limite, j'essaie d'avoir un avis dermato donc j'envoie la photo à ma belle sœur qui est dermato pour qu'elle le valide. »

M6 « Dès que moi, ça me saute pas aux yeux que c'est un naevus tout à fait bénin, dès qu'il est un peu atypique avec plusieurs couleurs, je le regarde en dermatoscopie, je le prends en photo, je le mesure. Si j'ai un doute, j'envoie tout de suite au dermato, les photos de la lésion et le courrier par mail. »

M7 « J'envoie la photo macroscopique et microscopique à un dermatologue. Généralement la réponse est que je dois faire l'exérèse. Je travaille avec un groupe de chirurgiens maxillo-facial, ORL ou général. Selon la localisation de la lésion, j'adresse à l'un ou l'autre, qui enlève la lésion qui présente des signes de malignité pour faire l'anapath. Une fois que je reçois le résultat de l'anapath, je le délivre au dermatologue. Des fois, je suis obligée de faire le bilan d'extension (radio de thorax, échographie...), le temps que le patient ait rendez vous avec le dermatologue. »

M9 « Je fais une photo, je l'envoie au dermato de suite par mail... Je mets toujours le nom du malade, son numéro de téléphone, son adresse et en général il est contacté directement pour fixer un rendez vous plus ou moins rapidement en fonction du type de lésion. »

M10 « Je prends en photo et j'envoie directement par mail en dermato. »

Plusieurs médecins avaient recours au chirurgien d'emblée pour exérèse de la lésion notamment lorsqu'ils ne parvenaient pas à obtenir un avis dermatologique rapide ou que les caractéristiques de la lésion (taille, localisation...) ne permettaient pas son exérèse au cabinet.

M2 « L'avant dernier a été confié au chirurgien parce que... Le mélanome était un peu difficile donc ça nécessitait une plastie. »

M3 « Après je pense que selon la localisation du mélanome... Ca pourrait partir directement au chirurgien aussi. Parce que je sais que, d'expérience, dans les stages, quand c'est dans les zones rouges anatomiques... Déjà tout le visage... Il faut que ça arrive d'abord au chirurgien. »

M5 « Si j'ai un doute et que c'est trop compliqué d'avoir un avis, même privé, ou que je pense que, de toute façon, ça peut pas rester, je l'envoie directement se la faire enlever en chirurgie. »

M8 « C'est impossible d'avoir un dermato, impossible. Donc maintenant j'ai arrêté de perdre mon temps et j'envoie directement au chirurgien pour ablation ou biopsie, ça c'est le chir qui voit après quoi. »

Un médecin pratiquait directement l'exérèse de la lésion à son cabinet.

Il adressait ensuite le patient au chirurgien pour reprise chirurgicale si l'examen anatomo-pathologique confirmait le diagnostic de mélanome.

M2 « L'attitude récente, la dernière attitude, c'est de l'enlever. » « Donc j'ai enlevé mon mélanome, qui s'est révélé être, évidemment un mélanome, que j'ai confié après au chirurgien. »

Certains médecins optaient pour la surveillance et réévaluaient la lésion.

M1 « Après on peut dire au patient, voilà revenez dans trois mois, on re mesure ou on prend une photo. »

M4 « Dans tous les cas, je prends une photo que je mets dans le dossier. Le mail au dermato c'est quasi systématique mais il m'arrive parfois de demander au patient de revenir, voir le médecin habituel, un certain temps après, un mois ou un peu plus... Ou alors de re consulter s'il y a une modification. »

M9 « Il m'arrive aussi de la réévaluer, de la re mesurer. J'ai une espèce de loupe qui agrandit... Je la mets au jour et je peux mesurer exactement le nombre de millimètres, au millimètre près. »

B. Représentations et expérience des médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome

- 1. Les avantages de la dermoscopie et intérêts à son utilisation : une aide au diagnostic renforçant la confiance du médecin généraliste dans l'analyse des lésions pigmentées et leur prise en charge, un moyen d'améliorer le dépistage précoce et de réduire le nombre de recours aux spécialistes et le nombre de biopsies et d'exérèses inutiles, utilité pour la téléexpertise**

Plusieurs médecins considéraient qu'elle constituait une aide au diagnostic permettant d'être plus en confiance dans l'analyse des lésions pigmentées et leur prise en charge.

M3 « Savoir faire la part sur les lésions mélaniques » « Faire la part quand même un peu, entre ce qui peut se brûler, ce qui doit se biopsier et ce qui doit partir tout de suite au spécialiste. »

M5 « Donc c'est un outil pour me faire une idée supplémentaire, pour conforter une idée que j'ai déjà à l'inspection. »

M7 « Parce que c'est pas l'œil clinique, la dermatoscopie nous ouvre un monde qui nous permet de faire des diagnostics et de prendre des décisions avec plus de sécurité. » « Pour aller plus loin pour faire le diagnostic. » « On ne peut pas jouer non plus avec les patients et s'amuser à faire l'exérèse de toutes les lésions dont on est pas sûr du diagnostic. Il faut bien se former pour prendre des décisions correctes et savoir bien cibler les lésions qui valent le coup d'être enlevées ou pas. C'est pour ça que je m'y suis intéressée. »

M8 « Je ne suis pas sûre de moi en dermato du coup ça m'apporte une confiance supplémentaire. Ça me permet parfois de me dire « bon ben non c'est pas méchant. » Plutôt dans ce sens là quoi. Pour se rassurer sur une lésion qui peut paraître inquiétante. »

M10 « Des fois, quand on a un doute, je me dis que ça peut aider. Peut être que ça permet d'être un peu plus sûr de son diagnostic. »

Pour une médecin, elle permettait un dépistage précoce du mélanome.

M9 « Les lésions pour lesquelles on ne se méfie pas, peut être qu'on ferait mieux de les regarder en dermoscopie pour voir si tout va bien... Tu peux les prendre au départ avec la dermoscopie. L'intérêt c'est un diagnostic précoce quoi. »

Pour certains, elle permettait de diminuer le nombre de recours aux spécialistes et de biopsies ou exérèses inutiles et ainsi, une optimisation du parcours de soins.

M5 « Ça me permet vraiment de faire une part du boulot, sans avoir à passer par la dermato pour tout. »

M8 « Parfois d'éviter d'envoyer au chirurgien des trucs qui pourraient être bénins. »

Le dermoscope était considéré comme un outil intéressant pour la télédermatologie. Son utilisation, dans le cadre de la téléexpertise, permettait un gain de temps dans la démarche diagnostique et thérapeutique et ainsi, une optimisation du parcours de soins.

M6 « Aller au bout de ce que je peux faire, rapidement et efficacement pour après, adresser au spécialiste, dans des conditions optimales. C'est à dire d'avoir déjà un pré-diagnostic avec une

photo dermoscopique, que le dermato va pouvoir gérer dans la journée ou dans les deux jours et prendre tout de suite la décision de l'orienter. » « Je trouve que c'est bien comme ça, parce que je peux lui envoyer quelque chose de précis, avec une analyse qui a été rigoureuse au préalable et on va avancer assez rapidement. »

« Parce que si je ne sais pas et qu'en plus, je n'ai pas de dermatoscope, comment argumenter pour lui demander de voir le patient rapidement ? » « Je trouve que là, vraiment, l'apport de la dermoscopie est très intéressant pour éviter le retard diagnostic et accélérer la prise en charge. »

L'usage de la dermoscopie était valorisant et source de satisfaction.

M6 « J'ai l'impression de faire un métier qui est quand même plus sympa et aussi ça donne une bonne relation avec le spécialiste. »

La pratique de la dermoscopie motivait une médecin à approfondir ses compétences sur le sujet.

M7 « C'est quelque chose qui t'ouvre l'appétit. Pour moi, je me suis mise à la dermatoscopie pour dépister les cancers de la peau et maintenant je veux aller plus loin avec la cryobiopsie, cryochirurgie. Aller plus loin, me former davantage. Savoir quel type de traitement je peux mettre en place, des photothérapies, je ne sais pas, il y a un monde qui s'ouvre. »

2. Les inconvénients de la dermoscopie et freins à son utilisation : la nécessité d'une formation appropriée, la responsabilité qu'engendre l'utilisation de l'appareil, son prix et le temps nécessaire à son utilisation

La formation était le principal frein mentionné par les médecins.

La pratique de la dermoscopie nécessite une maîtrise de la sémiologie dermatologique, en particulier des mélanomes et des images dermoscopiques.

Le temps nécessaire pour se former à la dermoscopie et le peu de formations disponibles sur le sujet étaient également soulevés.

- Formation à la **sémiologie dermatologique**:

Un médecin soulignait la nécessité de **maîtriser la sémiologie dermatologique**, l'aspect clinique des lésions élémentaires, **avant** de pratiquer la dermoscopie.

M3 « Mais, je pense quand même, que ça doit pas se passer d'une connaissance de toutes les lésions bénignes et de leur aspect macroscopique aussi. J'ai déjà vu des médecins, qui, je pense, n'avaient pas une bonne connaissance de ça, et qui paniquaient pour la moindre lésion noire. En fait c'était une simple kératose séborrhéique, il n'y avait pas besoin de dermatoscope pour faire la part. » « Il faut avoir quand même des connaissances en dermatologie quoi, parce qu'on peut s'intéresser à la dermoscopie, mais voilà... Si on sait pas ce qu'on cherche et comment le chercher... Ben c'est un jouet quoi... Si on sait pas faire la différence cliniquement déjà à l'oeil nu, entre un naevus dermique un peu teinté, un naevus bleu, une kératose séborrhéique et un naevus atypique... Ben ça sert pas quoi... Le résultat sera le même. On sera pas plus dirigé. »

Pour elle, la **formation initiale (externat-internat) à la dermatologie n'était pas adaptée en France.**

M3 « Je trouve que c'est un truc qu'on nous apprend pas... Enfin c'est pas qu'on nous les apprend pas mais je veux dire, quand on doit faire la moitié de la formation en autodidacte dans le livre du masson, euh... C'est un pavé de texte sans photo. Il faut être vraiment motivé pour essayer de faire le rapprochement après donc... »

- Formation à la **dermoscopie** spécifiquement :

La majorité des médecins considérait qu'il était indispensable d'**avoir une formation, à la dermoscopie, avant** de pratiquer.

M1 « Les freins c'est le manque de formation sans doute hein déjà. »

M4 « Je ne tenterais pas de l'utiliser sur d'autres lésions que la gale parce que je n'ai pas de formation. Ca n'aurait aucune valeur ni prédictive positive ni négative pour moi. » « Parce qu'en vrai, ça demanderait une formation qui soit robuste. »

M5 « Et puis, avoir une formation initiale. Si on regarde des trucs, il faut avoir une toute petite idée, déjà au départ, de ce qu'on regarde donc, soit ouvrir un bouquin de dermatoscopie, soit avoir deux ou trois petites formations successives pour se mettre quelques trucs dans les yeux quand même. »

M8 « Les freins ben moi, mon manque de formation, surtout ça. »

M9 « Il faut que tu sois formé pour le faire. »

Certains soulignaient qu'ensuite, la formation devait être **continue** :

M3 « Enfin, il y a de la connaissance et puis après c'est de l'entretien aussi, parce que, au bout d'un moment, on oublie, et si on n'a pas envie d'entretenir ses connaissances, de se remettre à jour bon ben, on oublie. » « Et je pense que pour essayer de garder, il faut pratiquer quand même et puis se reformer parfois, entretenir quoi... C'est comme toute la médecine, c'est un entretien en pratique et puis théorique sur les bouquins. »

M7 « On doit avoir beaucoup beaucoup de connaissances pour prendre des décisions et on finit jamais d'apprendre parce qu'il y a tout le temps des lésions qui nous posent des doutes. » « Il faut bien se former, il faut voir, il faut réviser constamment parce que c'est un monde qui est pas facile. On doit pratiquer, pratiquer, regarder, regarder, étudier, étudier... pour être plus sûr. »

Les questions relatives au temps nécessaire pour se former à la dermoscopie, au peu de formations disponibles sur le sujet et à la nécessité d'avoir accès à la téléexpertise en cas de doute étaient également soulevées.

M9 « Il faut avoir du temps pour se former. »

M2 « Jamais, une formation, une FMC s'est présentée pour apprendre à faire de la dermatoscopie. Si on m'avait fait faire une formation sur la dermatoscopie, si j'avais eu des dermatologues qui m'aient donné l'envie de faire ça, eh ben, je l'aurais fait. Il n'y a jamais eu une formation de dermatoscopie. »

M5 « L'autre problème en rapport avec la formation, comme toute formation, surtout quand on apprend sur le tas, c'est que, si on se pose une question et qu'il n'y a personne pour y répondre ben, on reste avec sa question et on ne progresse pas. Donc, c'est pas le problème d'avoir l'outil, le problème c'est de rester avec sa question. Donc forcément, si tu fais ça en

tant que médecin généraliste, ça peut pas marcher si t'as pas un relais, si t'as pas quelqu'un à qui adresser la photo pour avoir un avis en cas de doute. »

Certains médecins soulevaient la question de la responsabilité qu'engendre la pratique du dépistage et l'utilisation de l'appareil. Pour eux, il était indispensable de travailler en collaboration avec un spécialiste pour avis systématique devant toute lésion suspecte.

