

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2021

N° : 2021LARE011M

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**État des lieux des connaissances
des internes de Médecine Générale de l'Océan Indien
sur le diagnostic et la prise en charge
des lésions cutanées mammaires.**

Présentée et soutenue publiquement le *18 mars 2021* à 19h00
à La Réunion
Par Charlotte Selle

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco

Assesseurs :

Madame la Professeure Line Riquel, rapporteur

Madame le Docteur Julie Galéa

Monsieur le Docteur Florian Legrand

Directrices de Thèse :

Madame le Docteur Nathalie Sultan

Madame le Docteur Anne Nguyen

Table des matières

INTRODUCTION	6
CONTEXTE	8
1. Les lésions cutanées mammaires courantes	8
2. La place de la dermatologie et de la gynécologie en médecine générale	9
3. L'impact de la démographie médicale sur le recours au spécialiste	10
4. L'incertitude diagnostique et thérapeutique en pratique courante	12
5. La formation universitaire d'un médecin généraliste	12
MATERIEL ET METHODE	14
1. Description de l'étude	14
2. Le questionnaire	15
Elaboration du questionnaire	15
Description du questionnaire	15
Participation au tirage au sort	18
Diffusion et recueil de données	18
3. Analyse statistique	18
4. Aspects éthiques et réglementaires	19
RESULTATS	20
1. Taux de participation	20
2. Caractéristiques de la population échantillonnée	20
Stade d'avancement du cursus de DES	20
Soutenance de thèse	21
Expérience en médecine générale : Niveau 1, SASPAS et remplacement	21
Formation universitaire en dermatologie et gynécologie	21
Formation complémentaire déclarée en dermatologie et gynécologie	22
3. Objectif principal : description des scores théoriques obtenus au questionnaire 24	
Notes globales obtenues	24
Analyse des scores par cas clinique	24
Analyse des scores par étape du raisonnement clinique : cadre nosologique, diagnostic, prise en charge thérapeutique et orientation du patient	55

4. Objectif secondaire : recherche d'une corrélation statistique entre les compétences et la formation des internes	58
Analyse des notes par sexe.....	58
Analyse des notes par semestre.....	58
Analyse des notes en fonction des stages ambulatoires de médecine générale.....	58
Analyse des notes en fonction des formations complémentaires reçues pendant l'internat.....	59
Analyse des notes en fonction de l'expérience de remplacement.....	59
DISCUSSION	60
1. Intérêt et forces de l'étude.....	60
2. Critique de la méthode	61
Elaboration du questionnaire et choix des cas cliniques	61
Nombre de points attribués par question	62
Diffusion du questionnaire et participation au tirage au sort.....	63
3. Comparaison et critique des résultats.....	64
Taux de participation.....	64
La population étudiée	64
Objectif principal de l'étude : connaissances des IMG sur la prise en charge des lésions cutanées mammaires au cabinet.....	67
Objectif secondaire de l'étude : analyse croisée avec les formations	76
4. Perspectives envisageables.....	78
CONCLUSION	81
Bibliographie.....	83
Annexe.....	90
Questionnaire diffusé aux internes et corrigé	90

Table des figures

Figure 1. Distribution des résultats de consultation en médecine générale par appareil.....	10
Figure 2. Chronologie du recueil de données et population cible	14
Figure 3. Répartition des étudiants par promotion et semestre	20
Figure 4. Proportion des IMG ayant réalisé le niveau 1, le SASPAS et/ou des remplacements.....	21
Figure 5. Types de formations complémentaires en dermatologie	22
Figure 6. Types de formations complémentaires en gynécologie.....	23
Figure 7. Répartition des notes obtenues au questionnaire sur 100 points	24
Figure 8.a. Pourcentage de bonnes réponses par étape de la prise en charge : cas 1 à 6.	55
Figure 9. Note moyenne obtenue sur 10 par cas clinique et répartition par classe de pathologie.....	68
Figure 10. Anatomie du sein physiologique et lésions retrouvées dans la mastopathie fibrokystique	69

Liste des abréviations

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : Agence régionale de santé

CHOR : Centre hospitalier ouest Réunion

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

DES : Diplôme d'études spécialisées

DFASM : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales

DOM : Département d'outre-mer

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECN : Epreuves classantes nationales

ECOGEN : Éléments de la consultation en médecine générale

EP : Pilule estroprogestative

HAS : Haute autorité de santé

IMG : Internes de Médecine Générale

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MFK : Mastopathie fibrokystique

MG : Médecin.s généraliste.s

MSU : Maître de stage des universités

OMG : Observatoire de la médecine générale

PACES : Première année commune aux études de santé

QCM : Questionnaire à choix multiples

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SAU : Service d'Accueil des Urgences

UE : Unité d'enseignement

UFR : Unité de formation et de recherche

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

UTLD : Unité terminale tubulo-ductéale

INTRODUCTION

Du plus jeune âge à la personne âgée, en passant par l'âge adulte, les seins des femmes et des hommes peuvent être le siège de dermatoses inflammatoires, infectieuses et/ou tumorales.

Certaines sont propres au sein et au mamelon, tandis que d'autres peuvent affecter d'autres organes. Toutes les affections dermatologiques touchant le sein et le mamelon nécessitent une approche nuancée dans leur diagnostic et leur traitement en raison de l'importance fonctionnelle, sexuelle et esthétique de cette zone et l'impact psychologique qu'elles peuvent entraîner. Leur évaluation doit être minutieuse car une lésion maligne du sein peut être confondue avec une affection bénigne (1).

Le médecin généraliste (MG) est très souvent le premier contact du patient avec le système de soins actuel. Il joue un rôle central dans l'organisation des soins primaires, par son exercice de proximité, ses missions de prévention et dépistage, le diagnostic des maladies, leurs traitements et suivis et la coordination entre les différents acteurs en santé (2). Depuis 2004, ce rôle est mis en avant par le parcours de soins coordonnés.

Les « problèmes de peau » représentent un motif fréquent de recours chez le médecin généraliste, entre 3 et 5 % des consultations en cabinet de ville (3)(4). La dermatologie est une discipline médicale centrée sur des lésions visibles et/ou palpables et nécessite une analyse sémiologique détaillée. Le diagnostic de certaines pathologies repose sur la présence de lésion élémentaire caractéristique (5). Pourtant, la formation en dermatologie des étudiants en médecine générale est inégale dans ce domaine. Plusieurs travaux en métropole rapportent une formation jugée insuffisante par de nombreux internes et médecins généralistes (6)(7). Il n'y a pas d'évaluation dans les Départements d'outre-mer (DOM).

Ce contexte favorise l'incertitude diagnostique à laquelle doit faire face régulièrement chaque interne et médecin en cabinet de ville (8). De plus, la démographie médicale actuelle, encore défavorable en métropole comme dans les DOM-TOM, rend le référencement au spécialiste compliqué (9).

Ce constat établi, l'objectif de ce travail était de décrire les connaissances des internes de médecine générale (IMG) de l'Océan Indien sur le diagnostic et la prise en charge des lésions mammaires.

CONTEXTE

1. Les lésions cutanées mammaires courantes

Les atteintes malignes spécifiques du sein (carcinome canalaire, lobulaire, maladie de Paget, cancer inflammatoire du sein) représentent la première cause de cancer chez la femme, devant le cancer colo-rectal et le cancer du poumon. Chaque année en France, environ 59 000 nouveaux cas de cancer du sein sont détectés. C'est aussi la première cause de décès par cancer chez la femme (environ 12 000 décès par an). Entre 1990 et 2018, il combine une augmentation du taux d'incidence associée à une diminution du taux de mortalité (10). Le taux de survie est de 99% à 5 ans si le cancer est détecté précocement au stade 1. Un examen clinique des seins (observation et palpation) est recommandé tous les ans dès l'âge de 25 ans. Cet examen rapide et indolore permet de détecter une éventuelle anomalie. Ce dépistage est majoritairement réalisé par les généralistes, gynécologues ou sages-femmes. Un dépistage organisé contre le cancer du sein par mammographie est en place depuis 2004 pour toutes les femmes de 50 à 74 ans. En 2017, le taux brut de participation de la France entière est de 49,9 % contre 47,1 % à la Réunion (11).

Le revêtement cutané mammaire peut être le terrain d'autres atteintes malignes comme les cancers cutanés (mélanome, carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde cutané) et les cancers vasculaires (angiosarcome). La présentation clinique d'une atteinte mammaire maligne peut mimer une dermatose inflammatoire ou infectieuse et faire l'objet d'un retard diagnostique.

Les atteintes tumorales bénignes les plus fréquentes sont représentées par les naevus, les angiomes, les kératoses séborrhéiques et les molluscums pendulums.

Le sein peut être sujet à des infections cutanées au même titre que le reste du corps. Les atteintes mammaires sont représentées, par ordre de fréquence, par l'impétigo, les furoncles et abcès, l'érysipèle, la lésion mycosique (intertrigo, pityriasis versicolor), le zona, les verrues et les papillomes (HPV) ou le molluscum contagiosum. Devant un sein inflammatoire aigu, l'origine infectieuse et bénigne est la plus probable. La résistance à un traitement adapté doit faire évoquer un cancer avec composante inflammatoire (12). Les atteintes cutanées mammaires en lien avec l'allaitement sont une entité à part entière qui ne sera pas abordée dans le cadre de ce travail.

Les seins subissent des modifications cutanées physiologiques au cours de la grossesse, notamment une hyperpigmentation aréolaire. Ce thème ne sera pas abordé au cours de cette étude.

Les dermatoses inflammatoires sont un motif de recours au médecin généraliste fréquent. Les atteintes les plus courantes retrouvées au niveau des seins sont représentées par le psoriasis, la dermatite atopique, et l'eczéma de contact (1)(13). En milieu tropical, comme à la Réunion, il est fréquent d'observer des lésions d'allergie à la sueur, classiquement appelé « bourbouille ».

Peu souvent évoqué, mais étant une réalité, l'homme est aussi sujet aux lésions mammaires avec plus de 500 cas de cancer du sein se déclarant chaque année en France chez les hommes. Son pronostic est comparable à celui de la femme (14).

2. La place de la dermatologie et de la gynécologie en médecine générale

Le recours au médecin généraliste pour un problème dermatologique est fréquent. En 2009, l'Observatoire de la médecine générale (OMG) montrait que 3,3% des consultations au cabinet étaient consacrés à un motif dermatologique (3). Ces chiffres provenaient du recueil d'une centaine de médecins généralistes en France. En 2012, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), a réalisé une étude nationale nommée ECOGEN (Éléments de la COnsultation en médecine GENérale) qui détaille la distribution des motifs de consultations en médecine générale. Ces motifs ont été recueillis auprès de 128 centres de consultations sur une période de 20 jours. L'avis du médecin généraliste concernant un problème dermatologique représentait 4,6% des consultations (4) (Fig 1.).

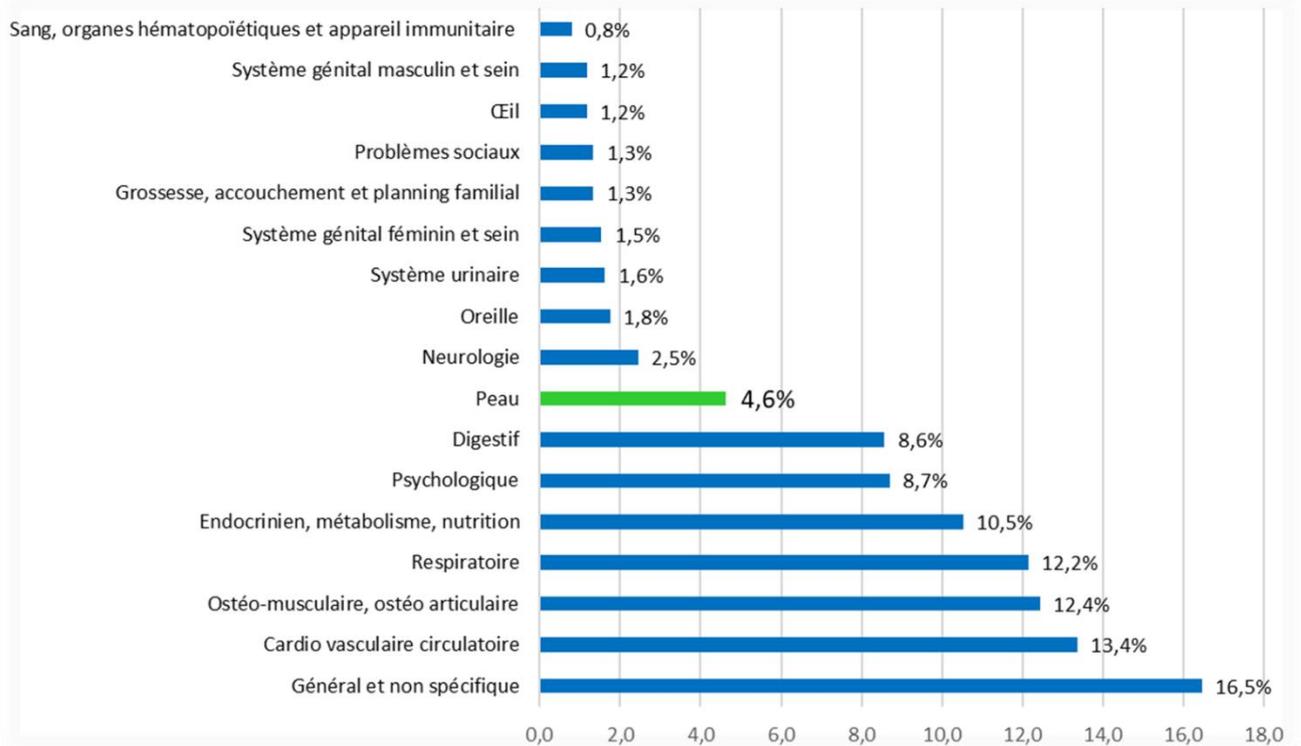


Figure 1. Distribution des résultats de consultation en médecine générale par appareil

Entre 80 et 91% des femmes de plus de 15 ans déclarent avoir un suivi gynécologique régulier. Ce suivi est assuré entre 72 et 92% par le gynécologue et entre 8 et 23% par le médecin généraliste. Concernant les compétences en gynécologie des médecins généralistes, 70% des médecins déclarent avoir bénéficié des formations complémentaires par le biais de sources littéraires, internet, congrès ou FMC. Entre 6 et 25% des MG effectuent un diplôme universitaire supplémentaire en gynécologie (Diplôme inter universitaire (DIU) ou Diplôme universitaire (DU)) (15). Selon les études, la pathologie mammaire représente le 5^{ème} ou 6^{ème} motif de consultation gynécologique au cabinet (16)(17).

3. L'impact de la démographie médicale sur le recours au spécialiste

L'accès au spécialiste et notamment au dermatologue ou au gynécologue est compliqué, notamment dans les milieux ruraux.

Selon l'enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins en France métropolitaine réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la moitié des prises de contact avec un médecin généraliste

aboutit à un rendez-vous dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes, contre 6 jours pour un contrôle périodique. Pour certaines spécialités médicales, les délais sont beaucoup plus longs. En gynécologie, le délai médian est de 9 jours en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes contre 36 jours pour un contrôle périodique. En dermatologie, les délais sont considérés « trop longs » par 46% des français, avec une moyenne de 34 jours en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes et 65 jours pour un contrôle périodique (18).

En 2019, à la Réunion, le nombre de gynécologues est légèrement supérieur à celui de métropole (13,1 pour 100 000 habitants contre 11,7 en métropole). Par contre, l'accès au dermatologue sur l'île est aussi touché par la baisse de la démographie médicale avec des délais de consultation très longs. Actuellement sur l'île, 3 dermatologues exercent pour 100 000 habitants, contre quasiment 6 en métropole (19).

Le rapport démographique du conseil de l'ordre des médecins en 2018 enregistre encore une légère baisse des médecins en activité régulière avec un profil des médecins qui évolue. L'exercice libéral ne cesse de reculer et près d'un médecin en activité régulière sur deux a désormais un exercice salarié. Les inégalités territoriales entre les départements se creusent. Les écarts de densité médicale peuvent atteindre des rapports de 1 à 3 selon les départements et les spécialités, notamment en dermatologie (9). La démographie dépend des décisions publiques et de l'évolution des choix individuels des jeunes médecins. Le numerus clausus médical est en constante augmentation depuis 2001. En 2019, le chiffre était fixé à 9 314 places, soit une augmentation de plus de 10% par rapport à 2018.

La DREES réalise des projections pour appréhender les variations de la démographie à l'horizon de 2040. Selon le scénario basé sur un numerus clausus de 8500 places, la densité de dermatologues exerçant sur l'île de la Réunion devrait augmenter à 5 praticiens pour 100 000 habitants. La densité de gynécologues devrait rester stable. Le nombre de médecins généralistes devrait passer de 167 pour 100 000 habitants à 174 en 2040 (20).

Ces chiffres sont à nuancer compte tenu des modifications majeures des études de santé encadrées par la loi santé « Ma santé 2022 » et son arrêté du 4 novembre 2019. Elle comprend la suppression de la Première année commune aux études de santé (PACES), du numerus clausus, et des Epreuves classantes nationales (ECN). La réforme a pour vocation première d'ouvrir à un plus grand nombre d'étudiants les voies

d'accès aux études de santé. L'objectif est de permettre une orientation des étudiants plus progressive aux carrières médicales. Le nombre d'admissions en 2ème année sera, dès la rentrée 2020, fixé par les universités et l'Agence régionale de santé (ARS), pour répondre aux besoins territoriaux. Les conséquences de ces choix sont longues à se matérialiser et ne seront mesurables que dans une dizaine d'années.

4. L'incertitude diagnostique et thérapeutique en pratique courante

Au cours d'une consultation en médecine générale, l'interne et le médecin généraliste font face à plusieurs contraintes. Une consultation trop précoce implique une symptomatologie parfois incomplète de la maladie. Environ 70% des consultations menées ne présentent pas les caractéristiques nécessaires pour poser le diagnostic d'une maladie (8). Les moyens diagnostiques à disposition directe sont limités. Enfin, le temps décisionnel est limité. Selon la DREES, le temps moyen d'une consultation en cabinet de médecine générale est de 18 minutes (21). Le médecin se trouve bien souvent, à l'issue de la consultation, dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie des troubles et leur évolution vers une maladie. On parle d'incertitude diagnostique et thérapeutique.

5. La formation universitaire d'un médecin généraliste

Au cours des six premières années de médecine, de la PACES à l'obtention du Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM), chaque étudiant reçoit un enseignement théorique commun basé sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), les collèges de spécialité et les sociétés savantes françaises (22). L'apprentissage clinique se déroule lors des différents stages hospitaliers ou ambulatoires. Son organisation est propre à chaque faculté. Les 3 terrains de stages théoriquement obligatoires sont la chirurgie, la médecine générale (depuis 2006) ainsi qu'un stage au sein d'une unité d'accueil des urgences, de réanimation ou de soins intensifs. Le nombre de terrains de stages hospitaliers et ambulatoires est propre à chaque université. La formation clinique de chaque étudiant n'est donc pas similaire en fonction des choix de stage qui lui sont accessibles.

Le Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale comporte 6 semestres. Jusqu'en 2016, 4 stages étaient obligatoires : auprès d'un médecin généraliste (stage de niveau 1), dans un service de médecine polyvalente adulte, dans un service de médecine d'urgence et dans un service de gynécologie OU pédiatrie. Depuis la rentrée de novembre 2017, suite à la réforme du 3eme cycle, désormais les stages de gynécologie et pédiatrie sont différenciés et obligatoires (23). Dans la maquette, deux semestres sont dits « libres » dans le choix du stage. L'interne peut choisir de réaliser un Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS). Il s'agit d'un second stage chez le médecin généraliste. L'interne consulte seul avec une supervision indirecte assurée par le maître de stage des universités (MSU) après les consultations.

Les internes de médecine générale de l'Océan Indien reçoivent une formation complémentaire théorique en dermatologie et en gynécologie. Elle est répartie sur les 3 années de DES et est composée des cours suivants :

- En dermatologie :

« Patient souffrant d'une affection dermatologique » 4 heures

« Allergies et atopie » 6 heures

- En gynécologie :

« Contraception » 3 heures

« Suivi gynécologique de la femme jeune » 3 heures

« Suivi de grossesse » 2 heures

« Grossesses précoces et IVG » 2 heures

« Ménopause » 2 heures

- Deux heures sont consacrées au « diagnostic en contexte d'incertitude ».

Jusqu'à présent, aucune étude n'a été réalisée sur l'évaluation des connaissances des IMG sur le diagnostic et la prise en charge des pathologies cutanées mammaires dans la subdivision Océan Indien.

MATERIEL ET METHODE

1. Description de l'étude

L'enquête qui a été réalisée est une étude quantitative, descriptive, transversale et monocentrique.

La population cible était représentée par les internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien issus des ECN 2016 à 2019 en cours de DES sur la période d'octobre 2019 à fin mars 2020.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Etre interne en formation sur les années universitaire 2018-2019 puis 2019-2020
- Etre inscrit dans le cursus de DES de médecine générale – subdivision Océan Indien

Les critères d'exclusion de l'étude étaient :

- Etre interne d'une autre spécialité médicale ou chirurgicale
- Etre interne d'une autre subdivision
- Avoir terminé son cursus de DES de médecine générale

La période d'inclusion s'est étendue du 23 octobre 2019 au 30 avril 2020. Il a donc été réalisé sur 2 semestres consécutifs. Au cours de cette période, la population cible comprenait la promotion ECN 2016 en 6ème semestre, la promotion ECN 2017 en 4ème puis 5ème semestre, la promotion ECN 2018 en 2ème puis 3ème semestre et la promotion ECN 2019 en 1^{er} semestre :

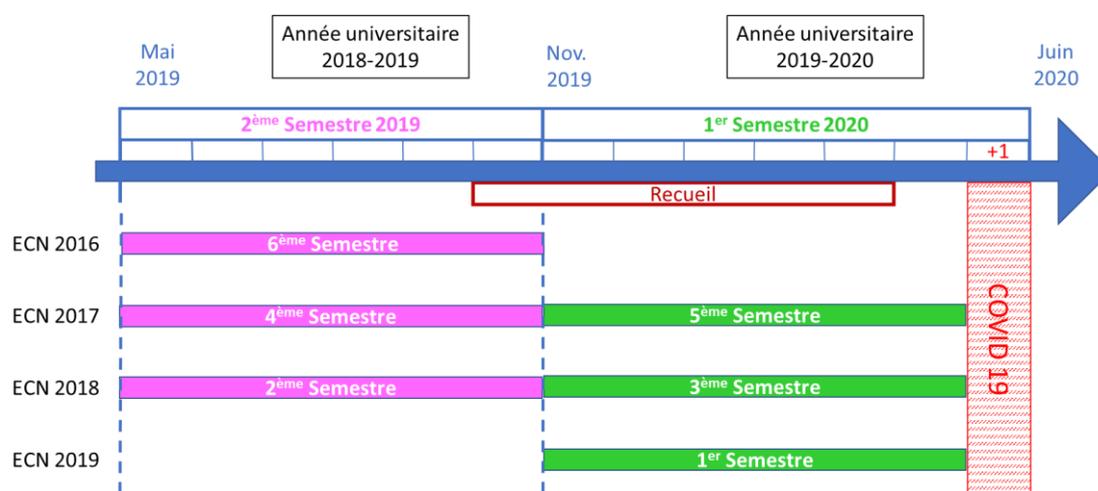


Figure 2. Chronologie du recueil de données et population cible

Le nombre d'internes par promotion était de :

- 60 internes pour la promotion 2016
- 62 internes pour la promotion 2017
- 65 internes pour la promotion 2018
- 65 internes pour la promotion 2019

Soit un total de 252 étudiants.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le niveau de connaissances des internes dans le diagnostic et la prise en charge des lésions cutanées mammaires en médecine de ville. Le critère de jugement principal correspondait à la note obtenue par l'étudiant aux cas cliniques.

L'objectif secondaire était d'étudier l'impact du cursus et de la formation complémentaire sur le niveau de connaissances des internes. Le critère de jugement secondaire se traduisait par la recherche d'une différence statistiquement significative des notes obtenues.

2. Le questionnaire

Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été construit à partir d'une analyse bibliographique dans le cadre de cette étude s'appuyant sur les référentiels de dermatologie et gynécologie. Il a bénéficié de l'expertise de la dermatologue Nathalie SULTAN et de la gynécologue Anne NGUYEN.

Il a été validé par l'Unité de soutien méthodologique (USM) du CHU Nord de La Réunion et testé auprès de plusieurs IMG d'autres subdivisions avant sa diffusion. Le questionnaire a été mis en ligne via le logiciel Google Forms®. Il a été anonymisé, sa participation était libre et pour inciter les internes à répondre, une participation à un tirage au sort pour gagner des lots était proposée.

Description du questionnaire

Le questionnaire était composé de **trois parties** :

- La première comprenait 5 questions concernant le profil de l'étudiant : son sexe, son semestre en cours dans le cursus universitaire, la réalisation ou non de ses stages ambulatoires (niveau 1 et SASPAS)

L'âge n'a pas été demandé, il nous a semblé plus pertinent de connaître le semestre d'activité, plus informatif sur l'expérience et la formation.

- La deuxième partie évaluait la formation professionnelle et le parcours de stage de chaque étudiant en dermatologie et gynécologie : stage ambulatoire ou hospitalier en dermatologie ou gynécologie pendant l'externat et l'internat, la réalisation de formations théoriques complémentaires (congrès, formation médicale continue, cours en ligne, DU ou DIU, autre...) pendant l'externat ou l'internat.

- La troisième partie évaluait les connaissances des internes sur le diagnostic et la prise en charge des lésions cutanées mammaires en cabinet de médecine générale. L'évaluation se présentait sous forme de 10 cas cliniques. Chaque cas clinique était composé d'un énoncé associé à une ou 2 photos. L'interne répondait ensuite à des questions à choix multiples (QCM) concernant la catégorie nosologique de la pathologie (atteinte infectieuse, inflammatoire ou cancéreuse), le diagnostic envisagé, les examens complémentaires nécessaires et la prise en charge thérapeutique. La dernière question de chaque cas était, dans l'absence d'amélioration de l'atteinte sous 7 jours, la possibilité d'orientation vers le spécialiste ainsi que le choix du délai imparti à ce recours.

Seul le cas clinique 4 était différent par sa présentation. Huit photos de lésions cutanées étaient proposées à l'interne. Il devait cocher celle(s) suspecte(s), selon lui, de malignité.

Les différentes pathologies abordées dans les cas cliniques étaient :

- Cas n°1 : Mastite collectée
- Cas n°2 : Mastopathie fibrokystique
- Cas n°3 : Eczéma du mamelon
- Cas n°4 : Kératose séborrhéique, kératose séborrhéique hyperpigmentée, nævus tubéreux, nævus, mélanome, molluscum contagiosum, nævus de Sutton, molluscum pendulum hyperpigmenté
- Cas n°5 : Psoriasis inversé
- Cas n°6 : Miliaire sudorale
- Cas n°7 : Cancer du sein
- Cas n°8 : Zona
- Cas n°9 : Cancer du sein chez l'homme
- Cas n°10 : Kystes épidermoïdes

Le dernier cas clinique était volontairement plus compliqué afin de mettre en évidence la démarche de prise en charge face à une pathologie peu courante.

Critères de notation par cas clinique

La grille de notation par cas clinique a été établie en accord avec le Dr SULTAN et le Dr NGUYEN.

Les questionnaires à choix multiples (QCM) n'ont pas été notés de la même façon.

Une variabilité des points a été définie en fonction du nombre de bonnes réponses cochées ainsi qu'une pondération en fonction de la difficulté du QCM :

- Question de probabilité nosologique (atteinte tumorale, infectieuse ou inflammatoire)

- 2 ou 3 points si l'ordre choisi était correct
- 1 point si le choix du cadre nosologique le plus probable était correct

- Question sur le diagnostic

- 2 points si le diagnostic choisi était correct
- 0 point si non

- Question sur la prise en charge

- 1 point par bonne réponse cochée
- Certains items cochés entraînaient un zéro au QCM : prise en charge discordante avec le diagnostic ou absence de sélection d'un item essentiel à la pathologie.

- Question sur l'orientation vers le spécialiste

- 3 points si l'orientation était correcte
- 0 point si non

En s'appuyant sur cette notation, le nombre total de points était de 9, 10, 11, 12 ou 13 points par cas clinique.

Le cas n°4 ne comprenait qu'une seule question, 4 points étaient attribués si seule la bonne réponse était cochée. Si la bonne réponse était cochée ainsi que d'autres items, 2 points étaient attribués. Aucun point n'était attribué, si la bonne réponse n'était pas cochée.

Les cas cliniques ne comprenaient pas de question à réponse libre.

La note totale des 10 cas cliniques était de 100 points.

Participation au tirage au sort

Avec l'accord du Pr Jean-Marc FRANCO, directeur du Département de Médecine Générale Océan Indien, j'ai regroupé différents lots provenant de la Réunion, à faire gagner aux participants. Si l'interne le souhaitait, il lui était possible de participer au tirage au sort en ajoutant un pseudonyme à la fin du questionnaire. Le tirage au sort a été réalisé le 1^{er} mai 2020. Les lots ont été remis par une personne tierce pour le respect de l'anonymat.

Diffusion et recueil de données

Le lien du questionnaire a été publié le 23 octobre 2019 sur les différents groupes fermés Facebook® des promotions 2016, 2017, 2018 et 2019. Plusieurs relances ont été faites au cours du recueil.

La diffusion du questionnaire via les adresses mails universitaires a été réalisée le 30 janvier 2020 par le bureau des thèses de l'Unité de formation et de recherche (UFR) Santé de l'université de La Réunion. Une relance a été faite le 19 février 2020.

Enfin, une relance individuelle par messagerie personnelle a été envoyée à chaque étudiant membre des groupes Facebook® de chaque promotion entre le 24 février et le 4 mars 2020.

Les réponses reçues via Google Forms® ont été classées dans un tableau Excel® et transmises au statisticien de l'USM.

3. Analyse statistique

Pour les analyses descriptives, les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentage, les variables quantitatives en termes de moyenne et écart-type, ou en termes de médiane et d'intervalle interquartile (25^{ème} et 75^{ème} percentiles). Les valeurs ont été arrondies à la décimale la plus proche.

Une analyse croisée a été réalisée pour déterminer si une différence statistiquement significative existait entre le genre des internes, le stade d'avancement dans le DES, la réalisation de stages ambulatoires en médecine générale ou remplacement et de la formation théorique complémentaire en gynécologie et dermatologie reçue.

Les comparaisons du score global pour les différentes variables ont été effectuées pour les variables à 2 classes par le test de Student ou le test de Wilcoxon selon les

conditions de validité, pour les variables à plus de 2 classes par analyse de variance ou le test de Kruskal Wallis selon conditions de validité.