M5 « Le blocage principal, c'est de se mettre en responsabilité vis à vis de la peau. C'est compliqué. Personne n'a envie de le faire. Tout le monde préfère refiler ça à quelqu'un dont c'est vraiment le boulot. » « Donc forcément, si tu fais ça en tant que médecin généraliste, ça peut pas marcher si t'as pas un relais, si t'as pas quelqu'un à qui adresser la photo pour avoir un avis en cas de doute. » « La plupart du temps, ça permet d'aider à s'orienter mais il faut pouvoir demander des avis et avoir des réponses sur les cas, quand c'est douteux. »

M6 « Moi c'est bien parce que je travaille avec un spécialiste, et je pense que tout généraliste qui s'intéresse à la dermoscopie, doit travailler avec un spécialiste. Je pense que ça ne peut pas être autrement parce que déjà, même pour un dermatologue, c'est quelque chose qui est difficile la dermoscopie. Il faut quand même une habitude. Si pour les spécialistes c'est difficile, pour nous, certainement encore plus. Plus on en voit certainement, plus on est performant. Mais donc, on en voit moins qu'un dermatologue. Alors je crois que, ce qui est important avec la dermoscopie, encore plus que d'être compétent soi-même, c'est d'avoir un spécialiste référent. Donc le frein, il serait de faire un diagnostic tout seul, ça peut être un danger aussi de se débrouiller tout seul, de vouloir tout faire tout seul. »

M7 « Ca fait peur des fois parce que c'est une grosse grosse grosse responsabilité. » « Le fait que nous, en tant que médecins généralistes, on n'ait pas la spécialité, tout le temps, on va avoir sur nos épaules, le gros poids de la responsabilité. Parce que si on fait des erreurs, nous en tant que médecins généralistes, personne ne va nous pardonner : « Parce que vous n'étiez pas spécialiste ». Et ça, ça fait peur. Je pense que c'est pour ça que beaucoup de confrères ne se risqueraient pas sur ce terrain-là, pour ne pas prendre le risque de faire des erreurs. D'autant plus, qu'ici, en France, les gens portent plainte facilement. » « Je pense que c'est beaucoup de risques, pour nous, en tant que médecins généralistes. »

Plusieurs médecins citaient le frein financier notamment le coût d'acquisition du matériel et une médecin s'interrogeait sur l'existence ou non de cotation possible en médecine générale.

M2 « Moi le frein c'est qu'il y avait un appareil à l'époque... C'est un appareil qui coûtait assez cher. »

M3 « Je compte m'en acheter un, dès que mes finances seront possibles parce que c'est quand même un sacré investissement. Ça coûte cher. »

M5 « Déjà, il faut être outillé. Selon le niveau de dermatoscope qu'on prend c'est 200 à 1000 euros. Ça peut toujours être un frein pour certains de les dépenser. »

M7 « Pour moi, par rapport au dermatoscope que j'ai, c'est le prix du dermatoscope. C'est hyper hyper hyper hyper cher. »

M10 « Le prix après pourrait être un frein. Mais c'est le même problème pour tous les appareils médicaux finalement. La question c'est « Est-ce que je l'utilise assez pour contrebalancer le prix de l'appareil quoi ? » » « Voilà, et après est-ce que ça fait une autre cotation de consultation ? J'en sais rien. »

Le temps nécessaire à son utilisation était également évoqué.

M1 « Après le caractère chronophage ou pas, c'est très variable selon les praticiens. Voilà, il y en a qui vont vous dire : « ben non, un quart d'heure c'est trop long » ou au contraire il y en a qui hésiteront pas à prendre une demi heure. »

M6 « Donc je regarde assez souvent, quand j'ai un petit peu de temps. Parce que le temps est un critère aussi. » « C'est un peu compliqué parce que ça prend du temps. »

Pour une médecin, c'était le fait de n'avoir jamais entendu parler du dermoscope.

M10 « Moi mon premier frein, c'est que j'en avais jamais entendu parler. » « Moi je ne savais pas que ça existait, je ne pouvais pas deviner l'intérêt, c'est sûr. »

L'absence d'intérêt pour la dermoscopie et la dermatologie en général était soulevée.

M3 « Essentiellement c'est une question de connaissances et d'intérêt. Parce que si on pas d'intérêt pour la dermatologie, on repèrera jamais rien, on ne l'utilisera pas. » « Il faut qu'il y ait un intérêt. S'ils n'ont pas un intérêt pour la dermoscopie... Il ne se passera rien... »

3. Place de la dermoscopie en médecine générale : utilisation conditionnée par le type de patientèle, les conditions d'exercice, l'offre en dermatologues environnant le cabinet et les propres appétences des praticiens

La pénurie de dermatologues conduisait certains médecins à pratiquer la dermoscopie, un autre à se demander si elle n'allait pas devoir devenir une compétence du médecin généraliste. Un médecin était fermement opposé à cette idée. Pour lui, le médecin généraliste ne pouvait pas « tout faire » pour pallier aux problèmes d'accès aux soins, de démographie médicale et de couverture médicale sur le territoire.

M1 « C'est vrai que les dermatologues ça devient une denrée rare donc effectivement est-ce que ça va pas devoir devenir une compétence aussi du généraliste ? »

M4 « Et je trouve que, la logique de dire : « parce qu'il y a moins de dermato, il faudrait qu'on en fasse plus », ne tient pas non plus complètement la route parce qu'on pourrait l'appliquer à toutes les spécialités, en fait. » « Et en fait, on continue à faire du dumping sur le médecin généraliste qui, parce qu'il y a une problématique d'installation et une problématique de couverture démographique, se retrouve à tout faire. On peut pas tout faire. » « Cette question la, elle est hyper pertinente en dermato et en médecine générale, mais elle n'est pas dissociable des problématiques d'accès aux soins de manière générale, pour moi. » « Ca doit pas cacher tous les autres problèmes derrière, qui sont l'accès aux soins, la démographie, la répartition des médecins sur le territoire, la saturation des hôpitaux. »

M5 « Comme on peut pas avoir de dermato et que j'étais sensibilisé au fait que c'est difficile puisque, encore une fois, ma belle sœur, c'est la seule dermato, pour un bassin de population de 100 000 ou 150 000 personnes donc c'est ridicule quoi. Donc je suis obligé de prendre ma part de responsabilité sur le suivi dermato des gens, ne serait-ce que pour la soulager un peu et pour avoir une réponse à donner à mes patients. Parce que je peux pas dire : « ah ben démerdez-vous avec un dermato », que je sais qu'ils ne pourront jamais voir. »

M7 « Quand on a besoin du spécialiste et qu'on a pas le spécialiste... Ecoute, il faut qu'on se forme et on a besoin d'aller au delà de l'œil clinique. »

Plusieurs médecins partageaient l'idée que la pertinence à l'utiliser dépendait du type de patientèle, des conditions d'exercice, de l'offre en dermatologues environnant le cabinet et des propres appétences des praticiens.

M1 « Après je pense que c'est à chaque praticien de déterminer voilà si pour lui c'est pertinent ou pas. Ca doit dépendre de la patientèle qu'on a, de l'activité qu'on a... » « Tout dépend aussi de l'intérêt qu'on porte à la question. C'est ça. Il faut voir ça aussi. Et il faut prioriser. »

M6 « C'est une démarche qui est vraiment personnelle... Dans toutes les spécialités c'est un petit peu la même chose, ça dépend à quel point on veut s'investir. C'est chacun qui le fait comme il l'entend. Peut être que certains généralistes n'ont pas du tout besoin de ça. La moindre lésion, ils ont un correspondant dermato qui va recevoir le patient tout de suite. Chacun a sa façon de faire. »

L'idée que, la dermoscopie pouvait être un complément pour les médecins généralistes intéressés, mais que la maîtrise de la clinique primait avant tout, était évoquée.

M3 « Pour moi, c'est vraiment la clinique quoi et la dermoscopie c'est un complément. C'est un complément qui est intéressant, pour ceux que ça intéresse. » « Donc, un peu de la clinique pour tout le monde et après c'est vraiment à chacun de voir son affinité. » « Le dermatoscope, pour un plus, oui. Dans la pratique courante de tous, j'en suis pas sûr. »

M4 « Je pense déjà une bonne formation clinique, ça nous aiderait déjà énormément. Et puis, le dermoscope, c'est plus bonus qu'autre chose. » « Mais je pense que déjà, si on avait des bonnes bases de clinique ce serait déjà très très bien. Avant d'aller jusqu'au dermatoscope. » « Après si on a un intérêt particulier pour la dermoscopie et que ça nous intéresse vraiment, je trouve que ça peut être extrêmement pertinent... » « Dans la formation médicale continue, la question du dermoscope ne devrait pas occulter le fait qu'on devrait continuer à se former en clinique, d'abord et avant tout. Et, plus ou moins avec le dermoscope. »

Certains médecins pensaient que, jusqu'à maintenant, la dermoscopie était réservée aux dermatologues. Un médecin s'interrogeait sur le ressenti des dermatologues vis à vis de l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes.

*M1 « Moi jusqu'à maintenant encore une fois c'était vraiment l'apanage des dermatologues. »
« Après voilà est-ce que les dermatologues veulent conserver ça dans leur giron ou est-ce que, au contraire, ils sont prêts à déléguer effectivement ? Est-ce qu'ils ont envie de déléguer aussi ? Je sais pas... »*

M2 « On avait l'impression que les dermatologues faisaient leurs prés carrés. »

Un médecin considérait que la dermoscopie ne remplacerait pas un réseau bien fait de spécialistes.

M4 « Ca ne remplacera pas un réseau bien fait de spécialistes qui, quand il faudra enlever une lésion, faire une exérèse, faire tout ça, le fera. »

Une médecin pensait qu'il serait intéressant que tous les médecins généralistes s'équipent.

M7 « Et je pense aussi, que si chacun de nous, en tant que médecin généraliste, achète, même si c'est un petit dermatoscope, moins cher, pas trop sophistiqué comme le mien ou même une loupe qui permette de voir certains critères diagnostics de mélanome, je pense que ce serait intéressant. »

4. Questionnement lié à une méconnaissance de l'outil

Certains médecins se demandaient si l'ajout de la dermoscopie à l'inspection visuelle seule améliorerait la précision diagnostique du mélanome. Ils s'interrogeaient sur les performances du dermatoscope comme outils de dépistage.

M1 « De toute façon le diagnostic après il se fait à la biopsie enfin même à l'exérèse. Parce que même au dermatoscope, est-ce que ça permet d'éliminer formellement ou pas...? Est ce qu'il y a vraiment un apport dans le diagnostic ? » « Il faudrait vraiment que ce soit quelque chose de reproductible... Qui soit discriminant... Qui permette vraiment... au moins pouvoir exclure que c'est malin par exemple tu vois. Et puis que ce soit acceptable par le patient. J'imagine que

ça l'est, pas trop chronophage non plus. Voilà, je pense que c'est les critères principaux. » « S'il faut être vraiment expérimenté, s'il faut en faire beaucoup et j'imagine que ça doit être le cas, c'est comme tout, c'est en forgeant qu'on devient forgeron... S'il faut investir du temps, pour quels résultats ? Surtout si on a sous la main des spécialistes... »

M2 « Je ne sais pas ce que la dermatoscopie apporte par rapport à l'examen clinique fait avec les yeux et l'intelligence et les critères qu'on nous apprend tout simplement en cours de dermatologie. »

Un médecin s'interrogeait sur le fonctionnement de l'outil.

M2 « Et je ne sais pas l'intérêt, je ne sais pas du tout comment ça fonctionne... »

5. Pistes pour en faciliter l'usage : optimiser la formation initiale en dermatologie, sensibiliser les médecins généralistes à la dermoscopie et leur proposer des formations appropriées, valoriser financièrement la pratique de la dermoscopie, poursuivre le développement de la télédermatologie notamment de la téléexpertise

- a) Optimiser la formation initiale en dermatologie, sensibiliser les médecins généralistes à la dermoscopie et leur proposer des formations appropriées. Evocation des modalités et des supports d'apprentissage ainsi que de certaines difficultés liées à la formation.**

Une médecin insistait sur la nécessité d'optimiser la formation initiale en dermatologie (externat-internat) en mettant l'accent sur l'examen clinique cutané. Cela permettrait de renforcer les connaissances et l'intérêt des étudiants pour la dermatologie et de réduire l'appréhension que suscite cette discipline.

M3 « Ce qui serait intéressant c'est que, dans la formation, même au deuxième cycle, même à l'externat... De montrer vraiment la peau. Je pense qu'avant de se servir du dermatoscope, il faudrait renforcer la formation de dermatologie au sens large avant tout et l'intérêt des gens pour ça... Et je pense que, ça passerait déjà, par un renforcement du socle de la formation clinique quoi. Comment faire un examen clinique dermatologique ? C'est essentiel. » « Donc pour moi, ça passe avant tout par exorciser la dermato, même depuis l'externat quoi. »

La majorité évoquait l'intérêt de sensibiliser et de former les médecins généralistes à la dermoscopie.

Certains proposaient que la dermoscopie soit abordée **dès la formation initiale**.

M1 « Peut être déjà en formation initiale... Ça mériterait sans doute d'être abordé... » « Tout ce qui précède l'internat quoi, dès les stages d'externat on pourrait présenter ça. »

M10 : « Moi je ne savais même pas que ça existait, je ne pouvais pas deviner l'intérêt, c'est sûr. » « Je pense que déjà, si on apprenait que ça existait et qu'on en avait déjà utilisé un, une fois dans notre vie, je pense que ça faciliterait dans la pratique de tous les jours. Ça permettrait de pouvoir se poser la question : « peut être que si je l'utilisais, ça m'aiderait bien ? » » « Moi je pense qu'il faut en parler déjà à la base quitte à le mettre dans les référentiels d'externat ou au moins en parler à l'internat. » « Après à l'internat, on a plus trop de cours ou très légers. Mais bon, ils peuvent bien nous en parler et nous montrer ce que c'est parce qu'après tout, on a bien fait des cours pour poser des implants et des stérilets. On peut bien avoir un cours sur : comment utiliser un dermatoscope ? »

D'autres, qu'elle soit abordée **en formation continue**.

M2 « De nous former. La formation est capitale ! Je sais pas, on doit pouvoir faire une FMC de 2 jours là sur un week-end pour apprendre à utiliser un outil, ça pose pas de problème. »

M8 « Qu'on ait des formations ça c'est clair. En formation continue. »

Plusieurs médecins évoquaient les modalités et les supports d'apprentissage.

Certains médecins évoquaient l'**auto-formation** par le biais de **manuels** ou **par la pratique**.

M3 « ... ou alors soit en lisant des bouquins pour voir les aspects cliniques des lésions, que ce soit en macroscopique ou en dermatoscopie... »

M4 « En fait c'est en pratiquant qu'on apprend. »

M6 « Depuis 2 ans, je regarde les lésions en dermatoscopie pour m'habituer aux aspects bénins. » « Dès que moi, ça me saute pas aux yeux que c'est un naevus tout à fait bénin, dès qu'il est un peu atypique avec plusieurs couleurs, je le regarde en dermatoscopie, je le prends

en photo. Quand après, j'ai 5 minutes, il m'arrive de me replonger dans mes photos et de les regarder de plus près avec le bouquin. » « J'essaie de potasser les lésions malignes pour voir quelles en sont les caractéristiques dermoscopiques. » « J'ai pas eu d'enseignement pratique avec un prof, avec quelqu'un qui la pratique. Donc comme c'est que livresque, j'ai un peu de mal donc je suis encore dans une phase d'apprentissage. »

M7 « J'ai pas mal de livres que je feuillette. »

M10 « Je trouve qu'on apprend beaucoup en pratique. J'ai jamais autant appris qu'en consultation au cabinet. »

D'autres, la formation auprès d'un spécialiste.

- Formation sous forme de séminaire animé par un dermatologue

M3 « Ca peut être, alors soit effectivement, un peu de formation de DPC avec des formations avec des spé, avec des photos hein, ça ne se passe pas d'imagerie. »

- Formation sous forme de stage dans un service ou dans un cabinet de dermatologie

M7 « Une fois par an, j'essaie de faire une semaine de stage chez un dermatologue. Simplement, je pense que c'est à nous, si on est intéressé par un sujet, de demander aux personnes qui le font. C'est plus facile d'apprendre comme ça. Dans les livres, tu as toute l'information théorique mais niveau pratique tu n'auras pas... Il te manquera la pratique. »

Une médecin insistait sur le fait que **c'était à chacun de choisir les modalités et les supports d'apprentissage qui lui convenaient le mieux.**

M3 « Ben c'est par le biais qui va à chacun. » « Après, je pense que c'est vraiment propre à chacun. »

Deux médecins évoquaient des difficultés liées à la formation : la nécessité de formations ciblées et l'écart existant entre la théorie et la pratique.

Une médecin soulignait que la dermatologie était **une discipline vaste nécessitant des formations ciblées.**

M3 « Maintenant c'est vrai que la dermato ça brasse très très large, même ne serait-ce que dans les tumeurs bénignes ou malignes, ça reste aussi très très large... Je pense que, même en formation continue, on peut pas se focaliser sur tout, on peut pas tout faire. Ca va forcément être du style « les naevus atypiques » ou « les mélanomes », ou « la gale » ou « autre chose ». »

Une autre, la difficulté liée à **l'écart existant entre les lésions vues dans les livres et la réalité.**

M7 « Mais malgré tout ça, c'est pas évident. Il y a les images que tu vois dans les livres et les lésions des patients que tu vois dans ta pratique. Des fois les lésions sont transformées parce que les patients se sont mis des traitements, se sont grattés... Les choses changent. Ce n'est pas les lésions primitives. »

b) Valoriser financièrement la pratique de la dermoscopie et faciliter l'équipement des médecins généralistes.

Une médecin proposait de faciliter l'équipement des médecins généralistes notamment par la mise à disposition, par le gouvernement, de dermoscopes pour les maisons médicales.

M7 « Si le gouvernement mettait en place des dermatoscopes pour les maisons médicales... »

Un autre, la mise en place de mesures visant à valoriser financièrement la pratique de la dermoscopie.

M6 « Après, est-ce qu'il peut y avoir une rémunération par rapport à ça... Je crois qu'il n'y en a pas actuellement. »

c) Poursuivre le développement de la télédermatologie notamment de la téléexpertise en dermatologie. Evocation des problématiques liées à la télémédecine.

Plusieurs médecins proposaient de développer un accès plus aisé aux dermatologues afin de pouvoir solliciter leur avis en cas de doute, notamment par le biais de la télémédecine.

M5 « Le top, ce serait des mini avis. Parce que, souvent, on a pas besoin d'aller jusqu'à un transfert de responsabilité, de passer par un truc aussi lourd que d'attendre 3 mois, une consult, pour quelqu'un qui va être vu 5 minutes. Des fois, on a juste besoin de dire : « regarde, j'ai une photo, franchement, ça m'a l'air rien. Ça ressemble à une verrue séborrhéique mais elle a un aspect atypique. Qu'est-ce que t'en penses ? » « Ah ben non regarde c'est vraiment une verrue séborrhéique, y a pas de soucis. » »

« Il faudrait presque des gens qui répondent à des banques d'images, des gens à qui on envoie des images et qui classent « c'est ça, c'est ça, ça à l'air ça... » Ou alors, qu'il y ait une part de l'activité des dermatos qui soit dédiée à ça. Par exemple, qu'ils consacrent un après-midi à regarder des photos et à répondre aux médecins. » « Toutes ces téléconsultations, toutes ces constructions de réseaux où on peut avoir accès à des mini avis, à des conseils disons, pour la médecine d'aujourd'hui, je pense que ce serait génial. Pour mettre de la fluidité et de la réussite dans le système... »

M6 « L'autre chose importante à développer c'est la nécessité d'une collaboration, de travailler à plusieurs. Moi il me faut un dermatologue correspondant et un chirurgien correspondant. Il faut vraiment avoir un réseau. D'où l'intérêt de la télémédecine aussi. »

M7 « Si le gouvernement mettait en place des dermatoscopes pour les maisons médicales, avec un réseau de télémédecine avec des dermatologues privés qui soient rémunérés pour la télétransmission des photos. »

M8 « Avoir un accès un peu plus aisé au dermato. Pour les fois où on a un truc qui nous plaît pas quoi. Un réseau un truc comme ça pour qu'on puisse les joindre par mail ou je sais pas. » « Ou au moins, tu vois, pouvoir envoyer une photo de la lésion ou un truc comme ça, au dermato. Et le dermato te dit soit « non ça c'est rien » soit « tu l'envoies quoi ». Ça serait très très bien, si on pouvait faire ça. »

Un médecin évoquait certaines problématiques liées à la télé médecine notamment celles de la rémunération et de la responsabilité des médecins qui la pratiquent.

M5 « Ca aurait certainement un coût, tout ce qui est téléconsultation... » « Après c'est toujours pareil, il faut voir comment sont rémunérés les gens qui donnent même ces mini-avis parce qu'ils peuvent pas passer leur temps à faire des trucs comme ça gratuitement. » « Ca pose aussi un énorme problème de responsabilité. Est-ce que, un dermato, sur la photo d'un autre, il serait capable de se mouiller sans avoir vu l'entièreté de la peau, sans avoir vu les autres lésions ? Si un mec prend une photo d'un truc qui est rien et que, à 4 cm de là, y a un mélanome, c'est compliqué. »

« Il faudrait qu'il puisse donner un avis qui le rende peu responsable, c'est à dire qu'on garde la responsabilité sur le patient. »

d) Un médecin proposait d'inciter les patients à consulter leur médecin généraliste dans le cadre du dépistage du mélanome. L'objectif étant d'impliquer davantage les médecins généralistes dans la pratique de ce dépistage et donc, indirectement, de les inciter à se former et à s'équiper d'un dermoscope.

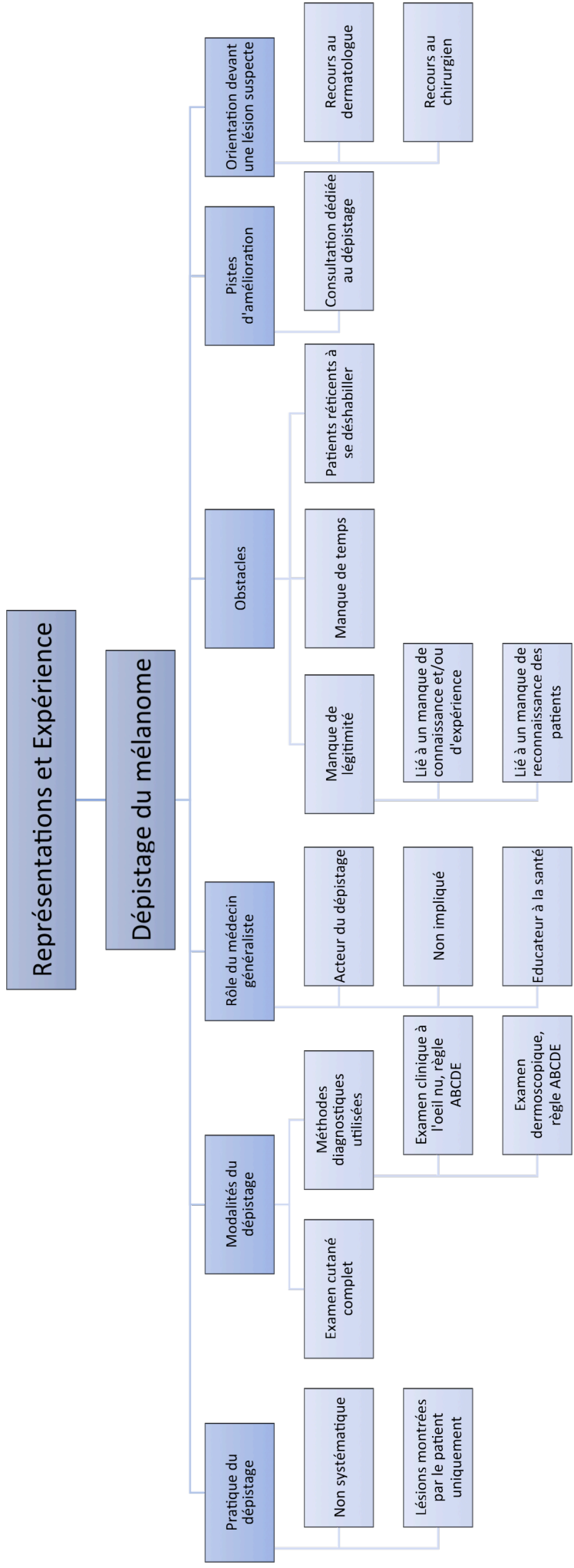
M6 « C'est peut être informer les patients plutôt et les inciter à se faire dépister. Je crois que si on devait développer la dermoscopie, ce serait que le patient demande à son généraliste : « Ah est-ce que vous êtes équipé ? Est ce que vous pouvez regarder correctement ma peau ? » C'est peut être ça qui va pousser le généraliste à aller plus loin dans sa démarche diagnostique, à s'équiper. » « Nous en tant que médecins généralistes, on peut être en première ligne, si on développe ça, si on examine bien les patients, si les patients le savent. » « Souvent je me dis qu'il faudrait mettre des affiches un peu partout dans la salle d'attente informant les gens que je fais ça et qu'ils n'hésitent pas à venir faire du dépistage en consultation dédiée. »

e) Une médecin proposait la mise en place de consultations dédiées.

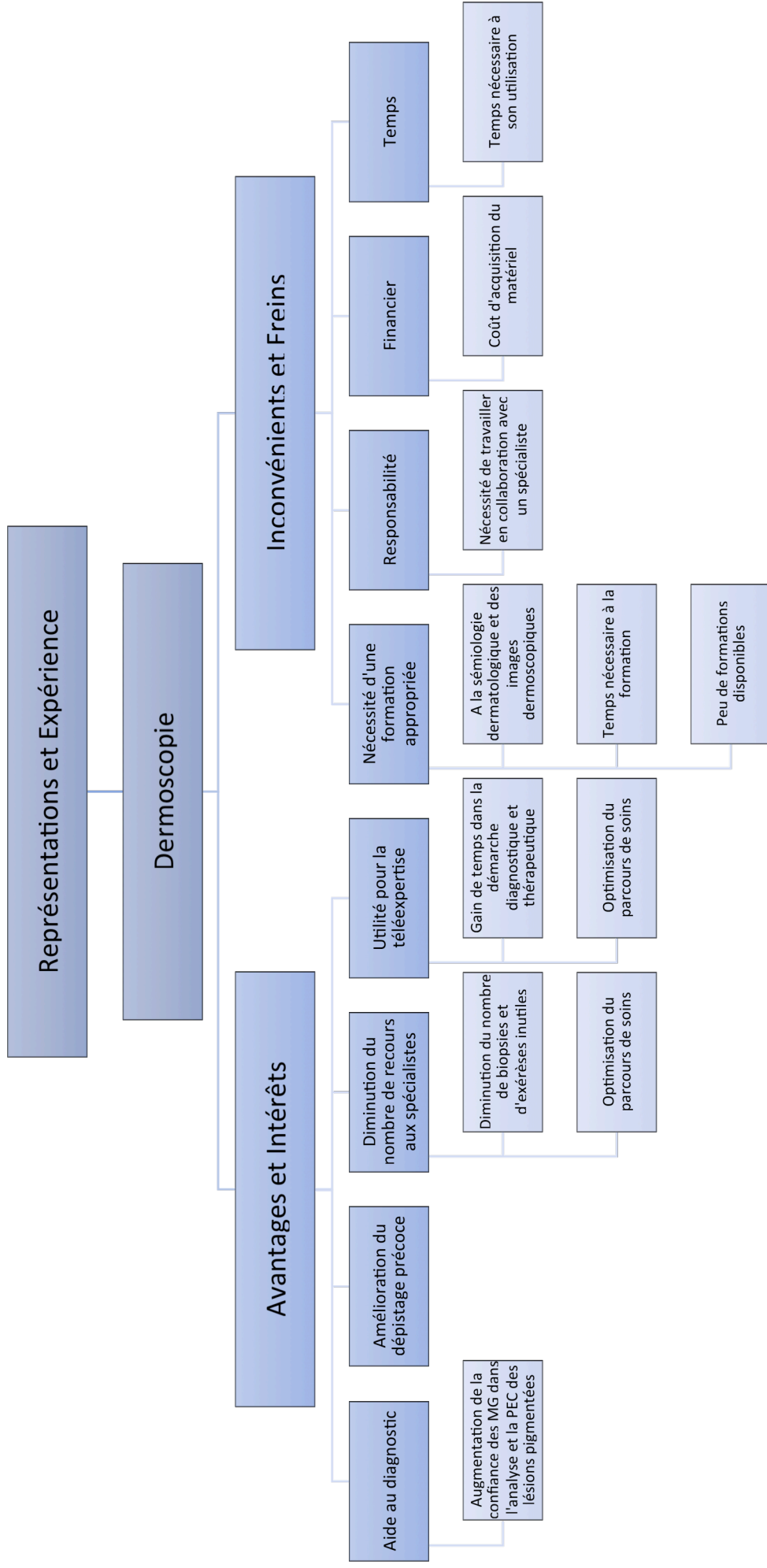
M7 « Dans mon exercice professionnel, avec les patients dont je suis le médecin traitant, quand je veux faire un bilan dermatoscopique, la consultation est différente d'une consultation de médecine générale classique. Le patient vient spécifiquement, en consultation