Les statistiques ont été réalisées par le logiciel STATA V13.

Le seuil de significativité retenu pour les comparaisons est le classique seuil à 5%.

Les graphiques de cette thèse ont été générés par le logiciel Excel.

4. Aspects éthiques et réglementaires

Le questionnaire était anonymisé. Les données recueillies ne permettaient pas l'identification des IMG participants. Aucune adresse mail n'a été collectée lors du recueil via Google Forms.

Dans le cadre du Règlement général sur la protection des données (RGPD), une demande d'autorisation a été envoyée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) avant le début de l'étude.

Conformément à la méthode utilisée pour cette étude et l'absence de recueil de donnée sensible, l'avis du Comité de protection des personnes (CPP) n'a pas été nécessaire.

RESULTATS

1. Taux de participation

Le questionnaire a été adressé aux 252 IMG de la subdivision Océan Indien constituant les promotions des ECN 2016, 2017, 2018 et 2019 par la liste des mails universitaires. L'ensemble de ces internes y a eu également accès par les réseaux sociaux, via des groupes fermés et des relances individuelles.

Cent cinq réponses ont été obtenues, soit un taux de participation de 41,7%.

2. Caractéristiques de la population échantillonnée

Parmi les 105 questionnaires recueillis, 66 réponses ont été produites par des internes de sexe féminin (62,9%) et 39 par des internes de sexe masculin (37,1%).

Stade d'avancement du cursus de DES

La répartition des étudiants par promotion et semestre est représentée par la figure 3.

Elle montre que :

- 25,8% des participants étaient en première année de DES (semestre 1 : 22,9% et semestre 2 : 2,9%),
- 27,6% en deuxième année (semestre 3 : 21,9% et semestre 4 : 5,7%)
- et 46,6% en troisième année (semestre 5 : 21% et semestre 6 : 25,6%).

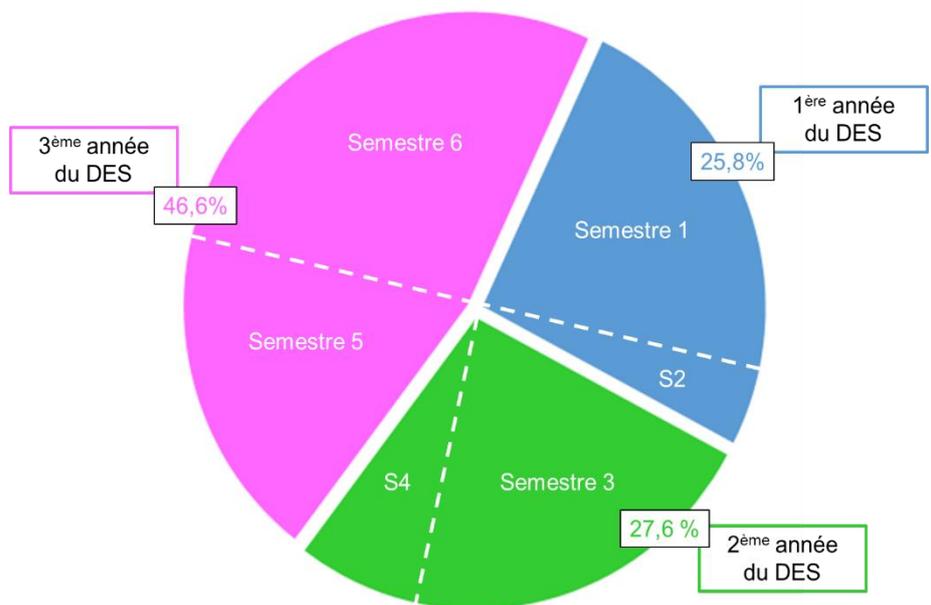


Figure 3. Répartition des étudiants par promotion et semestre

47,6% des répondants se trouvaient dans la première moitié de leur cursus de DES (semestre 1, 2 ou 3), contre 52,4% en seconde partie (semestre 4, 5 ou 6).

Soutenance de thèse

Seul 1 interne avait soutenu sa thèse lors du questionnaire.

Expérience en médecine générale : Niveau 1, SASPAS et remplacement

93 internes (88,6%) ont réalisé leur stage de niveau 1 dont 19 étaient en cours.

30 internes (28,6%) ont déclaré avoir réalisé un SASPAS, second stage en ambulatoire en autonomie supervisée, dont 11 en cours.

Vingt-six internes (24,8%) avaient déjà remplacé dont 18 ayant réalisé un SASPAS et 8 seulement le niveau 1.

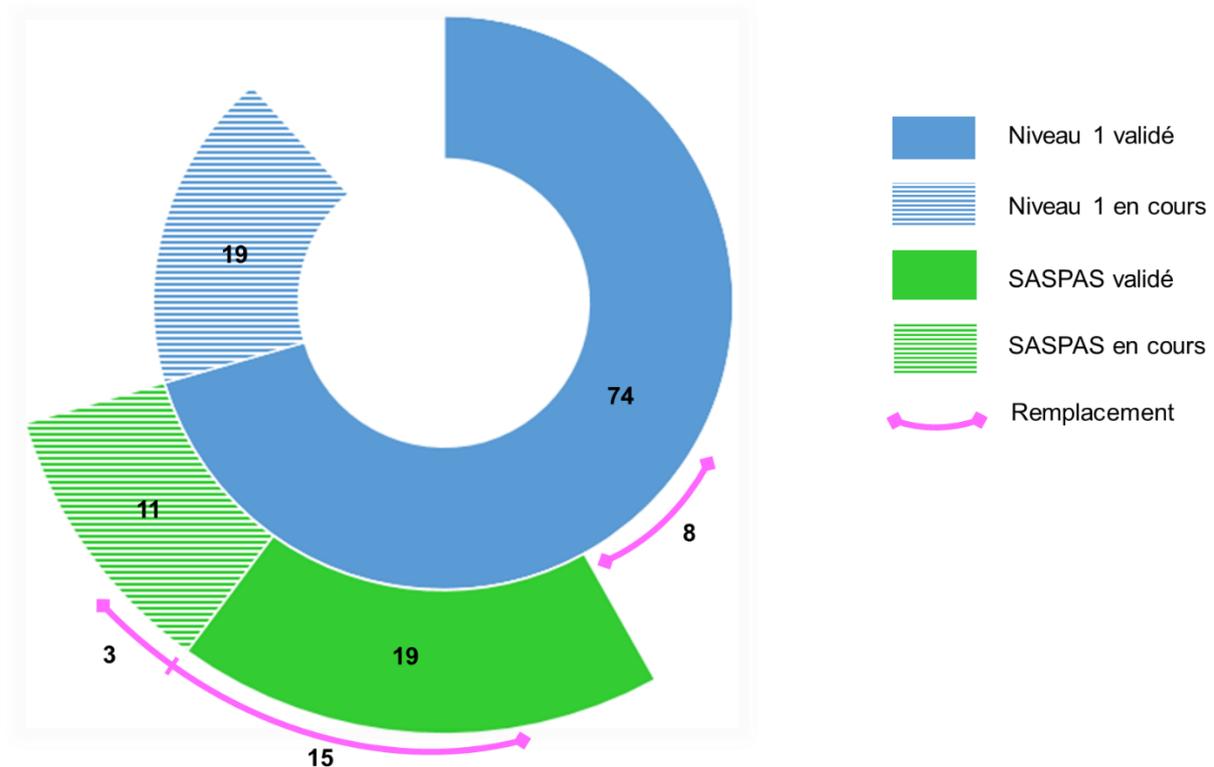


Figure 4. Proportion des IMG ayant réalisé le niveau 1, le SASPAS et/ou des remplacements

Formation universitaire en dermatologie et gynécologie

* Pendant l'externat, 47 étudiants (44,8%) ont réalisé un stage en dermatologie dont 10 en ambulatoire et 37 en milieu hospitalier.

80 étudiants (76,1%) ont effectué un stage en gynécologie, en majorité en hospitalier. Seuls 3 étudiants l'ont réalisé en ambulatoire.

19 d'entre eux (18,1%) n'étaient passés ni en dermatologie, ni en gynécologie pendant l'externat.

* Pendant *l'internat*, 1 seul interne a réalisé un semestre en dermatologie en milieu hospitalier.

32 internes avaient validé ou étaient en cours de validation du semestre « santé de la femme ». Parmi ces stages, 31 étaient en milieu hospitalier dont 12 couplés à la pédiatrie. Un seul stage ambulatoire en gynécologie couplé à la pédiatrie a été déclaré.

Formation complémentaire déclarée en dermatologie et gynécologie

* Parmi les internes interrogés, 22 ont bénéficié d'une ou plusieurs formations complémentaires en dermatologie (21%), 11 pendant l'externat et 11 pendant l'internat. Deux d'entre eux se sont formés pendant l'externat et l'internat.

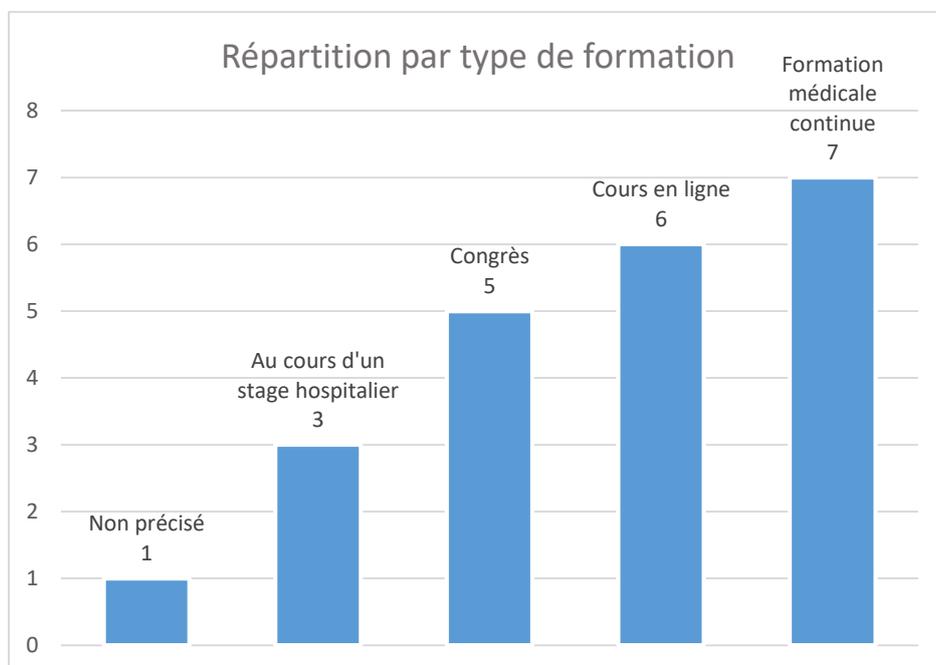
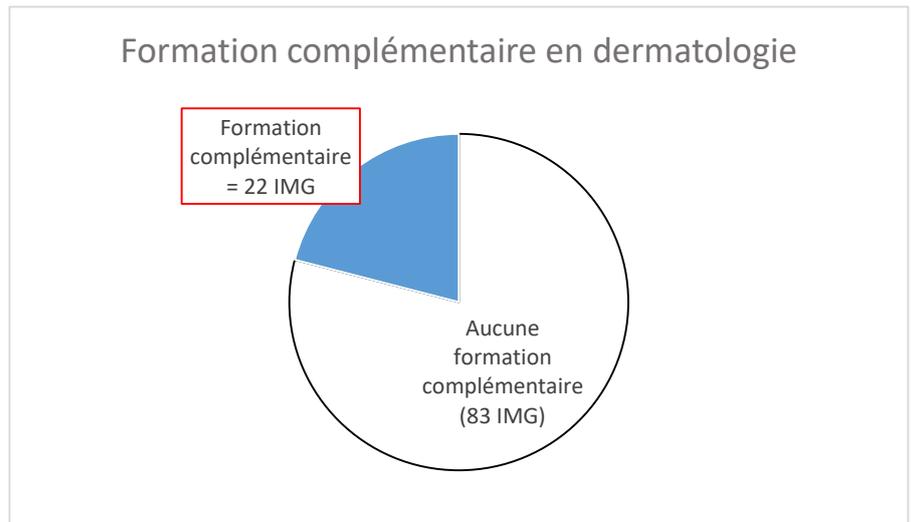


Figure 5. Types de formations complémentaires en dermatologie

* 31 internes ont participé à des formations complémentaires en gynécologie (29,5%), dont 15 pendant l'externat et 16 pendant l'internat. Six d'entre eux se sont formés pendant l'externat et l'internat.

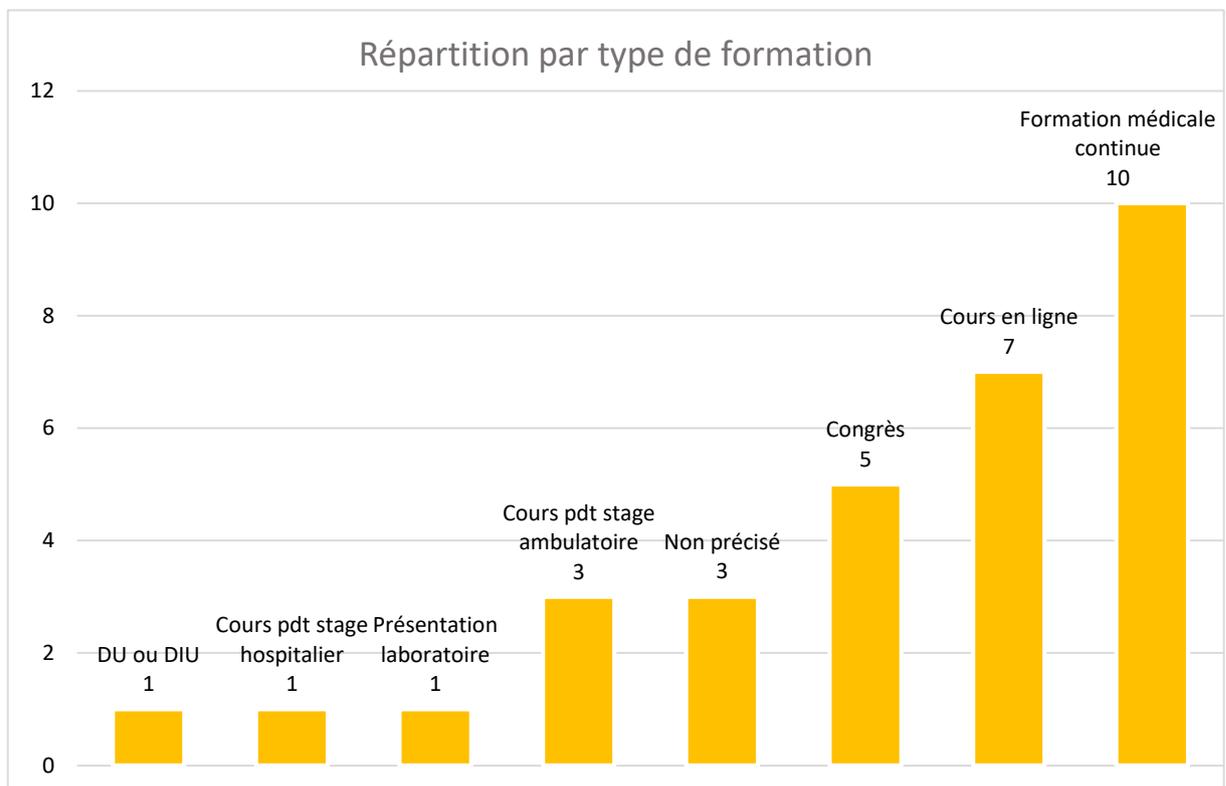
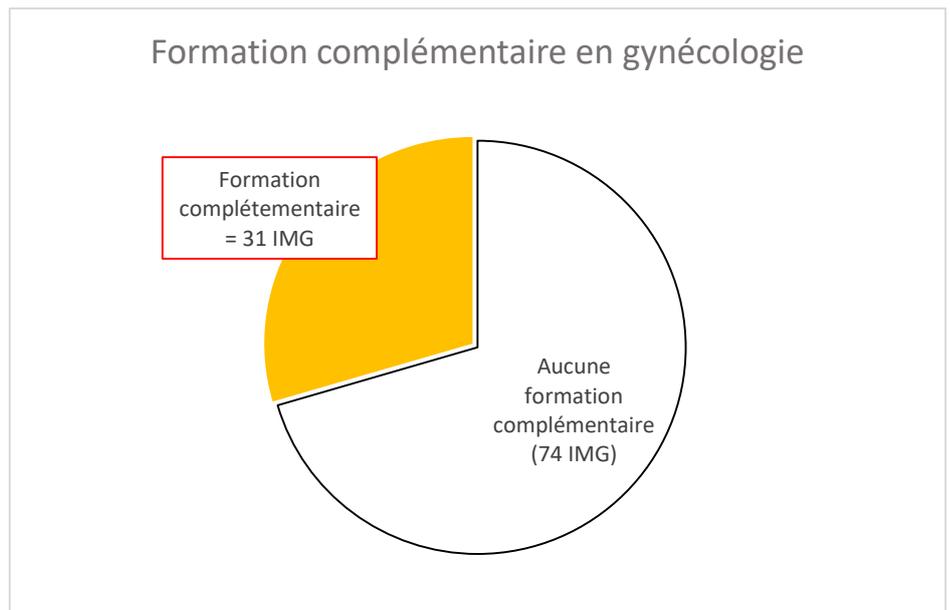