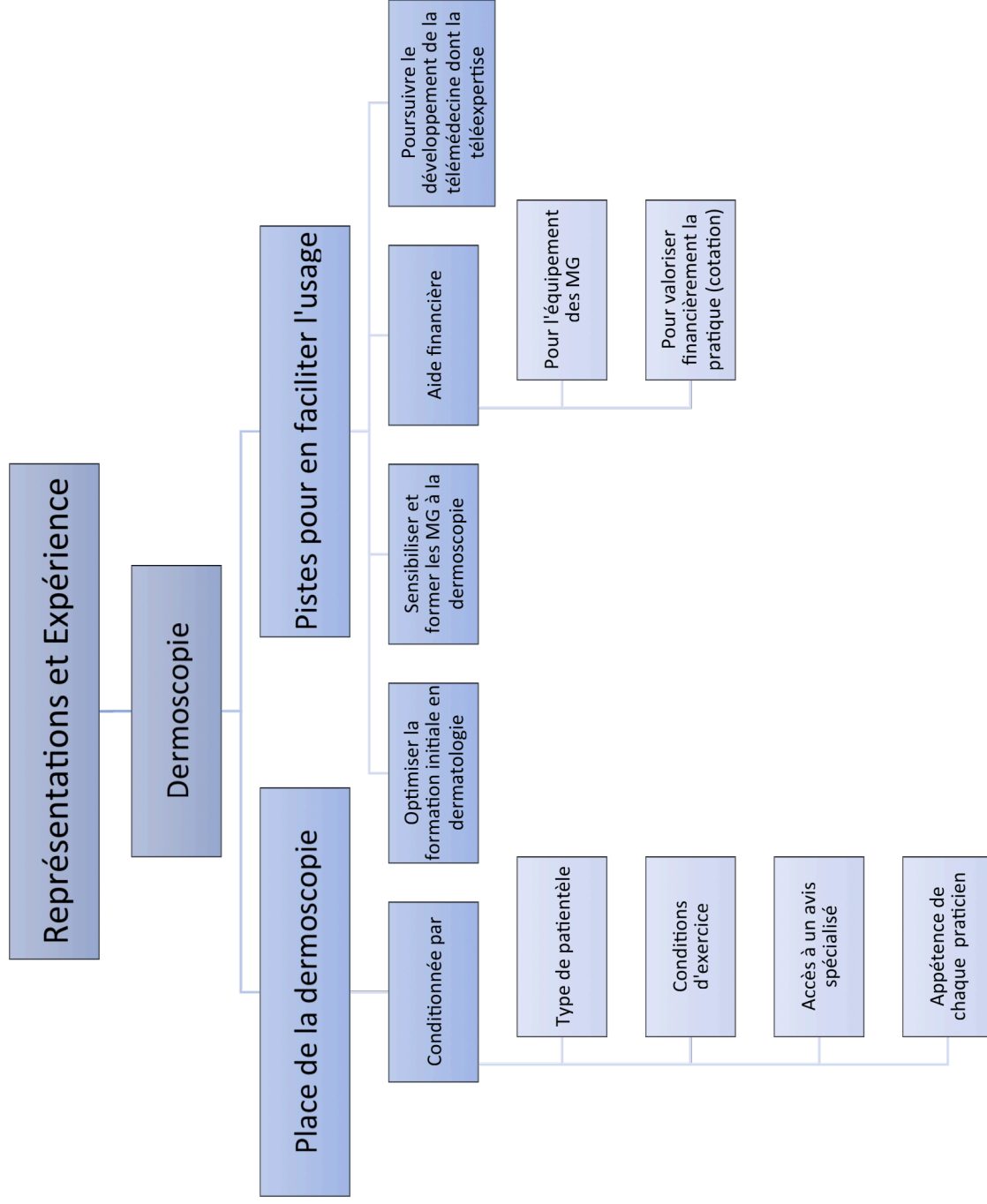
dédiée, pour faire le bilan dermatoscopique de tout son corps. Je sépare donc mon activité en deux. »

III. Arbres thématiques



Arbre thématique n°1 : Représentations et Expérience qu'ont les médecins généralistes du dépistage du mélanome





DISCUSSION

Il s'agit de la première étude qualitative explorant la perception qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires.

Dix entretiens ont été réalisés.

I. Principaux résultats

A. Le dépistage du mélanome en médecine générale

La pratique du dépistage n'était pas systématique. La plupart du temps, les médecins ne regardaient que les lésions montrées par le patient.

Les modalités du dépistage à savoir, le déroulement de l'examen cutané et les méthodes de diagnostics utilisées, variaient selon le degré d'implication de chaque médecin dans ce dépistage.

Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage n'était pas univoque.

Son rôle d'éducateur à la santé, consistant à sensibiliser les patients à l'importance, de la photo-protection et de la pratique d'un auto-examen cutané, était évoqué.

Les principaux freins au dépistage étaient le manque de légitimité lié à un manque de connaissances, d'expérience et de reconnaissance des patients, le manque de temps et la réticence des patients à se déshabiller.

La mise en place d'une consultation dédiée était une piste pour faciliter la pratique de ce dépistage.

Face à une lésion cutanée suspecte de mélanome, la majorité des médecins avait recours au dermatologue via téléexpertise ou au chirurgien.

B. La dermoscopie dans la démarche diagnostique

Les médecins avaient une représentation positive de la dermoscopie. Pour eux, elle constituait une aide au diagnostic renforçant la confiance des médecins généralistes dans l'analyse des lésions pigmentées et leur prise en charge. Elle permettait d'améliorer le dépistage précoce, de réduire le nombre de recours aux spécialistes (dermatologues et chirurgiens) et le nombre de biopsies ou d'exérèses inutiles. Couplée à la téléexpertise en dermatologie, elle offrait un gain de temps dans la démarche diagnostique et thérapeutique, d'où une optimisation du parcours de soins.

Cependant, ils soulevaient de nombreux facteurs limitant son utilisation notamment, la nécessité d'une formation appropriée, la responsabilité qu'engendre l'utilisation de l'appareil, son prix et le temps nécessaire à son utilisation.

La place de la dermoscopie en médecine générale était conditionnée par le type de patientèle, les conditions d'exercice, l'offre en dermatologues environnant le cabinet et les propres appétences des praticiens.

Plusieurs pistes étaient proposées pour élargir son utilisation.

D'abord, optimiser la formation initiale en dermatologie, sensibiliser les médecins généralistes à la dermoscopie et leur proposer des formations appropriées.

Ensuite, valoriser financièrement la pratique de la dermoscopie et faciliter l'équipement des médecins généralistes.

Enfin, poursuivre le développement de la télédermatologie, et plus particulièrement de la téléexpertise en dermatologie, afin que les médecins généralistes puissent avoir un accès rapide, fiable et ne surchargeant pas le système de soins à l'avis d'un spécialiste devant toute lésion suspecte.

II. Mise en perspective avec la littérature

A. Le dépistage du mélanome en médecine générale

1. Le médecin généraliste, acteur clé de l'onco-dermatologie

Dans notre étude, le rôle du médecin généraliste dans le dépistage n'était pas univoque pourtant c'est un acteur clé de l'onco-dermatologie.

En France, le parcours de soins s'articule autour du médecin généraliste qui en constitue la porte d'entrée.

En effet, la réforme du parcours de soins coordonnés entrée en application le 1^{er} janvier 2006, impose à chaque assuré social de plus de 16 ans, de désigner un médecin traitant de son choix qui sera le coordinateur du parcours de soins. Le patient doit s'adresser à lui en premier recours. Le médecin traitant peut, s'il le juge nécessaire, orienter son patient vers un autre professionnel de santé et l'assuré bénéficie ainsi d'un remboursement à taux plein. Si le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le montant de ses remboursements est amputé de 30 % sauf exceptions (13).

Le médecin généraliste est donc souvent en première ligne, notamment pour la prévention et le dépistage des lésions cutanées malignes dont le mélanome.

Dans ses recommandations pour le diagnostic précoce du mélanome auprès des professionnels de santé, émises en 2006 et réactualisées en 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) **met en avant le rôle du médecin généraliste** (2,3).

*« Les étapes clés du diagnostic précoce se fondent sur la complémentarité des actions engagées par le patient, le médecin traitant (ou le médecin du travail), le dermatologue et l'anatomo-pathologiste. **Le rôle du médecin généraliste est déterminant** dans l'information et la sensibilisation des patients au diagnostic précoce du mélanome et à sa prévention. Il participe à ce diagnostic précoce soit en identifiant les patients à risque, soit en identifiant au cours de sa consultation une lésion suspecte. Les membres du groupe de travail préconisent que le médecin généraliste s'appuie sur la règle ABCDE pour établir sa suspicion diagnostique et demande systématiquement au dermatologue une confirmation diagnostique. Chez les patients ayant un grand nombre de nævus ou des nævus atypiques, la surveillance est*

difficile et un suivi par le dermatologue est nécessaire.» Recommandations HAS, 2006

« La stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané repose sur: le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'identifie comme étant un sujet à risque de mélanome cutané; le médecin traitant qui identifie les patients à risque ou qui détecte une lésion cutanée suspecte à l'occasion d'une consultation; le dermatologue qui confirme ou non la suspicion diagnostique de mélanome cutané. L'identification des patients à risque peut être réalisée par les médecins généralistes, qui sont des médecins de premier recours. »

Actualisation des recommandations HAS, 2012

La Haute Autorité de Santé a d'ailleurs édité un guide du médecin traitant (Annexe 1) qui détaille, entre autres, les facteurs de risque à rechercher et la conduite de l'examen clinique. Il doit être réalisé par un médecin formé à la sémiologie des mélanomes et aux critères ABCDE, sur un patient entièrement déshabillé en utilisant deux principales méthodes diagnostiques : la règle ABCDE (Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur inhomogène, Diamètre supérieur à 6 mm, Evolutivité de sa taille) et « la règle du vilain petit canard » (une lésion est considérée comme suspecte si elle est différente des autres naevus du patient). La règle ABCDE a une spécificité et une sensibilité élevées (respectivement 0.59-1 et 0.57-0.90) à condition que le médecin ait une bonne connaissance de la sémiologie des mélanomes.

Les études encourageantes pour la promotion du dépistage cutané par les médecins généralistes sont nombreuses.

L'étude de Fleming NH et al. réalisée aux Etats Unis et publiée en 2018 (14), montrait une corrélation entre la densité de médecins généralistes dans une région et le nombre de diagnostics précoces de mélanome. Ainsi, des densités plus élevées de médecins généralistes semblaient être liées à un diagnostic accru de mélanome de stade précoce. L'étude d'Aitken JF et al. réalisée en Australie (15), montrait que la pratique d'un dépistage cutané régulier en soins primaires permet l'augmentation de diagnostic de mélanomes in situ et réduit le taux de mélanomes ayant un indice de Breslow élevé et, par conséquent, réduit le taux de mortalité par mélanome.

L'étude d'Epstein DS et al. (16), réalisée aux Etats-Unis, montrait que 46% des mélanomes repérés par un médecin sont in situ, contre seulement 8% des mélanomes repérés par le patient lui-même. Elle montrait également que la pratique d'un dépistage cutané régulier

est associée à une augmentation de la probabilité de détecter des mélanomes d'indice de Breslow mince.

Dans sa thèse traitant de la dermoscopie en médecine générale en région PACA, Venchi F. (17) rapportait que 69.2% des médecins interrogés estimaient qu'il était de leur devoir de faire la prévention et le dépistage des lésions cutanées malignes, auprès de tous leurs patients, 28.3% pensaient que cela n'était utile qu'auprès des patients ayant des facteurs de risque et 2.5% considéraient que c'était le rôle du dermatologue et non du médecin généraliste.

Plusieurs médecins de notre étude mettaient en avant le rôle de prévention du médecin généraliste consistant à sensibiliser et responsabiliser les patients sur l'importance de la photo-protection et de la pratique d'un auto-examen cutané. Ce rôle de prévention du médecin généraliste était également mis en lumière dans plusieurs études.

Dans la thèse de Chappuis P. (8), 56.5% des médecins interrogés ont répondu qu'ils donnaient souvent des conseils de photo protection, 33.6% seulement s'il y avait des facteurs de risque et 9.9 % ne donnaient jamais de conseils. Des résultats similaires étaient retrouvés dans la thèse de 2019 et l'exposition solaire prolongée semblait être le facteur de risque prédominant auxquels les médecins généralistes sensibilisaient leur patientèle (91.4%).

Une autre thèse française évaluant l'impact d'une action de prévention ciblée portant sur la protection solaire et l'auto-examen cutané, sur des patients à risque de mélanome (18), retrouvait que 54% des patients n'ayant pas reçu l'action de prévention ciblée se sentaient capables de reconnaître une lésion suspecte, contre 70% des patients du groupe intervention (ayant reçu l'action de prévention ciblée auparavant).

Un auteur suédois montrait l'impact significatif d'une délivrance de l'information par le médecin généraliste lors d'une consultation personnalisée, comparativement à une information donnée seulement par support papier (19).

2. Limites du dépistage

Dans notre étude, la pratique du dépistage n'était pas systématique.

Malgré l'importance d'un diagnostic précoce, les examens dermatologiques de dépistage sont sous pratiqués par les médecins généralistes.