Figure 6. Types de formations complémentaires en gynécologie

3. Objectif principal : description des scores théoriques obtenus au questionnaire

Notes globales obtenues

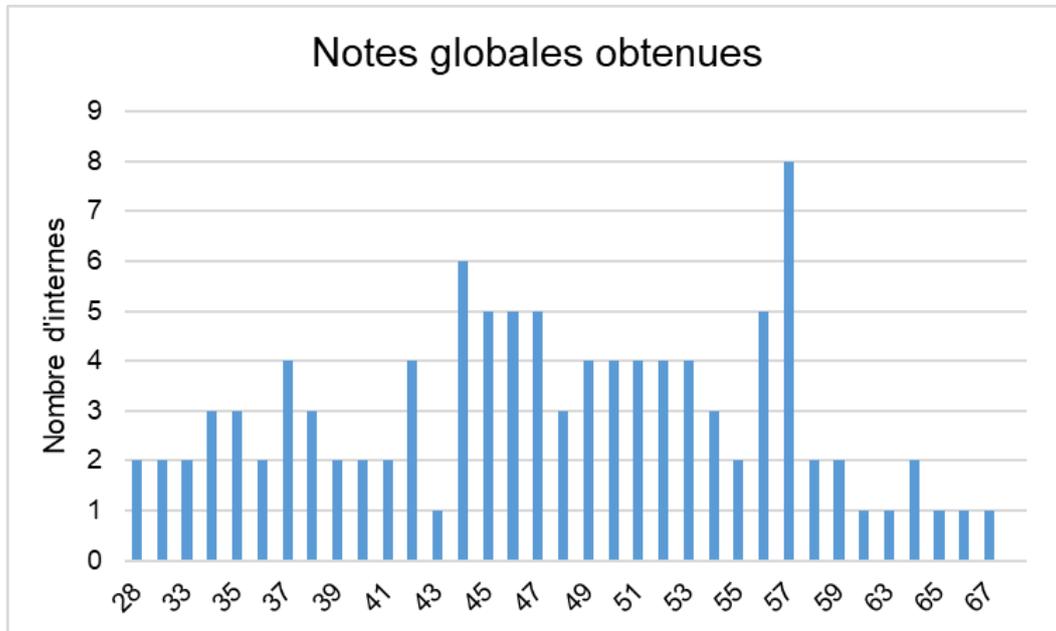


Figure 7. Répartition des notes obtenues au questionnaire sur 100 points

La note moyenne obtenue au questionnaire par l'ensemble des 105 IMG était de 47,5/100, avec un écart-type de 8,9 points.

La note minimale était de 28/100 et la note maximale de 67/100.

45 étudiants, soit 42,9%, ont obtenu une note supérieure ou égale à 50/100.

60 étudiants n'ont pas obtenu la moyenne, soit plus de la moitié de l'échantillon (57,1%).

Analyse des scores par cas clinique

Cas clinique 1

Il portait sur le diagnostic de *mastite infectieuse* et sa prise en charge. Devant une évolution défavorable, l'interne devait penser au cancer inflammatoire du sein et orienter rapidement la patiente vers un gynécologue.



- Anamnèse

Mme B., 48 ans, nullipare, présente une sensation de plénitude et une douleur du sein droit, évoluant depuis 2 semaines.

Dans ses antécédents, on note un cancer du sein chez son arrière-grand-mère maternelle. Elle ne prend pas de traitement. Elle a enlevé son piercing au téton depuis l'apparition des douleurs.

- A l'examen :

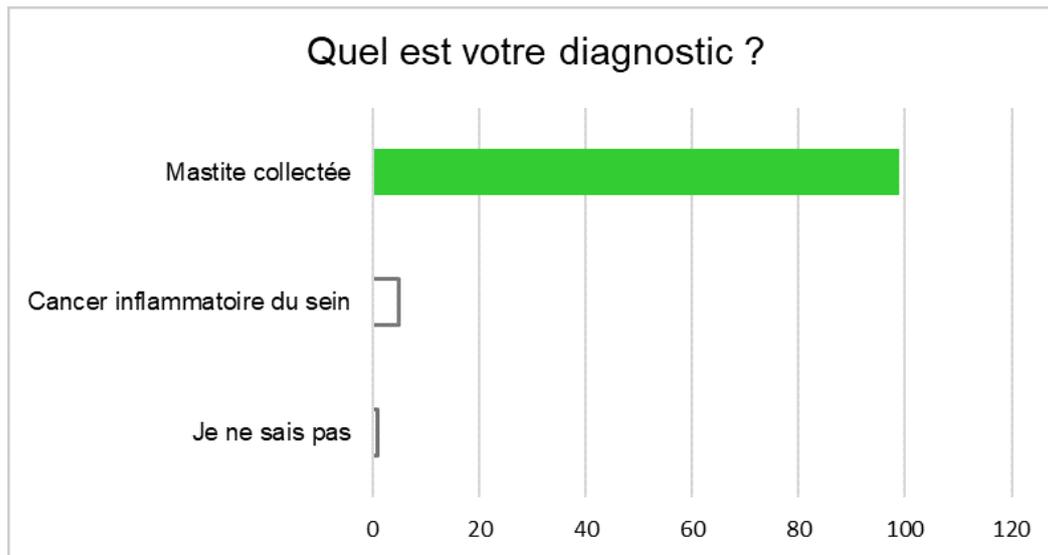
Le sein droit est tendu et chaud. Il semble 2 fois plus gros que le sein gauche. On remarque une peau indurée, épaisse et érythémateuse. On palpe une tuméfaction molle. Le mamelon est d'aspect normal et sans écoulement. Plusieurs adénopathies mobiles sont palpées dans le creux axillaire droit.

Le sein gauche est par ailleurs normal, comme le reste de l'examen, hormis un fébricule à 38°.

- Pour la 1^{ère} question, l'interne devait sélectionner l'ordre de probabilité du caractère nosologique de la lésion.

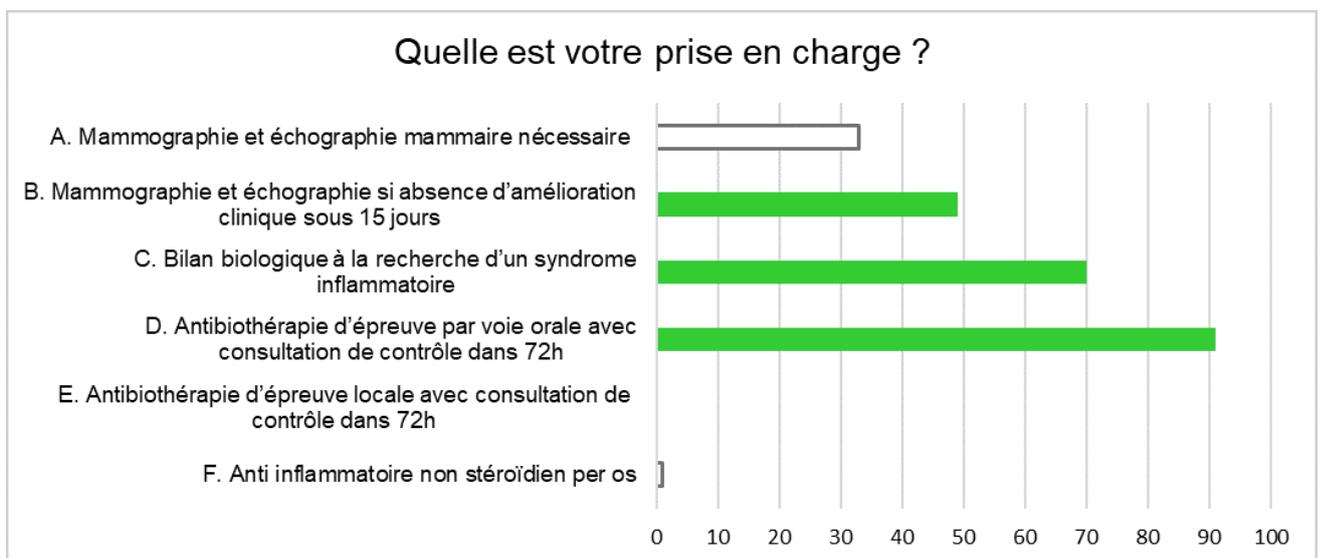
95,2% des internes ont donné la bonne réponse : l'atteinte infectieuse étant plus probable que l'atteinte tumorale.

- La 2^{ème} question était le choix du diagnostic.



94,3% des internes ont choisi le bon diagnostic : la mastite collectée. Vous retrouvez sur la figure ci-dessus le nombre de réponses données par item la réponse correcte en vert. Ce format s'applique à l'ensemble des figures suivantes.

- Pour la 3^{ème} question, l'interne définissait la prise en charge.

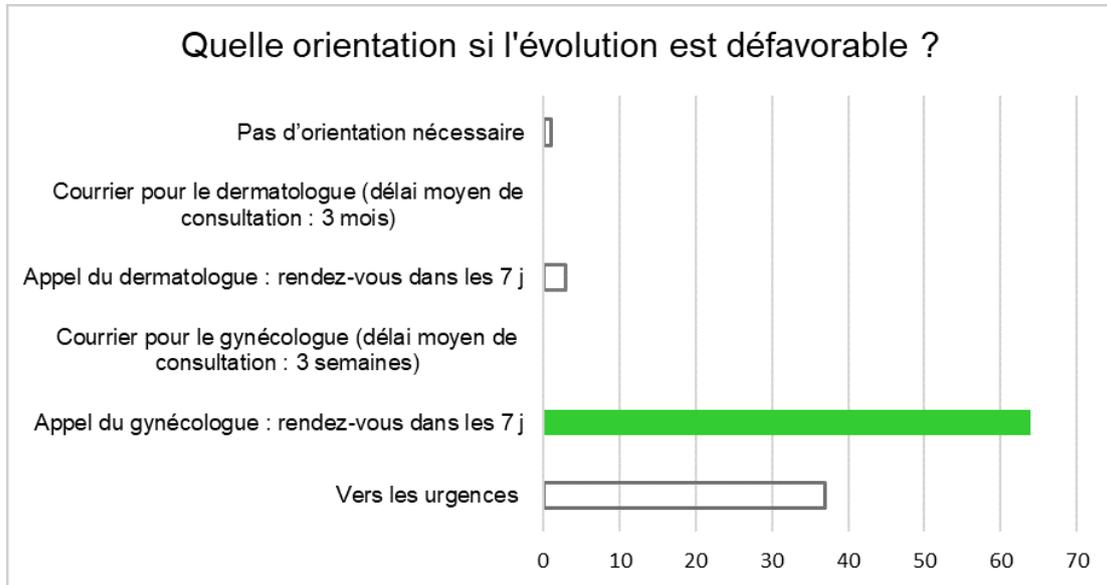


22,9% des étudiants ont sélectionné les 3 bonnes réponses (réponse B, C et D) et ont obtenus 3 points.

Une réponse partielle a été donnée par 73,3% de l'échantillon (sélection d'un ou 2 items corrects).

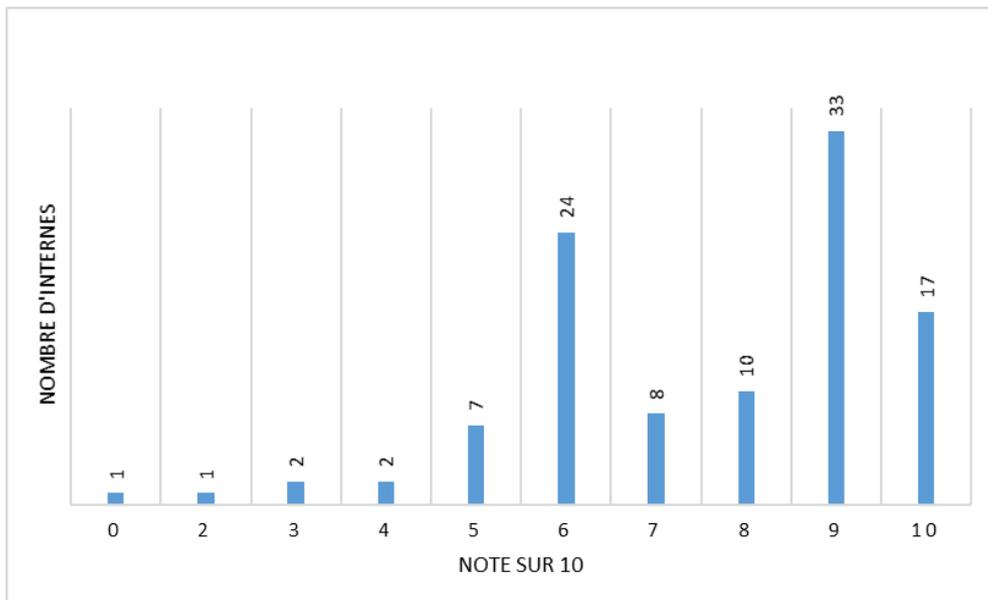
En cochant l'item E et/ou F, 4 étudiants n'ont pas obtenu de point à la question.

- Pour la dernière question, l'interne devait faire le choix ou non de l'orientation vers le spécialiste si l'évolution clinique était défavorable.



61% des IMG ont fait le choix d'une consultation rapide chez le gynécologue (<1 semaine) et 35% orientaient vers les urgences.

- La note moyenne obtenue au cas clinique 1 était bonne, avec une moyenne de 7,6/10.



Cas clinique 2

Dans ce cas, l'interne devait identifier un tableau de *mastopathie fibrokystique*.

○ Anamnèse

Mme F., 35 ans, se présente en consultation. Elle n'a pas d'enfant et ne prend pas de contraception. Elle est accro au café et à la cigarette. Dans ses antécédents, vous retrouvez un SOPK et un suivi ancien pour un syndrome anxio-dépressif.

Elle a des épisodes de douleurs aux 2 seins avec apparition et disparition rapide de placard rouge depuis 2 ans maintenant.

Elle a déjà senti une boule à gauche puis à droite et a remarqué ce mois-ci des écoulements jaunâtres au niveau de ses 2 mamelons.

○ A l'examen :

Elle présente une masse gauche péri-aréolaire douloureuse, non inflammatoire, réalisant une voussure cutanée. Vous palpez une masse à droite de consistance molle. Il n'y a pas d'adénopathie associée, pas de fièvre. A la pression du sein vous constatez un écoulement mamelonnaire :



- Pour la 1^{ère} question, l'interne devait sélectionner l'ordre de probabilité du caractère nosologique de la lésion.

En regard des éléments fournis, l'interne devait définir l'atteinte inflammatoire comme la plus probable puis l'atteinte infectieuse et enfin, l'atteinte tumorale comme la moins probable. 6,7% des IMG ont obtenu les 3 points.

23,8% ont déterminé l'atteinte inflammatoire comme la plus probable, l'atteinte tumorale comme intermédiaire et l'infectieuse comme la moins probable. Ce choix accordait 1 point.

La majorité (69,5%) a défini les atteintes tumorale ou infectieuse comme les plus probables et n'a obtenu aucun point. Les IMG devaient hiérarchiser les probabilités du cadre nosologique des atteintes. Au sein de cette majorité, 14,3% (15 IMG) n'ont pas respecté la consigne et sélectionné 2 ou 3 fois la même probabilité pour 2 atteintes différentes. Ils n'ont donc obtenu aucun point.

Q1. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? (1 réponse par ligne par ordre de probabilité) *

	La plus probable	Probabilité intermédiaire	La moins probable
Atteinte infectieuse	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atteinte tumorale	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atteinte inflammatoire	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

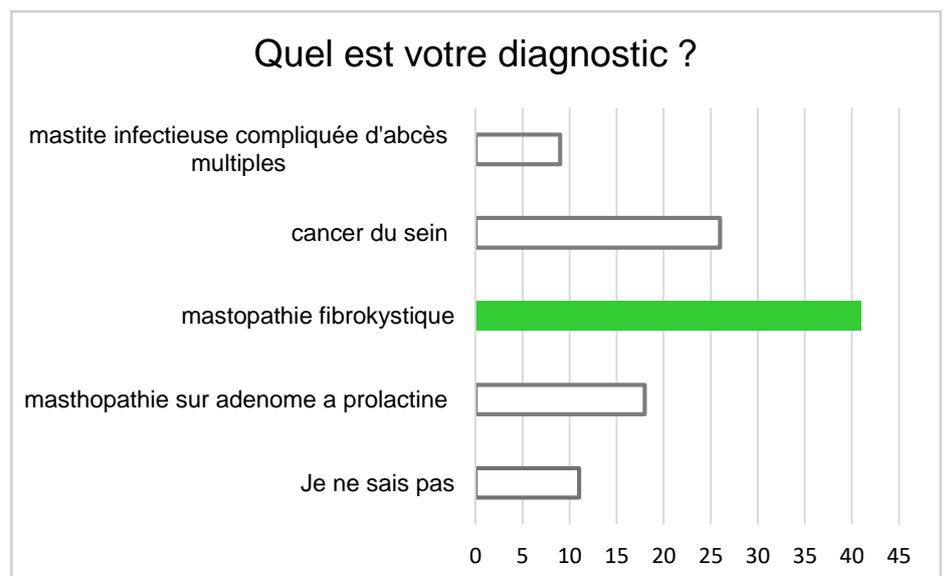
Exemple d'erreur de remplissage

- La 2^{ème} question était le choix du diagnostic.

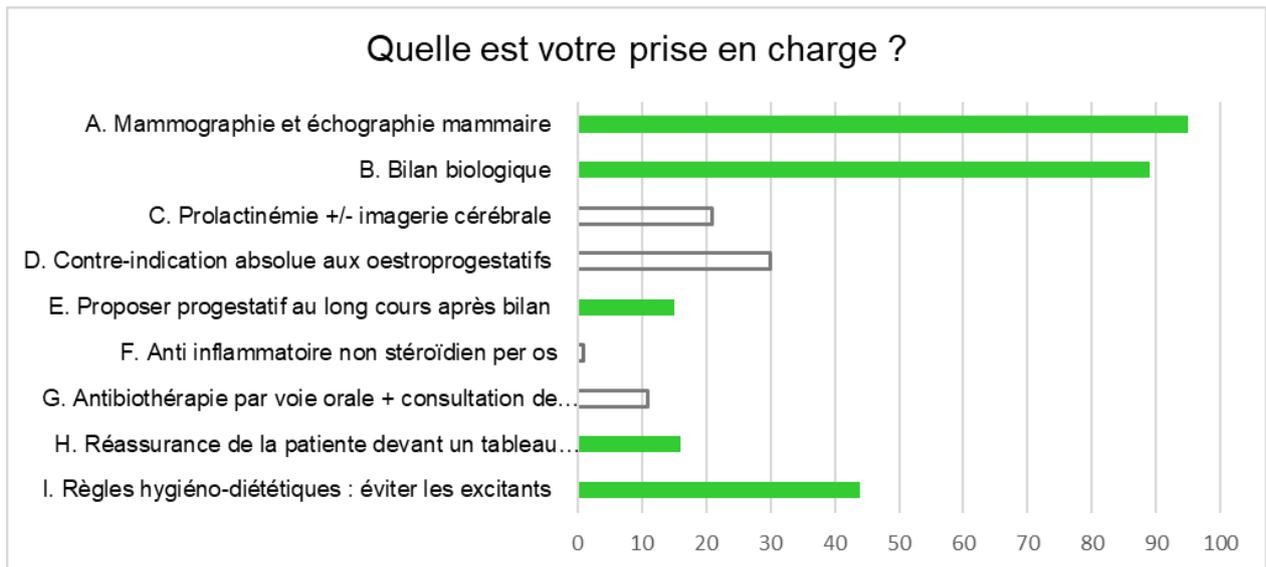
39% ont choisi le bon diagnostic, la mastopathie fibrokystique.

41,9% ont pensé à une atteinte liée à un processus tumoral (cancer du sein ou mastopathie sur adénome à prolactine).

10,5% des étudiants ne savaient pas.



- Pour la 3^{ème} question, l'interne définissait la prise en charge.

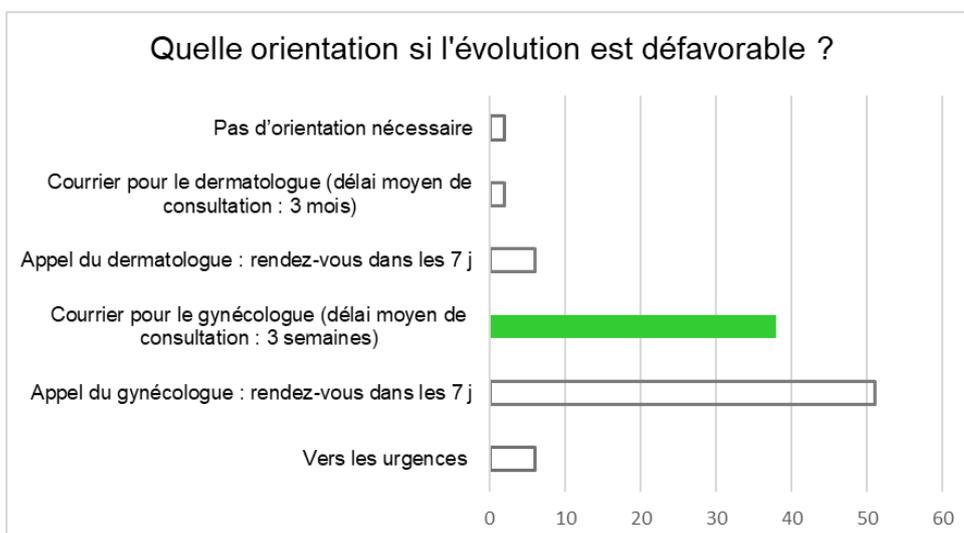


48,6% des internes ont obtenu la totalité ou une partie des 5 points (en sélectionnant les items A, B, E, H, I) dont 40% entre 1 et 3 points.

Plus de la moitié des IMG (51,4%) ont eu zéro à la question en sélectionnant un ou plusieurs faux items proposés : C, D, F, G.

La prise en charge des étudiants n'ayant pas défini de diagnostic lors de la question précédente comportait : une échographie mammaire et une mammographie (10 étudiants sur 11), un bilan biologique (9 étudiants/11) et l'éviction des excitants (café...) (4 étudiants/11). 5 d'entre eux contre-indiquaient de manière absolue les pilules oestroprogestatives (OP).

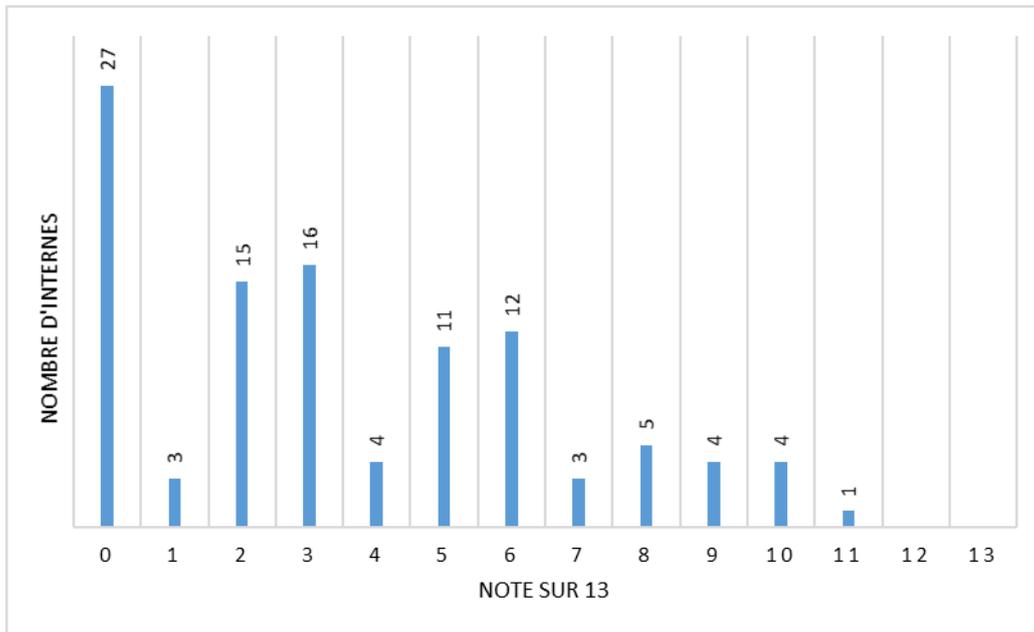
- Pour la dernière question, l'interne devait faire le choix ou non de l'orientation vers le spécialiste si l'évolution clinique était défavorable.



36,2% des IMG ont orienté, à juste titre, la patiente vers le gynécologue, sans urgence.

48,6% ont choisi d'adresser la patiente, dans la semaine, vers le gynécologue.

- La note moyenne obtenue au cas clinique 2 était de 3,5/13, avec un écart type de 3,1 points.



Cas clinique 3

Ce 3^{ème} cas portait sur le diagnostic d'*eczéma du mamelon* et sa prise en charge. Devant une évolution défavorable, l'interne devait penser à la maladie de Paget et orienter rapidement la patiente vers un dermatologue.

- Anamnèse

Mme H, 66 ans vient vous voir pour un certificat d'aptitude à la pratique sportive. Vous n'êtes pas son médecin traitant habituel. Elle est hypertendue et diabétique, assez mal équilibrée selon ses dernières consultations. Dans ce contexte, vous décidez de lui faire un ECG.

En le réalisant, vous remarquez une lésion en regard du mamelon droit. Elle vous explique qu'elle avait une lésion similaire au sein gauche, mais qu'elle a disparu suite à l'application d'émollients et d'un dermocorticoïde il y a 4 mois. C'est prurigineux. Il n'y a pas d'autres localisations.

A l'examen le sein n'est pas douloureux, il n'y pas de masse palpée et les aires ganglionnaires sont libres.



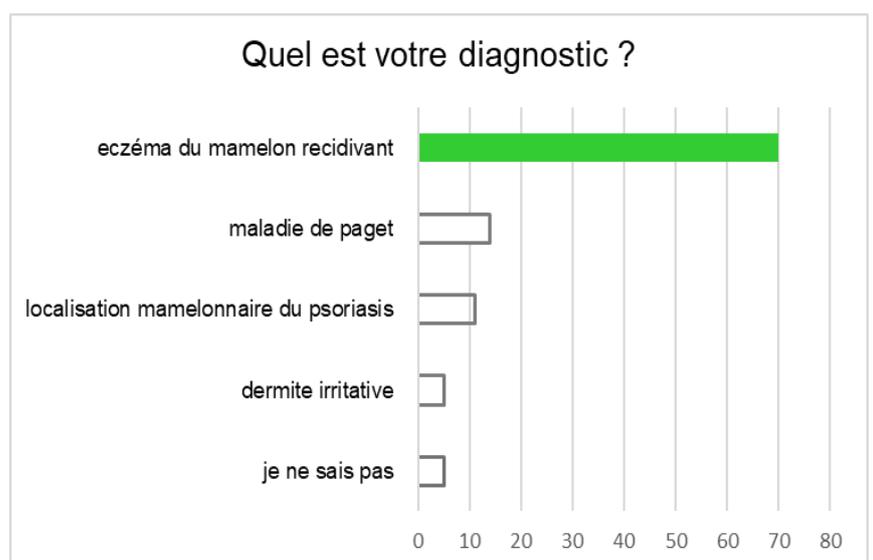
- Pour la 1^{ère} question, l'interne devait sélectionner l'ordre de probabilité du caractère nosologique de la lésion.

L'atteinte inflammatoire était la plus probable et 88,6% des internes l'ont définie en tant que tel. Parmi cette majorité, 50 internes (47,6 %) ont défini le bon ordre de probabilité en choisissant l'atteinte tumorale en probabilité intermédiaire et l'atteinte infectieuse comme la moins probable. Ils ont obtenu 3 points. 27 étudiants (25,7%) ont choisi l'atteinte inflammatoire comme la plus probable, mais l'atteinte infectieuse comme intermédiaire. Ils n'ont obtenu qu'un seul point.