Dans sa thèse, traitant de la place des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes en région Provence Alpes Côte d'Azur et publiée en 2018 (20), Belleudi B. rapportait que 80.6 % des médecins généralistes interrogés déclaraient ne pas examiner spécifiquement la peau de leurs patients et uniquement regarder le tégument visible sous leurs yeux au cours des examens cliniques habituels, 1.9 % affirmaient ne jamais examiner la peau de leurs patients, et seulement 11.7% des médecins déclaraient examiner la peau des patients à risque au cours de consultations dédiées et 5.8 % le faisaient chez tous leurs patients .

Dans une enquête réalisée dans le Val-de-Marne (21), 47,15% des médecins généralistes interrogés ne pratiquaient pas de dépistage cutané.

L'étude de Epstein DS et al. réalisée sur 102 patients (16), montrait qu'une majorité des mélanomes étaient détectés par le patient lui-même ou son conjoint (67%) et seulement 24% par un médecin.

La plupart du temps, les médecins ne regardaient que les lésions montrées par le patient.

Comme le soulignait le Pr Grob (22), le fait de se focaliser sur la lésion ciblée par le patient, induit une perte d'information. Pour lui, cette perte d'information est d'autant plus importante que le médecin a une plus faible acuité diagnostique en dermatologie : « Pour le non-expert, c'est avant tout la comparaison avec les autres grains de beauté du sujet qui suggère que ce « truc » différent des autres (signe du « vilain petit canard ») pourrait bien être suspect. » L'examen du tégument en entier est donc indispensable.

3. Freins au dépistage dermatologique

Les principaux freins au dépistage étaient le manque de légitimité lié à un manque de connaissances, d'expérience et de reconnaissance des patients, le manque de temps et la réticence des patients à se déshabiller.

Deux études ont évalué, par le biais de questionnaires adressés à des médecins généralistes, les principaux freins au dépistage dermatologique.

Dans la première étude, la thèse de Belleudi B.(20), les principaux freins étaient, par ordre de fréquence :

- Le manque de temps au cours d'une consultation (75.7 %)
- La peur de rassurer à tort (70.6 %)
- Le sentiment de connaissances dermatologiques insuffisantes (53.4 %)
- La gêne au déshabillage (35 %)

Les autres causes comme la peur de paraître incompetent auprès du patient ou auprès du spécialiste en alarmant inutilement, étaient évoquées moins fréquemment mais leur addition peut contribuer à une part non négligeable des raisons freinant le dépistage cutané.

Dans la seconde, une étude de 2011 (23), les principaux freins étaient:

- Les contraintes de temps
- Les comorbidités
- La gêne des patients

-Le **caractère chronophage** de ce dépistage était donc régulièrement évoqué. Pourtant, une étude réalisée en 2008 par Zalaudek et al (24), avait mis en évidence que le manque de temps était une mauvaise perception plutôt qu'une réalité puisqu'il fallait en moyenne 70 secondes pour réaliser un examen cutané corps entier sans dermoscope et 142 secondes avec un dermoscope. Le temps nécessaire pour recueillir les antécédents médicaux du patient, lui demander de se déshabiller pour l'examen, faire la synthèse des résultats et délivrer une prise en charge n'était pas comptabilisé.

-De même, le **sentiment de manquer de connaissances et d'expérience** dans le domaine du dépistage dermatologique était retrouvé dans plusieurs études.

Dans la thèse de Belleudi B. (20), 53.4 % des médecins interrogés pensaient ne pas avoir

les connaissances suffisantes en dermatologie pour pratiquer un dépistage dermatologique correct, 91,3% d'entre eux jugeaient nécessaire l'amélioration de leur formation en dermatologie.

La thèse de Chappuis P. (8), montrait que les médecins évaluaient en moyenne à 5/10 leurs compétences pour diagnostiquer des lésions cutanées malignes.

D'autres études montraient des résultats similaires dans plusieurs pays (25,26).

Ces différents résultats de la littérature s'accordent pour affirmer que les médecins généralistes ont une mauvaise opinion de leur propre capacité de dépistage cutané, ce qui peut impacter négativement leur pratique quotidienne.

-Concernant le sentiment de **manquer de reconnaissance de la part des patients**, des études ont cherché à évaluer le point de vue des patients sur la pratique du dépistage dermatologique par le médecin généraliste.

Deux études américaines réalisées auprès de patients (27,28), ont démontré que respectivement 79 % et 82 % d'entre eux, trouvaient que leur médecin généraliste était habilité à réaliser un examen clinique cutané complet en vue d'un dépistage du mélanome. Dans ces deux études, plus de deux tiers des patients désiraient que leur médecin traitant leur propose cet examen régulièrement.

-**La gêne au déshabillage**, émanant du patient ou du médecin, était également rapportée. Selon le Pr GROB, dermatologue (22), les freins au déshabillage systématique des patients étaient :

- la durée moyenne de la consultation en médecine générale
- le temps passé à se dévêtir et se revêtir, notamment pour les personnes âgées
- la réticence des patients à montrer des zones intimes ou d'hygiène douteuse

Toutefois, une thèse réalisée en 2016 sur le ressenti des patients en consultation de médecine générale (29), montrait que 76.6% des patients interrogés ne se sentiraient pas mal à l'aise lors du déshabillage pour l'examen clinique.

Ces différents facteurs peuvent potentiellement expliquer un des résultats de l'étude de Zalaudek et al (24), qui constate que la plupart des patients atteints d'un mélanome ont eu au moins une visite médicale dans l'année précédant le diagnostic mais que seulement 20%

d'entre eux déclarent avoir eu un examen clinique de la peau au cours de cette visite.

4. Suggestion pour faciliter la pratique de ce dépistage

Dans notre étude, les médecins proposaient la mise en place de consultations

dédiées au dépistage. Ils ne détaillaient pas si, pour eux, elles devaient concerner tous les patients ou seulement les patients à risque, si elles devaient être mises en place à l'initiative de chaque médecin ou faire l'objet de recommandations notamment de la part de la HAS, ni les conditions de remboursement et de cotation de ces consultations.

Dans tous les cas, la HAS recommande aux médecins généralistes d'inciter les patients à risque de mélanome, à se faire examiner au moins une fois par an, par un dermatologue, qui déterminera ensuite la fréquence des examens.

Une consultation de dépistage du mélanome réalisée par les dermatologues, au sein de leur cabinet, existe depuis mars 2012 (30).

Article 15.2.1 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) :

« Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie ». La description de cette consultation suit les recommandations de l'HAS de 2006 sur la « Stratégie de diagnostic précoce du mélanome ». Elle précise les sujets à risque et le contenu de la consultation, en insistant sur l'information du patient.

Cette consultation valorisée à hauteur de 2C est identifiée par les lettres CDE. Elle ne peut être facturée qu'une fois par an. Cette consultation n'entre pas dans le cadre du parcours de soins : la consultation préalable du médecin traitant n'est donc pas requise (pas de pénalisation dans le cadre des règles du parcours de soins). Toutefois, il est nécessaire que le dermatologue informe le médecin traitant par courrier.

5. Attitude face à une lésion cutanée suspecte de mélanome

La plupart des médecins avaient recours au dermatologue via téléexpertise ou au chirurgien.

La thèse de Venchi F. (17) rapportait que, devant une lésion macroscopiquement suspecte, 99.4% des médecins avaient recours au dermatologue libéral, 14.2% avaient recours au dermatologue hospitalier.

Un seul médecin pratiquait une biopsie ou une exérèse de la lésion directement à son cabinet lorsque les caractéristiques de la lésion (taille, localisation...) le permettaient.

Dans la thèse de Venchi F. (17), plus de 95% des médecins interrogés déclaraient ne pas avoir recours à la biopsie en cabinet devant une lésion suspecte.

Il est important de préciser que la prise en charge précoce des tumeurs cutanées est capitale dans l'amélioration des courbes de survie, mais une augmentation des biopsies ou exérèses par excès est aussi à l'origine d'une majoration des dépenses de santé publique et de la morbidité liée aux effets secondaires des interventions inutiles.

B. La dermoscopie dans la démarche diagnostique

1. Avantages de la dermoscopie

Les médecins de l'étude avaient une représentation positive de la dermoscopie. Pour eux, elle constituait une aide au diagnostic renforçant la confiance des médecins généralistes dans l'analyse des lésions pigmentées et leur prise en charge. Elle permettait d'améliorer le dépistage précoce, de réduire le nombre de recours aux spécialistes (dermatologues et chirurgiens) et donc, le nombre de biopsies ou d'exérèses inutiles. Couplée à la téléexpertise en dermatologie, elle permettait un gain de temps dans la démarche diagnostique et thérapeutique et donc, une optimisation du parcours de soins.

Trois études (8,17,31) par questionnaire ont évalué les perceptions, qu'avaient les médecins généralistes, des avantages de la dermoscopie en soins primaires.

Dans deux d'entre elles (8,17), les participants devaient classer leurs perceptions des avantages à la dermoscopie à partir d'une liste de suggestions. Les principaux avantages perçus étaient de : détecter les mélanomes au stade précoce, réduire le nombre de recours au dermatologue ainsi que l'anxiété des patients, documenter un cas avant de demander un avis spécialisé en dermatologie lorsque la pathologie le nécessitait.

Deux d'entre elles (8,31) ont mis en évidence que les médecins généralistes utilisant la

dermoscopie étaient plus confiants dans l'analyse des lésions pigmentées (8) et pour différencier les lésions cutanées malignes et non malignes (31).

Les réponses ne sont pas exhaustives du fait de la méthodologie choisie.

Ainsi, concernant le sentiment de confiance, il n'est pas possible de savoir si c'est la pratique de la dermoscopie qui rendait les médecins plus confiants ou si, les médecins généralistes plus sûrs d'eux en dermatologie, sont plus susceptibles d'adopter un nouvel outil d'évaluation des lésions cutanées.

-Bien qu'il n'existe que peu d'études évaluant l'utilisation de la dermoscopie en soins primaires, certaines ont montré qu'elle **améliore la sensibilité du diagnostic clinique de mélanome par rapport à l'examen à l'œil nu** (32–35). Il convient de noter que les médecins généralistes de ces études avaient tous une certaine formation en dermoscopie. Pour cette raison, et en s'appuyant sur d'autres études montrant que le manque de formation peut conduire à une réduction de la précision du diagnostic (5,36), pratiquer la dermoscopie impose d'avoir une formation appropriée.

-Une revue systématique Cochrane (37) récemment publiée, suggère que la **télédermatologie est probablement un bon moyen d'aider les médecins généralistes à décider quelles lésions cutanées doivent être examinées par un spécialiste de la peau.**

Elle suggère également que **l'utilisation d'images agrandies (télédermoscopie)**, en plus des photographies de la lésion, **améliore la précision.**

En revanche, cette revue n'a pas permis d'identifier des preuves suffisantes pour établir l'exactitude diagnostique de la télédermatologie par rapport à une évaluation clinique en face à face avec le spécialiste. Les revues systématiques Cochrane de la précision diagnostique de l'inspection visuelle des lésions cutanées suspectes pour la détection du mélanome (4) et de la dermoscopie par rapport à l'inspection visuelle d'une lésion cutanée suspecte (6), suggèrent que l'évaluation basée sur l'image peut ne pas être équivalente à une interaction patient / spécialiste en face-à-face.

2. Freins à l'utilisation de la dermoscopie

Cependant, ils soulevaient de nombreux facteurs limitant son utilisation, notamment, la nécessité d'une formation appropriée, la responsabilité qu'engendre l'utilisation de l'appareil, son prix et le temps nécessaire à son utilisation.

Quatre études (8,17,31,38) par questionnaire ont évalué les perceptions, qu'avaient les médecins généralistes, des freins à l'utilisation de la dermoscopie en soins primaires. Les participants devaient classer leurs perceptions des freins à la dermoscopie à partir d'une liste de suggestions.

Les principaux freins perçus étaient les coûts de la dermoscopie (équipement, absence de cotation), la nécessité d'une formation, le temps nécessaire à la formation et à l'utilisation de la dermoscopie.

-Le **prix** d'un dermoscope est variable selon le modèle et ses capacités, pouvant aller d'environ 150 euros à plus de 1000 euros.

Depuis la convention médicale 2016, l'assurance maladie a mis en place une aide financière appelé « forfait structure » à l'attention des médecins exerçant en cabinet individuel ou en groupe quels que soient leur spécialité médicale ou leur secteur d'exercice (secteur 1 ou 2). Cette **aide financière est destinée** à l'organisation, à l'informatisation et **l'équipement du cabinet**. L'aide financière du forfait structure est calculée selon le niveau d'atteinte des indicateurs d'équipement du cabinet et de service aux patients.

Depuis 2019, deux nouveaux indicateurs ont été ajoutés à la liste dont un indicateur permettant de s'équiper en appareils médicaux connectés à hauteur de 175 €. Le dermatoscope connecté fait partie de la liste des équipements retenue pour 2019 (39,40).

Il existe une **cotation** « QZQP001 » pour la « surveillance dermoscopique de lésion à haut risque » mais ses conditions d'application sont strictes (41). Elle concerne les patients ayant un antécédent personnel ou familial de mélanome, un syndrome du naevus atypique, chez les patients à haut risque. La tarification est de 54,10 euros mais il est nécessaire d'avoir une formation spécifique à la dermoscopie pour ce type de patient et l'examen doit durer environ 30 minutes.

-La pratique de la dermoscopie nécessite une **formation spécifique** des cliniciens à son utilisation et à la sémiologie des images dermoscopiques.

En effet, lorsqu'elle est utilisée par des praticiens non formés ou non expérimentés, la précision du diagnostic ne peut être meilleure que l'examen à l'œil nu (5,36).

Une étude australienne suggère qu'**il faut du temps pour former les cliniciens non experts** à l'utilisation de la dermoscopie et que les taux d'abandon des programmes de formation peuvent atteindre 40% (33).

Dans sa thèse, Chappuis P. (8) a cherché à évaluer le temps moyen que les médecins généralistes seraient prêts à accorder à une formation sur la dermoscopie. La durée moyenne était de 7 jours tandis que la médiane était à 5.

Dans cette étude, les 5.3% de médecins formés à la dermatoscopie, l'auraient été principalement lors de formations médicales continues (FMC) (73.7%) ou grâce à Internet (52.6%).

- Le **temps moyen pour examiner un naevus avec un dermoscope** a fait l'objet de plusieurs études.

Dans leur thèse, Chappuis P. et Venchi F. ont montré que l'utilisation de la dermoscopie augmentait le temps moyen pour examiner un naevus par rapport à l'examen à l'œil nu (8,17). L'étude de Zalaudek *et al* a étudié le temps supplémentaire en consultation avec l'utilisation de la dermoscopie (en moyenne 4.4 minutes de plus) (24). Cependant, l'étude de Lallas *et al* a montré qu'avec l'expérience, le diagnostic dermoscopique des lésions cutanées bénignes ou malignes ne prenait qu'une dizaine de secondes (42).

3. Place de la dermoscopie en médecine générale

Les praticiens de notre étude considéraient que son utilisation était conditionnée par le type de patientèle, les conditions d'exercice, l'offre en dermatologues environnant le cabinet et les propres appétences des praticiens.

Certaines directives internationales (43) recommandent à tous les cliniciens impliqués dans le dépistage des cancers cutanés, de se former à la dermoscopie et de l'utiliser.

En France, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recommandations concernant l'usage de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires (2).

La pratique de la dermoscopie est donc à l'initiative du médecin généraliste qui est libre de la pratiquer ou non.

Il est primordial de préciser que la pratique de la dermoscopie ne se substitue pas à un interrogatoire approfondi avec recherche de facteurs de risque de mélanome, à un examen clinique de l'ensemble du tégument et au recours à un spécialiste en cas de lésion suspecte de mélanome.

La dermoscopie est donc un prolongement de l'examen clinique pour les médecins généralistes intéressés et dûment formés.

4. Pistes pour en favoriser l'usage

- a) La première piste évoquée par les médecins pour favoriser l'usage de la dermoscopie en médecine générale était d'optimiser la formation initiale en dermatologie, de sensibiliser les médecins généralistes à la dermoscopie et de leur proposer des formations appropriées.**

->Lors du deuxième cycle des études médicales chaque futur médecin reçoit une formation à la dermatologie à travers le programme de l'examen classant national informatisé (ECNi). L'enseignement théorique de la dermatologie se fait via le collège des enseignants de dermatologie qui consacre un seul item, le numéro 299, aux tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques.

Les stages hospitaliers en service de dermatologie ne sont pas obligatoires, et leurs places sont limitées. La grande majorité des étudiants en médecine n'y a donc pas accès durant son cursus.

En juillet 2018, Mme Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre des Solidarités et de la Santé ont annoncé la mise en place de la réforme du deuxième cycle des études médicales pour les étudiants entrant en quatrième année (DFASM1) en septembre 2020. Elle implique, entre autres, la suppression des ECNi et leur remplacement par un nouveau modèle qui prendra en compte les connaissances, mais aussi les compétences et le parcours de l'étudiant. Compte tenu de la crise sanitaire actuelle, il a été décidé de procéder en deux temps avec le maintien des ECNi un an de plus mais la mise en œuvre

d'un nouveau référentiel de connaissances dès septembre 2020 (44,45). Cette réforme va profondément modifier la structure du deuxième cycle ainsi que les connaissances requises pour accéder au troisième cycle des études médicales.

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale comprend six semestres composés d'enseignements théoriques et de stages pratiques. A la faculté de médecine Montpellier-Nîmes, seul l'enseignement « plaies-cicatrisation » est en lien avec la dermatologie. Aucun stage de dermatologie ne figure de manière obligatoire dans la maquette. La formation « pratique » à la dermatologie est principalement délivrée lors des deux stages ambulatoires réalisés chez des médecins généralistes, les stages de niveau 1 et 2. Durant le stage de niveau 2 correspondant au SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) les internes motivés ont parfois la possibilité de contacter des dermatologues libéraux exerçant dans leur secteur pour venir assister à des consultations afin de se former.

A travers ces observations, on ne peut que constater que la formation universitaire des médecins généralistes à la dermatologie est limitée, tant sur le plan théorique que pratique.

Une étude descriptive transversale réalisée en 2018 auprès de 145 internes de médecine générale de la région Languedoc Roussillon, avec pour objectifs d'évaluer leurs connaissances en dermatologie ainsi que leurs éventuels besoins en formation, révélait que : 81% des interrogés estimaient ne pas avoir les connaissances suffisantes en dermatologie et 97% d'entre eux pensaient qu'une formation pratique complémentaire serait nécessaire, de préférence sous la forme d'un stage ambulatoire chez un dermatologue (46).

->Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif de formation continue instauré par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 puis aménagé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. C'est un outil d'actualisation et de mise à jour des connaissances et des compétences des médecins. Chaque médecin doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC (47). L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) met à disposition des professionnels de santé un moteur de recherche réunissant toutes les formations officielles reconnues par l'Agence.

Or, force est de constater que lorsque l'on recherche des formations à la dermoscopie pour les médecins généralistes sur le site de l'ANDPC, on n'en trouve que quatre (48).

Il existe d'autres moyens de se former à la dermoscopie notamment via des sites internet à l'image de « Dermoscopedia.org » (49), des applications mobiles telle que « Dermoscopy Two Step Algorithm », des manuels, des stages etc.

Pour les dermatologues, de nombreux modules d'e-learning ont été testés et ont montré un intérêt pour la formation médicale initiale (50–53) et pour l'éducation thérapeutique des patients (54). De même, une étude française a évalué un module d'e-learning sur la dermoscopie pour les dermatologues et a conclu que, combiné à des cours magistraux, il augmente significativement les performances en dermoscopie dans le contexte de la formation médicale continue (55). Un module d'e-learning pour les médecins généralistes a été créé dans le cadre du diplôme universitaire de sensibilisation à la cancérologie cutanée (56). La méthode de l'« éducation espacée » améliore l'acquisition des connaissances et la rétention à long terme de l'information.

L'apprentissage de la dermoscopie est difficile, en particulier pour les médecins généralistes qui ont peu de temps pour se former après leurs consultations. Il est donc important d'organiser des journées de formation dédiées efficaces, faciles à reproduire, peu chronophages et adaptées aux contraintes liées à l'exercice de la médecine libérale.

Selon une récente revue systématique Cochrane (6), le moyen le plus efficace de former les professionnels de santé à la dermoscopie reste à définir.

b) La deuxième piste évoquée par les médecins pour favoriser l'usage de la dermoscopie en médecine générale était la mise en place de mesures visant à valoriser financièrement la pratique de la dermoscopie et à faciliter l'équipement des médecins généralistes.

c) Enfin, plusieurs médecins proposaient de poursuivre le développement de la télémédecine et plus particulièrement de la téléexpertise en dermatologie afin que les médecins généralistes puissent avoir un accès rapide à l'avis d'un spécialiste devant toute lésion suspecte.

La télémédecine est définie par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HSPT) du 21 juillet 2009 comme une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel*

médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients » Article L.6316-1 (57).

La télémédecine repose donc sur des outils numériques (ordinateur, tablette, téléphone multimédia, etc) et des télécommunications (réseau 4G, internet, etc).

Elle comprend cinq actes : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation (58).

Parmi eux, la téléexpertise permet à un médecin, dit « médecin requérant », de solliciter un confrère, dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier.

La téléexpertise est ouverte, dans un premier temps, à certaines catégories de personnes pour lesquelles l'accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique.

Les actes de téléexpertise sont facturables à l'Assurance Maladie depuis le 10 février 2019 (40).

La dermatologie étant une discipline essentiellement visuelle, elle se prête très bien à la télémédecine, on parle alors de télédermatologie.

La télédermatologie permet à un médecin généraliste de solliciter un dermatologue (téléexpertise) pour obtenir son avis sur le diagnostic ou la prise en charge de lésions cutanées, sans avoir à référer les patients. Pour cela, le médecin généraliste lui envoie des images photographiques, dermoscopiques (télédermoscopie) ou les deux, souvent accompagnées d'autres informations pertinentes, comme un résumé des informations démographiques et des antécédents médicaux du patient (59).

En offrant un accès plus facile aux spécialistes, les principaux intérêts de la télédermatologie pour le médecin généraliste seraient de :

- réduire les délais pour l'obtention d'avis spécialisés et ainsi éviter les retards de prise en charge (59-61)
- permettre un tri efficace entre les lésions suspectes qui justifient que le patient soit vu en consultation par un spécialiste et les lésions non suspectes qui ne le justifient pas, afin de limiter les recours inutiles aux consultations spécialisées « en face à face » (59-61)
- accroître les connaissances des médecins généralistes et réduire la prise de décision isolée (60)
- permettre une optimisation du parcours de soins en offrant un service plus rapide, plus fiable et plus efficace
- réduire les coûts

Plusieurs réseaux de téléexpertise en dermatologie et plus particulièrement en onco-dermatologie existent. A l'image de celui développé aux Hospices Civiles de Lyon, à l'initiative du Pr Thomas, dermatologue au centre hospitalier Lyon Sud (62).

Il est primordial de préciser que le recours à la télédermatologie ne se substitue pas à un interrogatoire approfondi avec recherche de facteurs de risque de mélanome et à un examen clinique de l'ensemble du tégument.

IV. Forces et limites

Il s'agissait de la première étude qualitative explorant la perception qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires. Plusieurs études quantitatives, ont tenté, par le biais de questionnaires, d'évaluer cette perception mais l'exhaustivité des réponses obtenues était limitée par la méthode elle-même. En choisissant une approche qualitative, nous avons pu explorer plus en profondeur les représentations et l'expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie.

A. En ce qui concerne le recueil de données

L'échantillonnage en variation maximale a permis de recruter des praticiens aux profils variés en terme d'âge, de sexe et d'expérience. La diversité de la population assure la richesse des verbatims.

Tous les participants se sont montrés disponibles. Les entretiens n'ont pas été limités dans le temps, permettant un recueil de qualité.

La méthode de recueil de données par entretiens individuels a permis, à la différence d'un entretien de groupe, de garantir la spontanéité et la liberté de réponse de chaque médecin, sans crainte du désaccord, face au caractère parfois intimidant du focus group.

La saturation des données a été acquise à partir du huitième entretien. Les deux derniers n'ont pas soulevé de nouveaux thèmes.

Il s'agissait, pour l'investigatrice, d'une première expérience dans le domaine de la recherche qualitative. Cette absence d'expérience a pu gêner la production du discours.

Tous les entretiens ont été menés par l'investigatrice de l'étude. Cette situation est susceptible d'introduire un biais dans le recueil de données, le biais d'investigation. Un sentiment favorable à la dermoscopie a pu, en effet, modifier la conduite des interviews et orienter les réponses.

B. En ce qui concerne l'analyse

Il s'agissait, pour l'investigatrice, d'une première expérience dans le domaine de la recherche qualitative. Cette absence d'expérience a pu entraîner un biais pour l'analyse thématique.

V. Perspectives et implications pratiques

A. Concernant le dépistage du mélanome en soins primaires

Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du mélanome est **clairement établi par la HAS**. Son rôle est déterminant dans l'information et la sensibilisation des patients, au diagnostic précoce du mélanome et à sa prévention. Il participe à ce diagnostic précoce soit en identifiant les patients à risque, soit en détectant, au cours de sa consultation, une lésion suspecte.

Pourtant, cette étude met en lumière qu'il est peu pratiqué puisque, la plupart du temps, les médecins ne regardaient que les lésions montrées par le patient.

Plusieurs freins au dépistage étaient identifiés parmi lesquels le manque de légitimité lié à un manque de connaissances et le manque de temps.

Plusieurs options pourraient être envisagées de façon simultanée pour améliorer le dépistage des lésions cutanées malignes en soins primaires et renforcer l'implication des médecins généralistes:

- **Mettre en place des consultations dédiées** pour pallier, notamment, à la contrainte de temps.
- **Améliorer la formation des médecins généralistes au dépistage du mélanome en soins primaires, en commençant par la formation initiale.** Cela implique de comprendre comment former de façon optimale les médecins généralistes à la pratique de ce dépistage et comment faire en sorte qu'ils entretiennent et perfectionnent, au mieux, leurs connaissances et leurs compétences.

B. Concernant la dermoscopie dans la démarche diagnostique du mélanome en soins primaires

La dermoscopie est encore peu utilisée par les médecins généralistes français. Il n'existe d'ailleurs pas de recommandations concernant l'usage de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires en France, notamment car les données en faveur de son utilisation en soins primaires sont limitées.

Les praticiens de notre étude avaient une représentation positive de la dermoscopie même s'ils percevaient de nombreux facteurs limitant son utilisation, notamment la nécessité d'une formation appropriée, la responsabilité qu'engendre l'utilisation de l'appareil et son prix.

Plusieurs pistes pourraient être envisagées de façon simultanée pour élargir l'utilisation de la dermoscopie en soins primaires :

- **Optimiser la formation initiale en dermatologie, sensibiliser les médecins généralistes à la dermoscopie et leur proposer des formations appropriées.**

Comprendre comment former, de façon optimale, les médecins généralistes à la dermoscopie, jouera un rôle important dans l'utilisation croissante de la dermoscopie en soins primaires.

Une évaluation plus exhaustive de l'utilisation de la dermoscopie en soins primaires visant à identifier la meilleure façon de former les médecins généralistes est nécessaire.

L'utilisation d'algorithmes pourrait être utile.

- **Valoriser financièrement la pratique de la dermoscopie et faciliter l'équipement des médecins généralistes.**

La mise en place d'une cotation pour le « dépistage du mélanome avec utilisation d'un dermoscope en soins primaires » pourrait être envisagée.

- **Poursuivre le développement de la télédermatologie et plus particulièrement de la téléexpertise en dermatologie** afin que les médecins généralistes puissent avoir un accès rapide, fiable et ne surchargeant pas le système de soins, à l'avis d'un spécialiste devant toute lésion suspecte.

La création d'emplois dédiés à la téléexpertise en dermatologie serait une piste.

CONCLUSION

Le mélanome est un problème de santé publique en raison de son incidence en constante augmentation, de sa morbidité et de sa capacité à métastaser en mettant en jeu le pronostic vital du patient.

Le diagnostic précoce est l'intervention la plus efficace pour améliorer son pronostic.