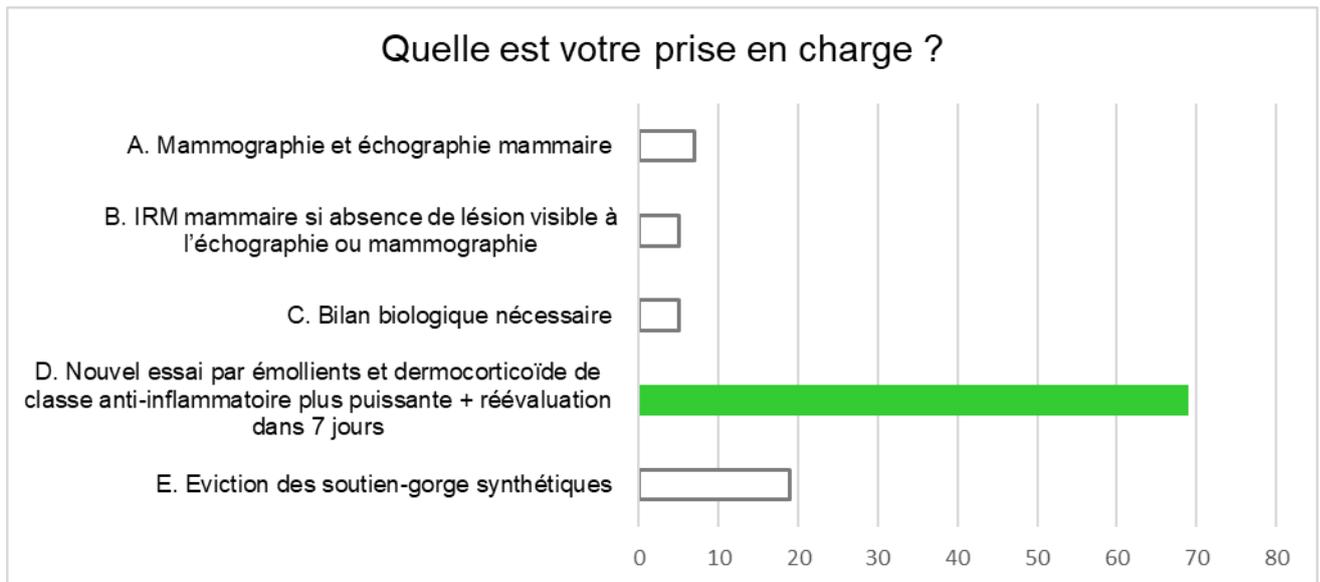
Aucun point n'a été accordé à 28 IMG (26,7%), soit parce qu'ils n'avaient pas défini l'atteinte inflammatoire comme la plus probable (12 internes), soit parce qu'ils avaient choisi 2 ou 3 fois la même probabilité pour 2 ou 3 atteintes différentes (16 internes).

- La 2^{ème} question était le choix du diagnostic.

86 étudiants (81,9%) ont choisi un diagnostic inflammatoire avec 70 bonnes réponses (66,7%) pour l'eczéma récidivant du mamelon. 13,3% des internes ont pensé au diagnostic de maladie de Paget en premier lieu.

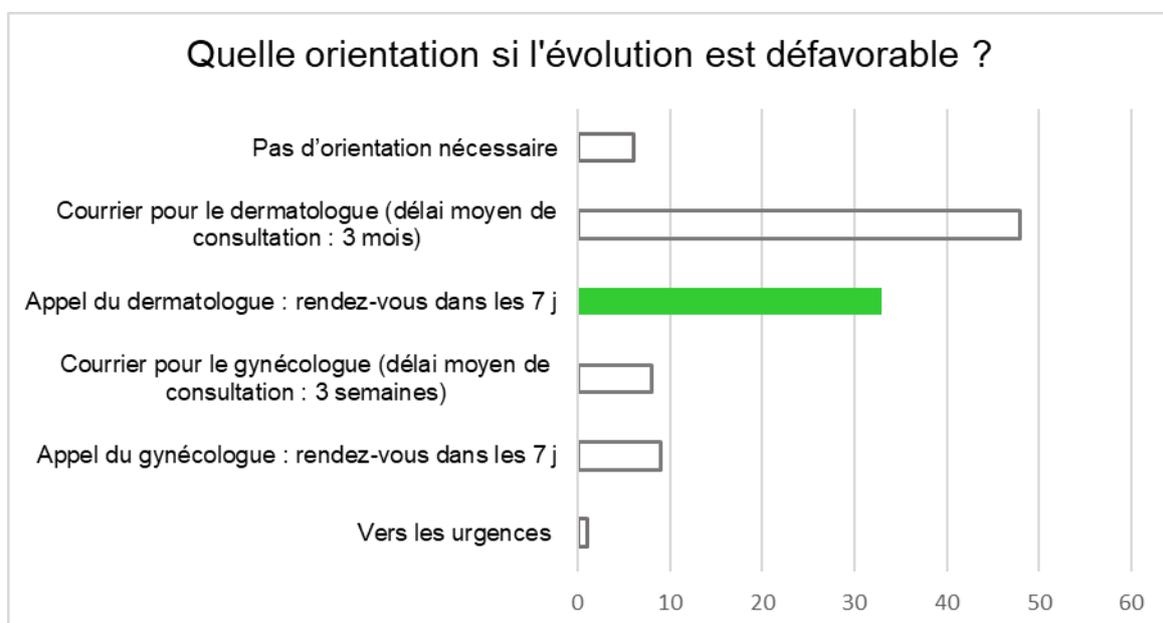


- Pour la 3^{ème} question, l'interne définissait la prise en charge.



Le choix était limité à une seule réponse. 65,7% ont choisi la prise en charge cohérente avec le diagnostic d'eczéma récidivant du mamelon : émollients et dermocorticoïde avec réévaluation à 7 jours.

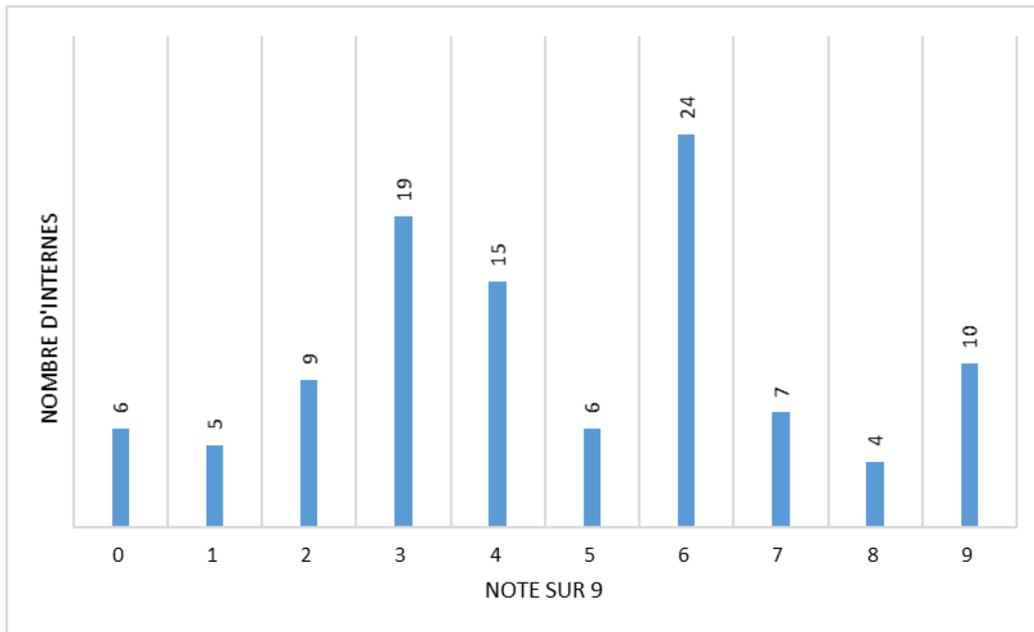
- Pour la dernière question, l'interne devait faire le choix ou non de l'orientation vers le spécialiste si l'évolution clinique était défavorable.



31,4% ont orienté sous 7 jours la patiente vers le dermatologue.

La majorité (45,7%) a choisi d'obtenir un avis du dermatologue, sans urgence. Le délai de consultation proposé étant de 3 mois.

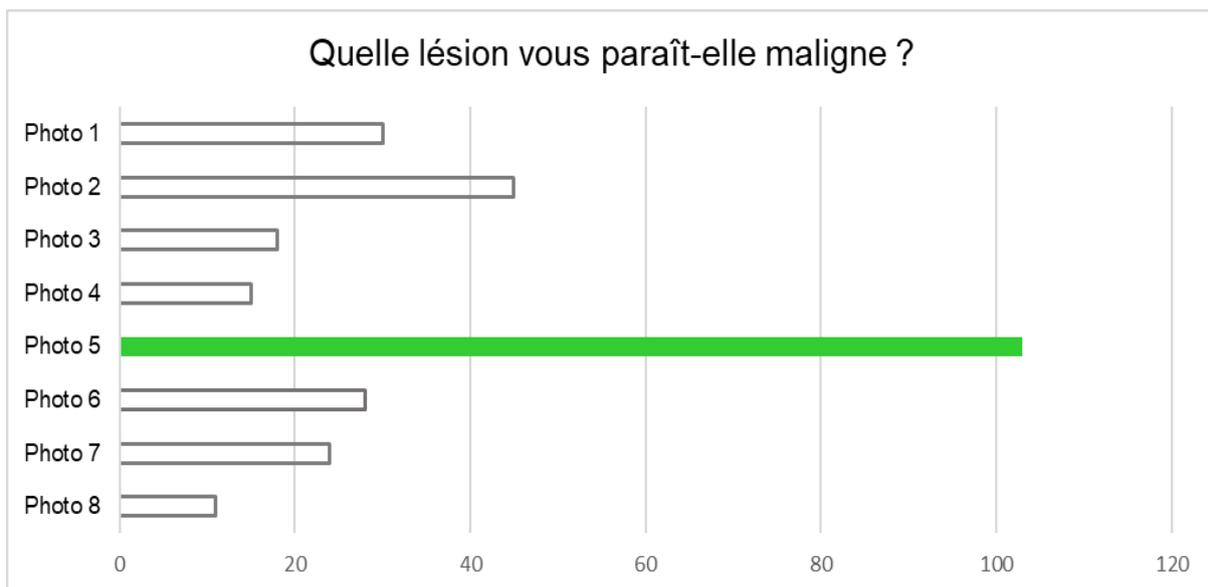
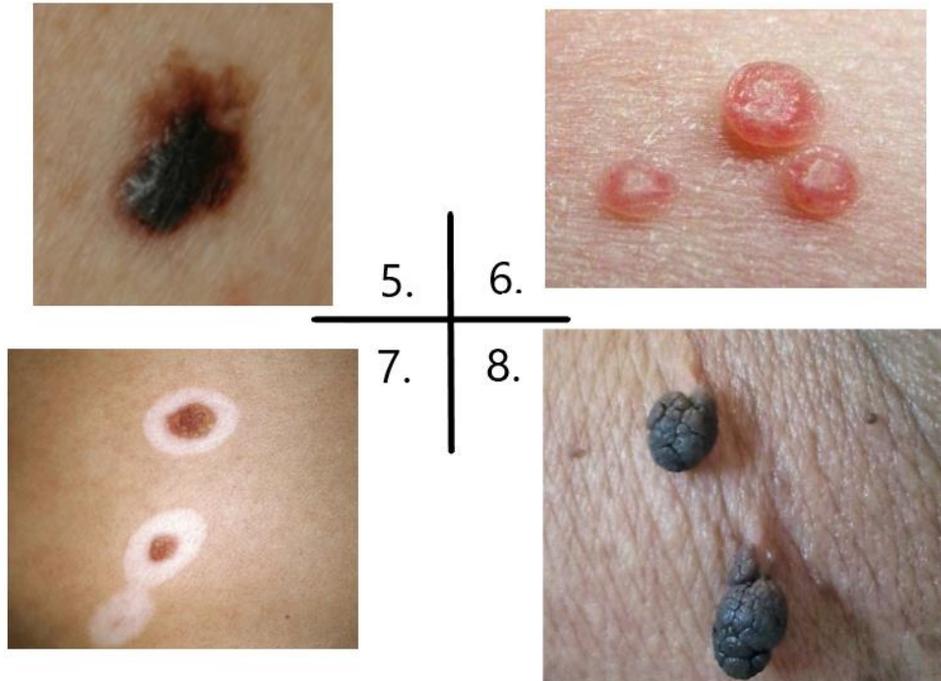
- La note moyenne obtenue au cas clinique 3 était 4,6/9, avec un écart-type de 2,5 points.



Cas clinique 4

Pour le cas numéro 4, l'interne devait sélectionner *les lésions suspectes de malignité* parmi les 8 lésions retrouvées sur le sein d'une patiente.





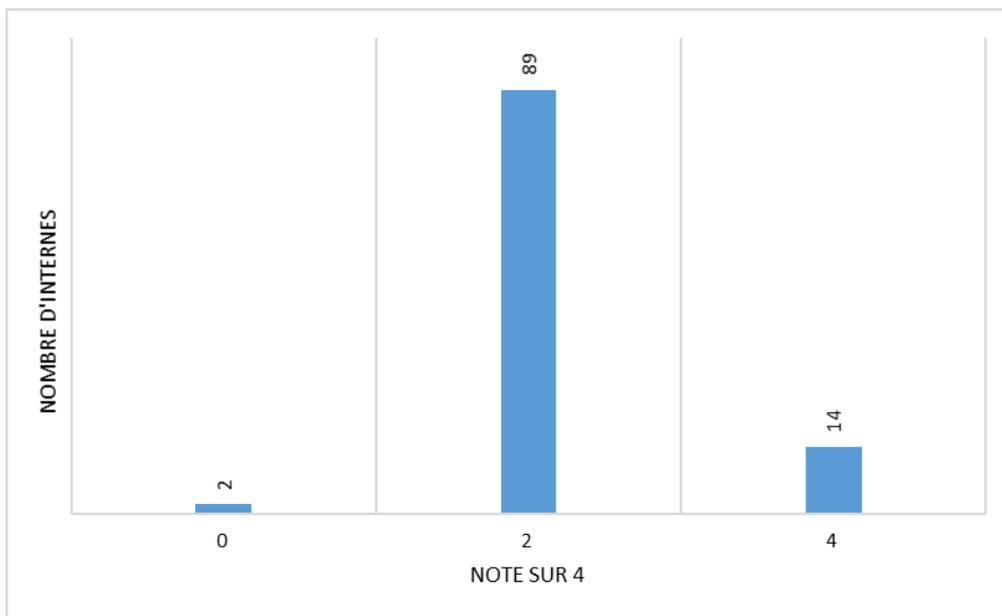
La seule lésion suspecte était la 5 (mélanome) et 98,1% des internes l'ont identifié. 13,3% des IMG (soit 14 étudiants) n'ont sélectionné que la lésion 5 et ont obtenu 4 points.

Les 7 autres lésions bénignes ont été sélectionnées par les internes à hauteur de :

- 10,5% pour la photo 8 (molluscum pendulum hyperpigmenté)
- 14,3% pour la photo 4 (nævus)
- 17,1% pour la photo 3 (nævus tubéreux)

- 22,9% pour la photo 7 (nævus de Sutton)
- 26,7% pour la photo 6 (molluscum contagiosum)
- 28,6% pour la photo 1 (kératose séborrhéique)
- 42,9% pour la photo 2 (kératose séborrhéique hyperpigmentée)

84,8% des IMG ont sélectionné la lésion 5 ainsi qu'une ou plusieurs autres lésions, ils n'ont obtenu que 2 points. La moyenne obtenue était de 2,6/4.



Cas clinique 5

Le 5^{ème} cas décrivait des lésions de *psoriasis inversé* en regard du sillon sous mammaire. Cette localisation fait l'objet de fréquentes atteintes dermatologiques, notamment infectieuses. L'interne devait s'appuyer sur l'interrogatoire pour orienter son diagnostic et sa thérapeutique.

- Anamnèse

Madame Z., âgée de 28 ans, sans antécédent médical notable, consulte pour des lésions cutanées érythémato-squameuses bien limitées touchant le pli sous mammaire bilatéral qui évoluent depuis plusieurs semaines. Ça gratte légèrement.

Elle souffre également d'une dermatose très squameuse chronique du cuir chevelu depuis son adolescence.