Le dépistage du mélanome repose majoritairement sur deux acteurs, en plus du patient : les médecins généralistes et les dermatologues.

A l'heure actuelle on constate une pénurie de dermatologues en France ce qui renforce, malgré lui, la place du médecin généraliste dans ce dépistage.

Il apparaît donc primordial qu'il soit en capacité d'identifier les patients à risque et les lésions suspectes.

La recherche des facteurs de risque de mélanome et la réalisation d'un examen clinique de l'ensemble du tégument, si nécessaire, sont indispensables.

Cependant, l'inspection visuelle seule n'est pas suffisamment sensible pour la détection du mélanome justifiant le recours à d'autres technologies dont la dermoscopie.

La dermoscopie est reconnue pour améliorer la précision du diagnostic du mélanome sous réserve d'une formation à la sémiologie des images dermoscopiques de mélanome. Elle reste peu utilisée par les médecins généralistes en France.

Nous avons voulu étudier les représentations et l'expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires. Nous avons réalisé une étude qualitative avec recueil de données par entretiens semi-directifs individuels auprès de médecins généralistes ayant ou non, une expérience de la dermoscopie. Il s'agissait de la première étude qualitative explorant la perception qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie.

Notre étude a permis de mettre en évidence que les médecins avaient une représentation positive de la dermoscopie. Pour eux, elle constituait une aide au diagnostic renforçant la

confiance des médecins généralistes dans l'analyse des lésions pigmentées et leur prise en charge. Elle permettait d'améliorer le dépistage précoce, de réduire le nombre de recours aux spécialistes (dermatologues et chirurgiens) et donc le nombre de biopsies ou d'exérèses inutiles. Couplée à la téléexpertise en dermatologie, elle offrait un gain de temps dans la démarche diagnostique et thérapeutique, d'où une optimisation du parcours de soins

Cependant, ils soulevaient de nombreux facteurs limitant son utilisation, notamment la nécessité d'une formation appropriée, la responsabilité qu'engendre l'utilisation de l'appareil, son prix et le temps nécessaire à son utilisation.

Plusieurs pistes étaient proposées pour élargir l'utilisation de la dermoscopie.

D'abord, optimiser la formation initiale en dermatologie, sensibiliser les médecins généralistes à la dermoscopie et leur proposer des formations appropriées.

Ensuite, valoriser financièrement la pratique de la dermoscopie et faciliter l'équipement des médecins généralistes.

Enfin, poursuivre le développement de la télédermatologie et plus particulièrement de la téléexpertise en dermatologie afin que les médecins généralistes puissent avoir un accès rapide, fiable et ne surchargeant pas le système de soins à l'avis d'un spécialiste devant toute lésion suspecte.

Les données en faveur de son utilisation en contexte de soins primaires sont limitées, mais la dermoscopie pourrait aider à trier les lésions suspectes en vue d'une orientation en urgence vers un spécialiste, lorsqu'elle est pratiquée par des cliniciens dûment formés.

Des preuves supplémentaires sont donc nécessaires pour montrer que la dermoscopie est sûre, efficace, acceptable et rentable lorsqu'elle est utilisée pour le dépistage du mélanome en soins primaires.

D'autres technologies, appliquées au dépistage du mélanome, pourraient être utiles pour aider les médecins généralistes à trier les lésions suspectes. C'est le cas de l'intelligence artificielle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Vol. 1-Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra): Santé publique France; 2019.
2. Haute Autorité de Santé. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_strategie_de_diagnostic_precoce_du_melanome.pdf
3. Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané » [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/synthese_de_la_recommandation_actualisation_de_la_revue_de_la_litterature_dune_recommandation_en_sante_publique_sur_la_detection_precoce_du_melanome_cutane.pdf
4. Dinnes J, Deeks JJ, Grainge MJ, Chuchu N, Ferrante di Ruffano L, Matin RN, et al. Visual inspection for diagnosing cutaneous melanoma in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;12.
5. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol.* 2002;3(3):159-65.
6. Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, Ferrante di Ruffano L, Matin RN, Thomson DR, et al. Dermoscopy, with and without visual inspection, for diagnosing melanoma in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;12:CD011902.
7. Youl PH, Raasch BA, Janda M, Aitken JF. The effect of an educational programme to improve the skills of general practitioners in diagnosing melanocytic/pigmented lesions. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32(4):365-70.
8. Chappuis P. Utilité de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en médecine générale: étude quantitative d'un échantillon de 425 médecins généralistes français [Thèse méd]. [Lyon Est]: Claude Bernard-Lyon 1; 2015.
9. Fee JA, McGrady FP, Rosendahl C, Hart ND. Dermoscopy Use in Primary Care: A Scoping Review. *Dermatol Pract Concept.* 2019;9(2):98-104.
10. Frappé P. Initiation à la recherche. 2ième éd. Saint-Cloud: GMSanté, CNGE productions; 2018.
11. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. 3ième. Malakoff: Armand Colin; 2009.
12. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ième. Malakoff: Armand Colin; 2016.
13. Assurance Maladie. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
14. Fleming NH, Grade MM, Bendavid E. Impact of primary care provider density on detection and diagnosis of cutaneous melanoma. *PLOS ONE.* 2018;13(7):e0200097.
15. Aitken JF, Elwood M, Baade PD, Youl P, English D. Clinical whole-body skin examination reduces the incidence of thick melanomas. *Int J Cancer.* 2010;126(2):450-8.
16. Epstein DS, Lange JR, Gruber SB, Mofid M, Koch SE. Is Physician Detection Associated With Thinner Melanomas? *JAMA.* 1999;281(7):640-3.
17. Venchi F. Dermatoscopie en médecine générale en région PACA : état des lieux. Étude auprès d'un échantillon de 360 médecins généralistes libéraux [Thèse méd]. [Marseille]: Aix-Marseille; 2019.

18. Clouet S, Rivière-Vannier C. Protection solaire et auto-examen cutané: impact d'une action de prévention ciblée sur des patients à risque de mélanome consultant en médecine générale [Thèse méd]. [Nantes]: Nantes; 2012.
19. Falk M, Magnusson H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: An effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(3):135-43.
20. Belleudi B. Place des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes dans la région Provence Alpes Côte d'Azur [Thèse méd]. [Marseille]: Aix-Marseille; 2018.
21. 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. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2014;141(12, supplément):S324-5.
22. Grob JJ. Quel patient déshabiller en médecine générale ? : Le point de vue du dermatologue. *La revue du praticien Médecine générale*. 2009;23(823):404-6.
23. Oliveria SA, Heneghan MK, Cushman LF, Ughetta EA, Halpern AC. Skin cancer screening by dermatologists, family practitioners, and internists: barriers and facilitating factors. *Arch Dermatol*. janv 2011;147(1):39-44.
24. Zalaudek I, Kittler H, Marghoob AA, Balato A, Blum A, Dalle S, et al. Time required for a complete skin examination with and without dermoscopy: a prospective, randomized multicenter study. *Arch Dermatol*. 2008;144(4):509-13.
25. Shenenberger DW. Cutaneous Malignant Melanoma: A Primary Care Perspective. *Am Fam Physician*. 2012;85(2):161-8.
26. Merenstein D, Meyers D, Krist A, Delgado J, McCann J, Petterson S, et al. How well do family physicians manage skin lesions? *The Journal of Family Practice*. 2007;56(1):40-5.
27. Federman DG, Kravetz JD, Haskell SG, Ma F, Kirsner RS. Full-Body Skin Examinations and the Female Veteran: Prevalence and Perspective. *Arch Dermatol*. 2006;142(3):312-6.
28. Geller AC, Swetter SM, Brooks K, Demierre M-F, Yaroch AL. Screening, early detection, and trends for melanoma: Current status (2000-2006) and future directions. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(4):555-72.
29. El Hafdi S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale [Thèse méd]. [Amiens]: Picardie Jules Verne; 2016.
30. Assurance Maladie. Fiche pratique dermatologue [Internet]. [cité 12 sept 2020]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fiche_dermatologue.pdf
31. Morris JB, Alfonso SV, Hernandez N, Fernández MI. Dermoscope Use by Osteopathic Primary Care Physicians. *J Am Osteopath Assoc*. 2017;117(3):158-64.
32. Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, Sera F, Corona R, Alsina M, et al. Dermoscopy Improves Accuracy of Primary Care Physicians to Triage Lesions Suggestive of Skin Cancer. *J Clin Oncol*. 2006;24(12):1877-82.
33. Menzies SW, Emery J, Staples M, Davies S, McAvoy B, Fletcher J, et al. Impact of dermoscopy and short-term sequential digital dermoscopy imaging for the management of pigmented lesions in primary care: a sequential intervention trial. *Br J Dermatol*. 2009;161(6):1270-7.
34. Koelink CJL, Vermeulen KM, Kollen BJ, de Bock GH, Dekker JH, Jonkman MF, et al. Diagnostic accuracy and cost-effectiveness of dermoscopy in primary care: a cluster randomized clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2014;28(11):1442-9.
35. Westerhoff K, McCarthy WH, Menzies SW. Increase in the sensitivity for melanoma diagnosis by primary care physicians using skin surface microscopy. *Br J Dermatol*. 2000;143(5):1016-20.

36. Binder M, Puspoeck-Schwarz M, Steiner A, Kittler H, Muellner M, Wolff K, et al. Epiluminescence microscopy of small pigmented skin lesions: Short-term formal training improves the diagnostic performance of dermatologists. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36(2):197-202.
37. Chuchu N, Dinnes J, Takwoingi Y, Matin RN, Bayliss SE, Davenport C, et al. Tele dermatology for diagnosing skin cancer in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(12).
38. Morris JB, Alfonso SV, Hernandez N, Fernández MI. Examining the factors associated with past and present dermoscopy use among family physicians. *Dermatol Pract Concept.* 2017;7(4):63-70.
39. Assurance Maladie. Modernisation du cabinet : forfait structure [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
40. Assurance Maladie. Tél expertise [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
41. Assurance Maladie. CCAM [Internet]. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abreege.php?code=QZQP001>
42. Lallas A, Zalaudek I, Apalla Z, Longo C, Moscarella E, Piana S, et al. Management rules to detect melanoma. *Dermatology.* 2013;226(1):52-60.
43. Menzies S, Chamberlain A, Soyer P, Guitera P, Cancer Council australia melanoma guidelines working group. Quel est le rôle de la dermoscopie dans le diagnostic du mélanome? [Internet]. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: https://wiki.cancer.org.au/australia/Clinical_question:What_is_the_role_of_dermoscopy_in_melanoma_diagnosis%3F
44. ANEMF. Réforme du deuxième cycle des études médicales (R2C) : point d'étape [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2019/09/04/reforme-du-deuxieme-cycle-des-etudes-medicales-r2c-point-detape/>
45. Ministère des Solidarités et de la Santé. Epidémie de Covid-19 – précisions sur le calendrier des concours et des réformes pour les formations médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/epidemie-de-covid-19-precisions-sur-le-calendrier-des-concours-et-des-reformes>
46. Legentil T. Evaluation des connaissances en dermatologie des internes en médecine générale du Languedoc-Roussillon et évaluation de leurs besoins en formation. [Thèse méd]. [Montpellier]: Montpellier-Nîmes; 2018.
47. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Se former tout au long de sa carrière [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>
48. Agence nationale du DPC. Rechercher un DPC [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/formations-dpc-rechercher-un-dpc>
49. International dermoscopy society. *dermoscopedia* [Internet]. *Dermoscopedia.org.* [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: https://dermoscopedia.org/Main_Page
50. Cipriano SD, Dybbro E, Boscardin CK, Shinkai K, Berger TG. Online learning in a dermatology clerkship: Piloting the new American Academy of Dermatology Medical Student Core Curriculum. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(2):267-72.
51. McCleskey PE. Clinic teaching made easy: A prospective study of the American Academy of Dermatology core curriculum in primary care learners. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(2):273-279.e1.

52. Soirefmann M, Comparin C, Boza J, Wen CL, Cestari TF. Impact of a cybertutor in dermatological teaching. *Int J Dermatol.* 2013;52(6):722-7.
53. Singh DG, Boudville N, Corderoy R, Ralston S, Tait CP. Impact on the dermatology educational experience of medical students with the introduction of online teaching support modules to help address the reduction in clinical teaching. *Australas J Dermatol.* 2011;52(4):264-9.
54. Aneja S, Brimhall AK, Kast DR, Aneja S, Carlson D, Cooper KD, et al. Improvement in Patient Performance of Skin Self-examinations After Intervention With Interactive Education and Telecommunication Reminders: A Randomized Controlled Study. *Arch Dermatol.* 2012;148(11):1266-72.
55. Boespflug A. Evaluation d'un module d'E-learning dans l'apprentissage de la dermoscopie [Thèse méd]. [Lyon Est]: Claude Bernard Lyon 1; 2015.
56. Zaccaria F. Création d'un module d'E-learning pour les médecins généralistes dans le cadre du D.U. de sensibilisation à la cancérologie cutanée [Thèse méd]. [Lyon Est]: Claude Bernard Lyon 1; 2015.
57. Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
58. DGOS. La télémédecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
59. Ndegwa S, Prichett-Pejic W, McGill S, Murphy G, Severn M. Teledermatology Services: Rapid Review of Diagnostic, Clinical Management, and Economic Outcomes [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.cadth.ca/media/pdf/H0502_Teledermatology_Report_e.pdf
60. Bashshur RL, Shannon GW, Tejasvi T, Kvedar JC, Gates M. The Empirical Foundations of Teledermatology: A Review of the Research Evidence. *Telemed J E Health.* 2015;21(12):953-79.
61. Warshaw EM, Hillman YJ, Greer NL, Hagel EM, MacDonald R, Rutks IR, et al. Teledermatology for diagnosis and management of skin conditions: A systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(4):759-772.e21.
62. Hospices Civils de Lyon. myHCL Pro : portail pour les professionnels de santé | Hospices Civils de Lyon - HCL [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/fr/myhcl-pro>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide du médecin traitant



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

Stratégie de diagnostic précoce du mélanome

Guide du médecin traitant

OBJECTIF

Améliorer et promouvoir le diagnostic précoce du mélanome : définition des populations à risque, prise en compte du parcours de soins coordonnés du patient, du médecin traitant et/ou du médecin du travail vers le dermatologue.

CONTEXTE

Le mélanome est un cancer peu fréquent par comparaison aux carcinomes épithéliaux mais c'est la plus grave des tumeurs malignes cutanées car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital du patient.

- **Des arguments forts incitent à valoriser le diagnostic précoce auprès du public et de l'ensemble des professionnels de santé :**
 - ▶ en 2006 les traitements du mélanome au stade métastatique n'ont pas d'effet sur la mortalité. Seul le diagnostic de mélanomes *in situ* (stade précoce du mélanome) et de mélanomes de faible épaisseur (mesuré par l'indice de Breslow) pourrait permettre de diminuer la mortalité liée à ce cancer.
- **Les données de la littérature montrent que le pronostic du patient dépend de la valeur de l'indice de Breslow et de la présence ou non d'une ulcération à l'examen histologique au moment de l'exérèse du mélanome :**
 - ▶ une corrélation inverse entre l'indice de Breslow et la survie après traitement est observée : le taux de survie à 5 ans est de 91-95 % lorsque cet indice est < 1 mm et est de 63-79 % lorsqu'il est compris entre 2 et 4 mm ;
 - ▶ le taux de récurrences locales, régionales ou à distance est corrélé à l'indice de Breslow.
- **Le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué sur un mélanome ayant un indice de Breslow faible : efficacité sur la mortalité et/ou le taux de récurrences.**
 - ▶ Les campagnes d'incitation au diagnostic précoce ont un impact positif (augmentation du nombre de mélanomes dépistés et diminution de l'épaisseur des mélanomes dont on a fait l'exérèse)

LES DIFFÉRENTS TYPES DE MÉLANOME

- Le **mélanome à extension superficielle** (SSM) : tache de contour irrégulier polycyclique, de couleur inhomogène polychrome (noir, marron, rouge, achromique), non palpable ou palpable selon sa phase d'évolution. Croissance lente (mois à années) 70-80 % des mélanomes.
- Le **mélanome nodulaire** (MN) : nodule de couleur noire (parfois achromique), ferme, arrondi, pouvant s'ulcérer, se recouvrir d'une croûte, suinter ou saigner. Croissance rapide (semaines à mois) 4-18 % des mélanomes.
- Le **mélanome de Dubreuilh** : tache pigmentée, inhomogène, allant du noir au marron foncé, observée sur les zones photo-exposées chez le sujet âgé (visage principalement).
- Le **mélanome acral-lentigineux** : observé sur les paumes ou plantes (tache brune ou noire au contour irrégulier), les ongles (bande mélanique > 6 mm de large, pigmentation irrégulière), les zones cutanées non exposées au soleil.

LES FACTEURS DE RISQUE À RECHERCHER

Les facteurs suivants augmentent le risque (risque multiplié par deux) de survenue d'un mélanome (pour le détail de ces facteurs, voir le tableau en dernière page) :

- nombreux *nævus* communs (grains de beauté), *nævus* atypiques ;
- mode de vie donnant lieu à une exposition solaire intense ;
- antécédents de coups de soleil (brûlures solaires) ;
- phototype cutané de type I (coups de soleil + absence de bronzage) ;
- antécédents personnels ou familiaux de mélanome ;
- caractéristiques physiques (couleur des cheveux ou de la peau, éphélides).

L'EXAMEN CLINIQUE

On ne peut connaître le stade de gravité du mélanome sur le seul aspect clinique (**aucune corrélation entre le diamètre du mélanome et son épaisseur**). L'examen clinique est une méthode performante à condition de connaître la sémiologie des mélanomes (**importance de la formation**).

- **La démarche analytique visuelle**
 - ▶ La règle ABCDE est la méthode de référence en France.
 - ▶ L'acronyme ABCDE signifie : A = asymétrie ; B = bord ; C = couleur ; D = diamètre ; E = évolutivité (*voir tableau en dernière page*).
 - ▶ Une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si deux de ces critères sont validés (le critère E étant le critère le plus pertinent).
- **La démarche cognitive visuelle**
 - ▶ Chez un sujet donné, les *nævus* ont un aspect clinique homogène (les *nævus* se ressemblent entre eux).

- Une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si elle est cliniquement différente des autres *nævus* du patient dans sa forme, sa couleur ou son épaisseur.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS DE VOTRE PATIENT

- **Vous avez identifié un patient à risque de mélanome, vous devez :**
 - l'inciter à faire examiner sa peau une fois par an par un dermatologue ;
 - l'inciter à l'auto-examen cutané une fois par trimestre (voir ci-après) ;
 - l'informer sur les risques liés à l'exposition solaire.
- **Vous avez identifié une lésion suspecte chez un patient à risque ou non, vous devez adresser sans délai votre patient à un dermatologue :**
 - si le dermatologue confirme la suspicion de mélanome, il pratiquera une exérèse de la lésion ;
 - l'examen anatomo-pathologique confirmera ou non le diagnostic de mélanome ;
 - en fonction des résultats de cet examen le dermatologue décidera de la prise en charge thérapeutique (traitement, surveillance) et l'expliquera à votre patient.

L'AUTO-EXAMEN CUTANÉ : POURQUOI ? COMMENT ?

L'auto-examen permet à votre patient d'examiner seul la totalité de sa peau (temps de réalisation : 15 minutes). **Votre patient devra rechercher une lésion mélanocytaire cliniquement différente de ses autres *nævus* ou d'apparition récente ou évolutive dans sa taille, sa couleur ou son épaisseur.**

Étape 1

- **L'examen direct :** le patient devra examiner à l'œil nu les paumes de ses mains et pieds, ses ongles, ses doigts et ses espaces entre les doigts des mains et des pieds, la face avant de ses bras et avant-bras, ses cuisses et ses jambes.

Étape 2

- **L'examen avec miroir en pied :** le patient devra se placer devant un miroir en pied vertical et examiner sa peau de haut en bas. Il tournera vers le miroir le côté gauche puis le côté droit de son corps, les bras levés à la verticale.

Étape 3

- **L'examen avec un miroir à main :** pour les zones de peau non accessibles à la vue, le patient peut s'aider d'un miroir à main. Assis sur un tabouret, il surélève chaque jambe pour examiner la face interne, externe et postérieure du mollet et de la cuisse. La face postérieure des bras, de la nuque, du dos, le cuir chevelu et la région génitale seront aussi examinées à l'aide du miroir à main. Le patient peut également demander l'aide d'une personne de son entourage.

LES ÉTAPES CLÉS DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE

<p>1 - Le parcours de soins de patient :</p>	<p>Médecin traitant, médecin du travail ou dermatologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ identifie des sujets à risque (cf. points 2,3,4 ci-dessous) ; ▶ identifie une lésion suspecte (cf. point 5 ci-dessous). <p>Dermatologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ confirme la suspicion diagnostique (à cette fin, lui adresser sans délai votre patient) ; ▶ pratique l'exérèse de la lésion, fait faire l'examen anatomo-pathologique et assure le suivi du patient.
<p>2 - Les facteurs de risque à rechercher :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Nævus</i> atypiques $n \geq 2$. ▶ Lésions mélanocytaires (<i>nævus</i> communs) > 40. ▶ Antécédents personnels ou familiaux de mélanome. ▶ Phototype I, antécédents de brûlures solaires. ▶ Cheveux roux ou blonds, couleur de peau claire. ▶ Éphélides (taches de rousseur) nombreuses. ▶ <i>Nævus</i> congénital géant (diamètre > 20 cm).
<p>3 - Les facteurs de risque liés au mode de vie ou à la profession du patient :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sujets ayant vécu dans des pays très ensoleillés (exposition solaire aiguë et intense) de par leur profession ou leur activité de loisirs. ▶ Pour le mélanome de Dubreuilh uniquement, les sujets avec un métier en extérieur (moniteurs sportifs, marins, agriculteurs, ouvriers du bâtiment et des travaux publics).
<p>4 - Les autres facteurs de risque à prendre en compte :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les antécédents personnels de cancer cutané autre qu'un mélanome. ▶ Les antécédents d'exérèse d'une lésion cutanée (rechercher les cicatrices d'intervention et le résultat de l'examen anatomo-pathologique s'il y en a eu un). ▶ Les traitements immunosuppresseurs.
<p>5 - L'examen clinique nécessite une bonne formation du praticien à la sémiologie des critères ABCDE :</p>	<p>Les conditions de réalisation de l'examen cutané :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ le patient est examiné dans une pièce bien éclairée ; ▶ le déshabillage du patient doit être complet ; ▶ l'ensemble du revêtement cutané est examiné, sans oublier les plis et les espaces inter-digitaux ; ▶ les éléments pris en compte sont la forme des lésions, leur disposition, topographie, distribution et étendue. <p>Une lésion susceptible d'être un mélanome est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ une lésion asymétrique (critère A) ; ▶ avec une bordure irrégulière, encochée, polycyclique, délimitée par rapport à la peau environnante (critère B) ; ▶ de couleur inhomogène, du brun clair au noir foncé (critère C). Des zones blanches où le pigment a disparu, des zones rouges inflammatoires ou des zones cicatricielles bleutées peuvent également être observées ; ▶ de diamètre > 6 mm (critère D) ; ▶ évolutive dans sa taille (la lésion s'élargit), sa couleur ou son épaisseur (critère E).

© Haute Autorité de santé – FMMELA 2006 – Imprimé par IME



Le rapport complet et la fiche de synthèse de cette évaluation médico-économique et santé publique :
« Stratégie de diagnostic précoce du mélanome » - octobre 2006
sont disponibles sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

Annexe 2 : Guide d'entretien

Introduction :

- Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse dont l'objectif est de comprendre votre expérience de la dermoscopie, que vous l'utilisiez ou non.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est vraiment votre expérience qui m'intéresse. Pour ce faire, j'ai quelques questions ouvertes à vous poser. Sentez-vous libre de m'interrompre ou de ne pas répondre à une question, si vous le désirez.
- Je vous remercie aussi de signer le formulaire de consentement à l'enregistrement, au traitement voire à la publication des données qui seront totalement anonymisées.
- Et de remplir la fiche de renseignement.

Guide d'entretien :

1-Quand je vous parle du dépistage du mélanome en consultation de médecine générale, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

2-Quelle est votre attitude devant une lésion cutanée suspecte de mélanome ?

3-Rappelez-vous d'un patient qui a présenté une lésion suspecte de mélanome (*laisser le temps de se souvenir*) que s'est-il passé ? Qu'avez-vous fait ? Comment l'avez-vous vécu ?

4-Quelle est votre expérience de la dermoscopie ?

Comment connaissez-vous la dermoscopie ?

Quels intérêts y verriez-vous ?

Quels seraient, selon vous, les freins et obstacles à son utilisation ?

5-Quelles pistes proposeriez-vous pour en faciliter l'usage ?

6-Par rapport à tout ce que vous m'avez dit durant l'entretien, qu'est-ce qui vous paraît le plus important ?

Je vous remercie encore beaucoup pour votre participation.

Annexe 3 : Recueil des caractéristiques des participants

Entretien n°

- Sexe :

- Âge :

- Zone d'activité :

- Rurale (- 2000 habitants)
- Semi rurale (entre 2000 et 10 000 habitants)
- Urbaine (+ 10 000 habitants)

-Mode d'exercice :

- Isolé
- Groupé
- Remplaçant

-Pratique maitre de stage universitaire :

-Formation à la dermoscopie :

-Expérience pratique de la dermoscopie :

-E-mail :

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Je soussigné(e)
certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude qualitative, sous forme d'entretien individuel, sur l'étude des représentations et de l'expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires.

J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Au cours de l'entretien, j'accepte, librement et de façon éclairée, que soient recueillies des données sur mes réponses. Je comprends que les informations recueillies sont strictement personnelles et à usage exclusif de la thésarde Léa Réveillard et de ses directeurs de thèse, le Docteur Agnès Oude Engberink et le Docteur Jacques Rambaud.

J'accepte que les données enregistrées par audio lors de l'entretien puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. Tous ces renseignements ne serviront qu'aux seules fins de l'étude. Les enregistrements me concernant seront détruits à la fin du projet dans le respect de la confidentialité.

Fait à

le / /

signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admise 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.
- Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : Le mélanome est un problème de santé publique en raison de son incidence en constante augmentation, de sa morbidité et de sa capacité à métastaser en mettant en jeu le pronostic vital du patient. Bien que la dermoscopie soit reconnue pour améliorer la précision du diagnostic du mélanome, elle est peu utilisée par les médecins généralistes en France.

Objectif : Comprendre les représentations et l'expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires.

Méthode : Etude qualitative, avec recueil de données par entretiens individuels semi-directifs et analyse thématique jusqu'au point de saturation des données. Etude réalisée auprès de médecins généralistes des Pyrénées Orientales, ayant ou non une expérience de la dermoscopie.

Résultats : 10 entretiens ont été réalisés. La majorité des médecins avait une représentation positive de la dermoscopie. Elle constituait une aide au diagnostic renforçant la confiance des médecins généralistes dans l'analyse des lésions pigmentées et leur prise en charge. Elle permettait d'améliorer le dépistage précoce, de réduire le nombre de recours aux spécialistes et le nombre de biopsies ou d'exérèses inutiles. Couplée à la téléexpertise, elle offrait un gain de temps dans la démarche diagnostique et thérapeutique, d'où une optimisation du parcours de soins.

Les facteurs limitant son utilisation étaient : la nécessité d'une formation appropriée, la responsabilité qu'engendre l'utilisation de l'appareil, son prix et le temps nécessaire à son utilisation.

Conclusion : Sensibiliser les médecins à la dermoscopie et leur proposer des formations appropriées sont des pistes pouvant permettre une utilisation plus large du dermoscope par les médecins généralistes en France.

MOTS CLES : dermoscopie, dermatoscopie, microscopie épiluminescence, médecine générale, soins de santé primaire, mélanome, lésion pigmentée, examen cutané.