- A l'examen :



- Pour la 1^{ère} question, l'interne devait sélectionner l'ordre de probabilité du caractère nosologique de la lésion.

La majorité, c'est à dire 57,1% d'entre eux, ont choisi, à tort, l'atteinte infectieuse.

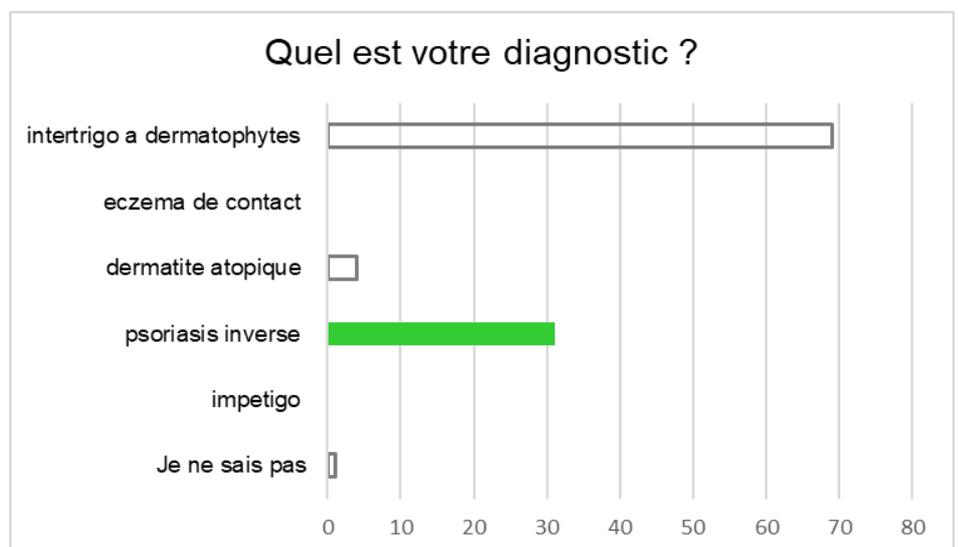
43,8% des IMG ont défini l'atteinte inflammatoire comme la plus probable.

35,2% ont obtenu la totalité des points en sélectionnant l'atteinte infectieuse en probabilité intermédiaire et l'atteinte tumorale comme la moins probable.

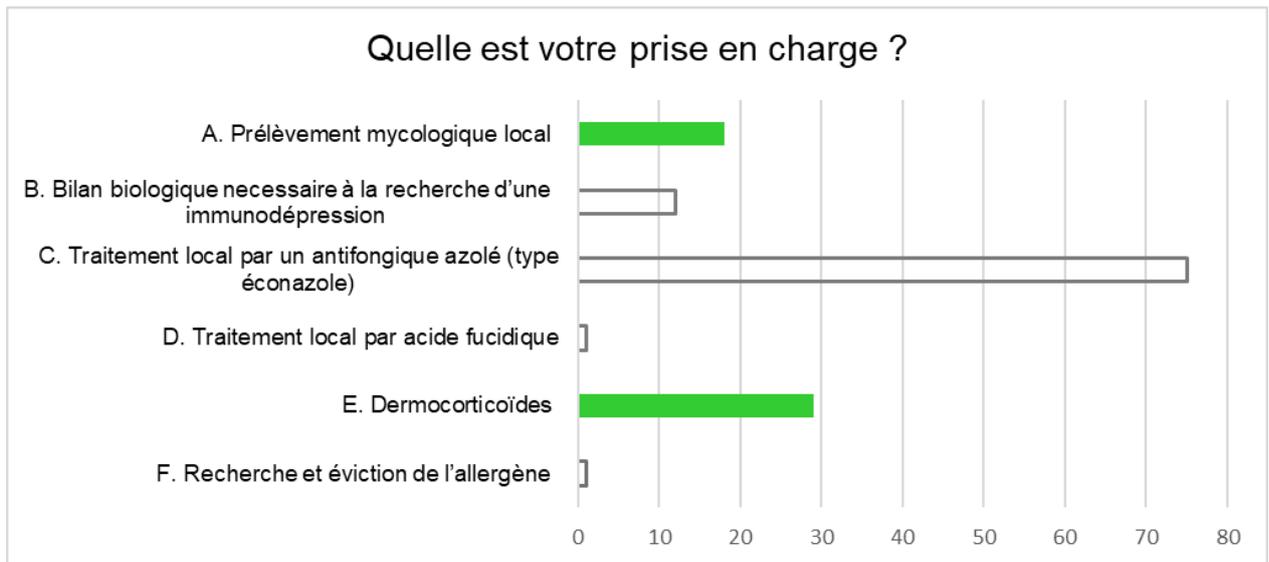
62,9% n'ont obtenu aucun point en sélectionnant l'atteinte infectieuse ou tumorale comme probabilité la plus probable ou en donnant la même probabilité à des atteintes différentes.

- La 2^{ème} question était le choix du diagnostic.

En concordance avec la première question, la majorité des IMG (65,7%) a choisi l'intertrigo à dermatophytes (0 point) contre 29,5% le psoriasis inversé (2 points).



- Pour la 3^{ème} question, l'interne définissait la prise en charge.



27,6% des IMG utilisaient des dermocorticoïdes (1 point) et 71,4% un antifongique local (0 point).

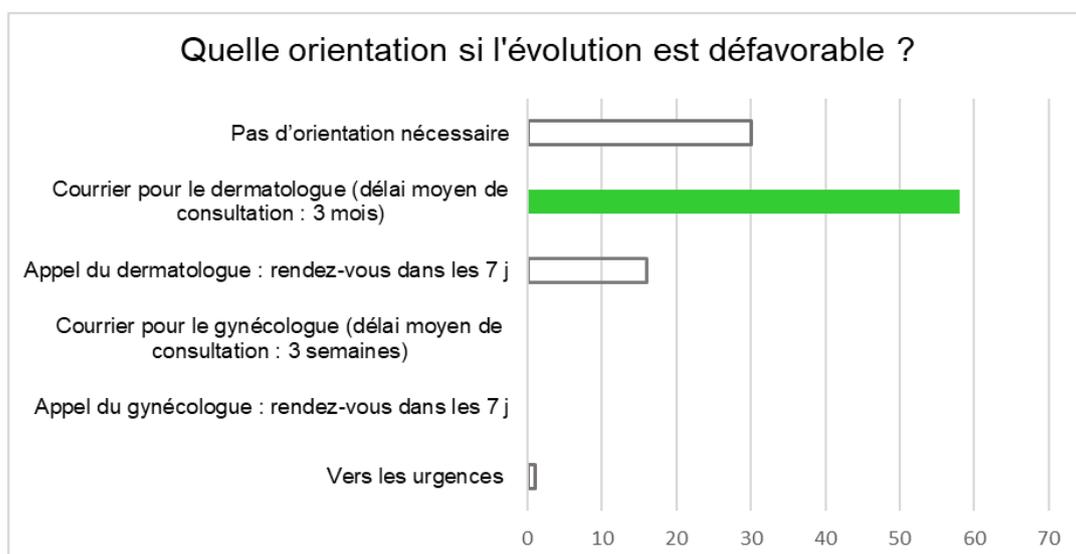
Deux internes ont préconisé l'utilisation conjointe des 2 traitements locaux.

18 étudiants ont réalisé un prélèvement cutané avec recherche mycologique. Cet item permettait d'écartier le diagnostic d'intertrigo, il était donc défini comme une bonne réponse.

Seulement 22,9% des IMG ont obtenu 1 ou 2 points à la question.

Aucun point n'était accordé si l'IMG avait coché les items B, C, D et/ou F (77,1%).

- Pour la dernière question, l'interne devait faire le choix ou non de l'orientation vers le spécialiste si l'évolution clinique était défavorable.

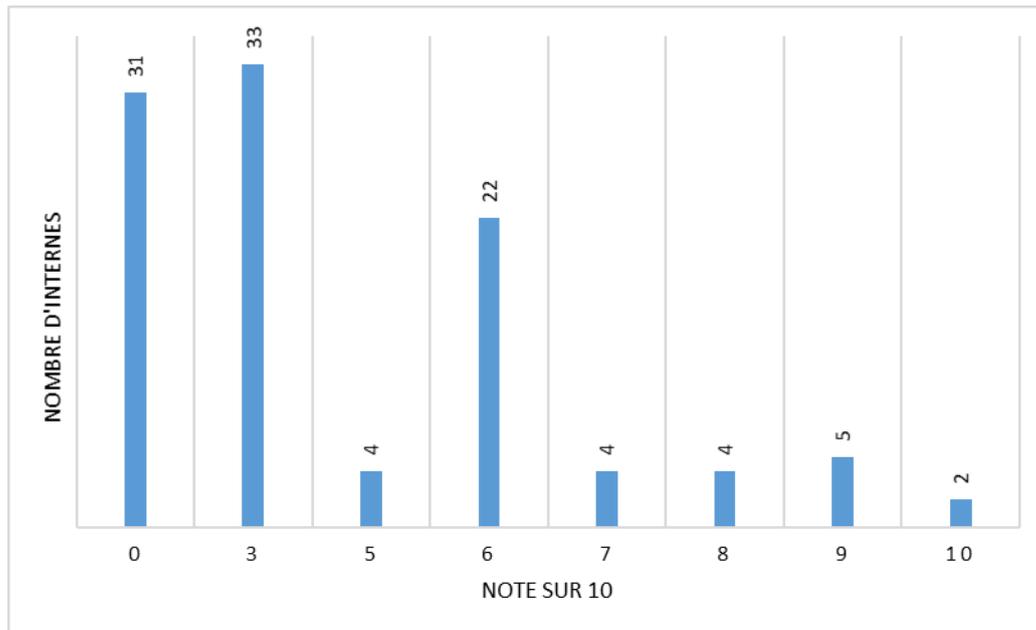


La majorité des internes (55, 2%) orientait la patiente avec un courrier vers le dermatologue et ont obtenu 3 points.

28,6% ne proposait pas d'orientation spécialisée malgré une évolution défavorable.

15,2% considérait urgent le recours au dermatologue.

- La note moyenne obtenue au cas clinique 5 est de 3,6/10 avec un écart type de 2,9 points.



Cas clinique 6

Le 6^{ème} cas portait sur le diagnostic de *miliaire sudorale* et sa prise en charge.

- Anamnèse

Mme V., 56 ans, d'origine comorienne, vend des poulets sur le marché. Elle a enchaîné 6 jours non-stop à son stand pour la fête de Saint Paul, et il a fait très chaud.

Depuis 2 jours, elle a une éruption papuleuse très prurigineuse sous les seins et un peu dans le dos.

La patiente est obèse et tabagique chronique.

- A l'examen :



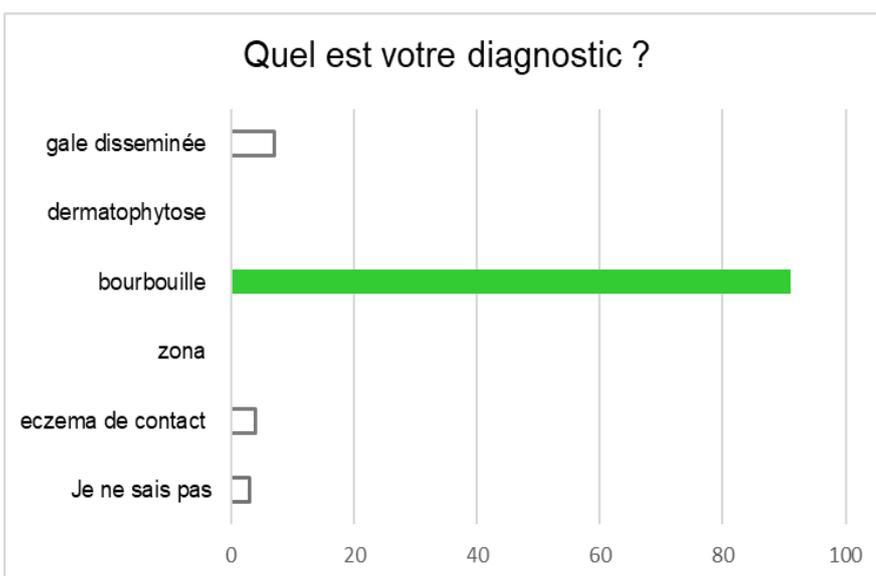
- Pour la 1^{ère} question, l'interne devait sélectionner l'ordre de probabilité du caractère nosologique de la lésion.

Seuls 2 IMG ont obtenu 3 points en choisissant l'atteinte inflammatoire comme la plus probable, l'atteinte infectieuse comme intermédiaire et l'atteinte tumorale comme la moins probable.

43,8% ont estimé l'atteinte infectieuse comme la plus probable.

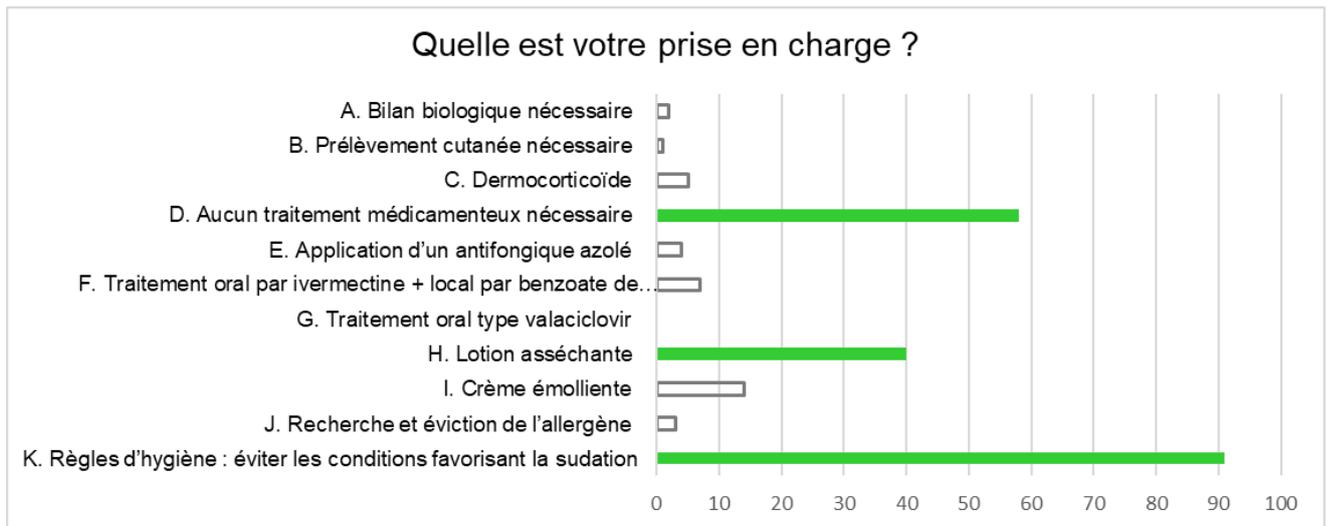
48,6% des étudiants n'ont pas réussi à choisir le cadre nosologique le plus probable et ont seulement considéré l'atteinte inflammatoire ou infectieuse comme probabilité intermédiaire. Ils n'ont obtenu aucun point.

- La 2^{ème} question était le choix du diagnostic.



Malgré des difficultés à définir le cadre nosologique, 86,7% des IMG ont donné le bon diagnostic : la miliaire sudorale (ou « bourbouille »). Ils ont obtenu 2 points.

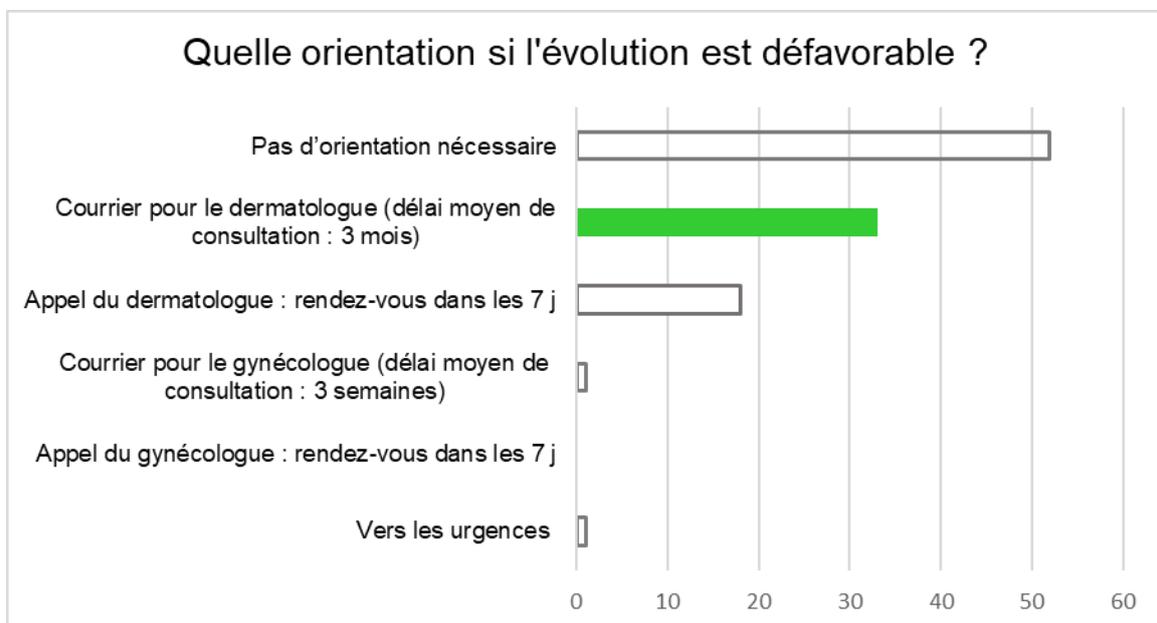
- Pour la 3^{ème} question, l'interne définissait la prise en charge.



74 IMG (70,5%) ont sélectionné entre 1 à 3 bonnes réponses : abstention de traitement médicamenteux, utilisation d'une lotion asséchante possible et conseils d'éviction des facteurs favorisant la sudation.

29,5% n'ont eu aucun point en cochant un ou plusieurs des autres items proposés.

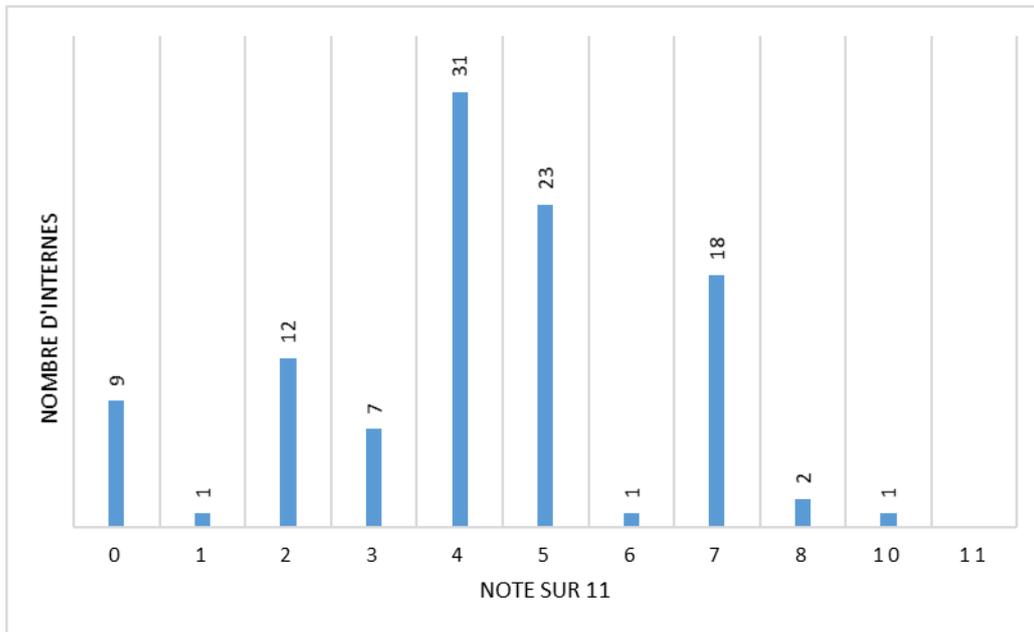
- Pour la dernière question, l'interne devait faire le choix ou non de l'orientation vers le spécialiste si l'évolution clinique était défavorable.



Devant une mauvaise évolutivité des lésions, 31,4% des internes orientaient vers le dermatologue sans urgence (3 points) et 17,1% essayaient d'obtenir un rendez-vous dans les 7 jours.

49,5% ne souhaitaient pas d'avis spécialisé malgré l'évolution.

- La note moyenne obtenue au cas clinique 6 était de 4,2/11, avec un écart-type de 2,1 points.



Cas clinique 7

Le 7^{ème} cas s'intéressait au retentissement cutané du *cancer du sein*. Malgré les données de l'interrogatoire, l'interne devait prioriser ce diagnostic au vu de l'examen clinique.

- Anamnèse

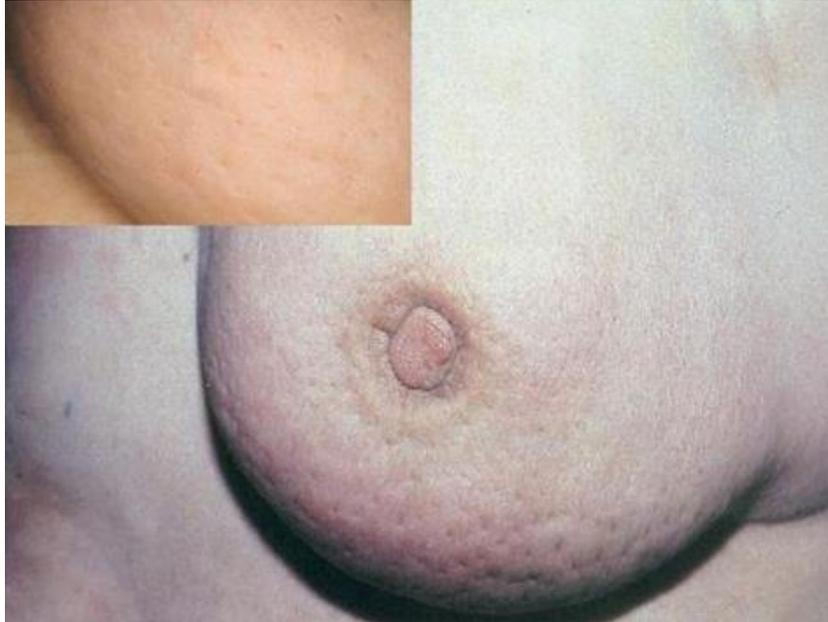
Mme A., 55 ans, a remarqué une différence d'aspect de la peau entre ses 2 seins. Son mari lui en a aussi fait la réflexion.

Elle n'a pas d'antécédent de cancer dans sa famille. Non tabagique. Elle est sous traitement hormonal substitutif (THS) depuis 4 ans pour syndrome climatérique invalidant.

Elle s'applique régulièrement des herbes trouvées sur le marché depuis quelques mois pour des mastodynies.

- A l'examen :

Voici l'aspect de son sein droit : Vous ne palpez pas de masse, ni de ganglions au creux axillaire.



- Pour la 1^{ère} question, l'interne devait sélectionner l'ordre de probabilité du caractère nosologique de la lésion.

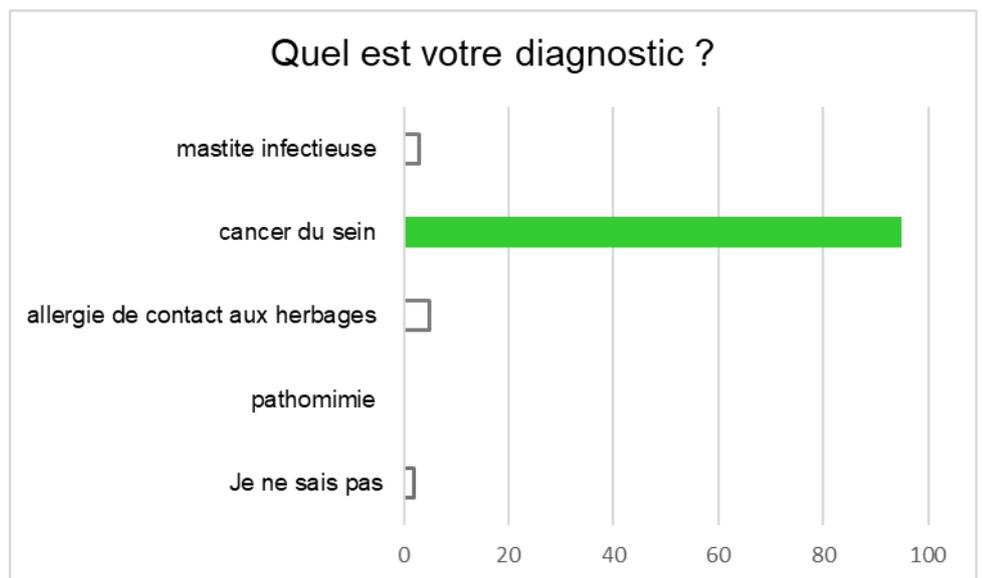
62,9% des IMG ont donné le bon classement de probabilité, par ordre décroissant : tumoral > inflammatoire > infectieux et ont obtenu 3 points.

La plus forte probabilité d'atteinte était tumorale pour 92,4% des internes.

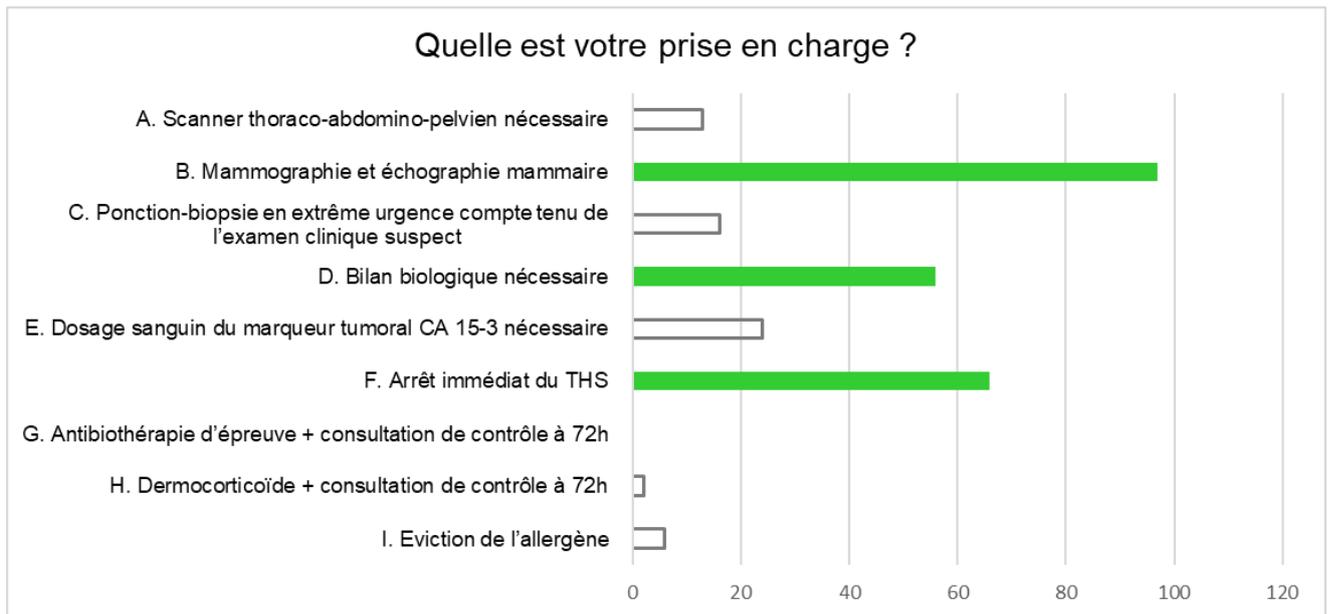
- La 2^{ème} question était le choix du diagnostic.

90,5% des IMG ont sélectionné le cancer du sein comme diagnostic.

5 étudiants (4,8%) ont choisi l'allergie de contact aux herbages.



- Pour la 3^{ème} question, l'interne définissait la prise en charge.

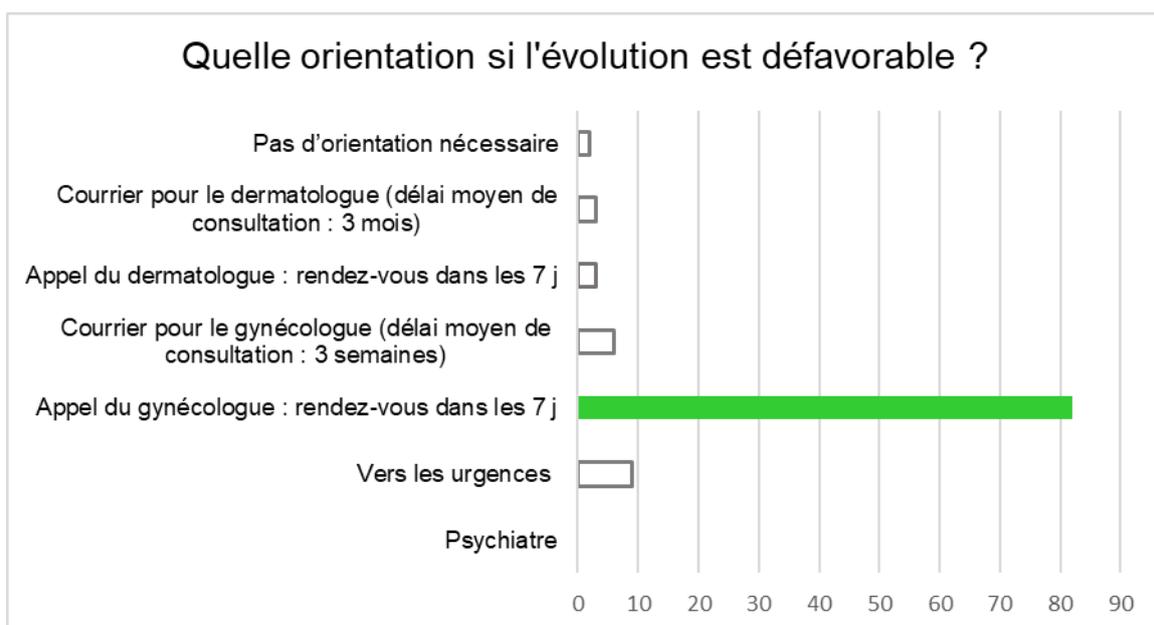


La prise en charge en soins primaires comprenait une imagerie des seins (mammographie + échographie), un bilan biologique et l'arrêt du traitement hormonal de substitution.

22,9% des IMG ont obtenu les 3 points, 22,9% ont obtenu 2 points et 13,3% d'entre eux ont obtenu 1 point.

41% des étudiants n'ont obtenu aucun point en cochant un ou plusieurs autres items.

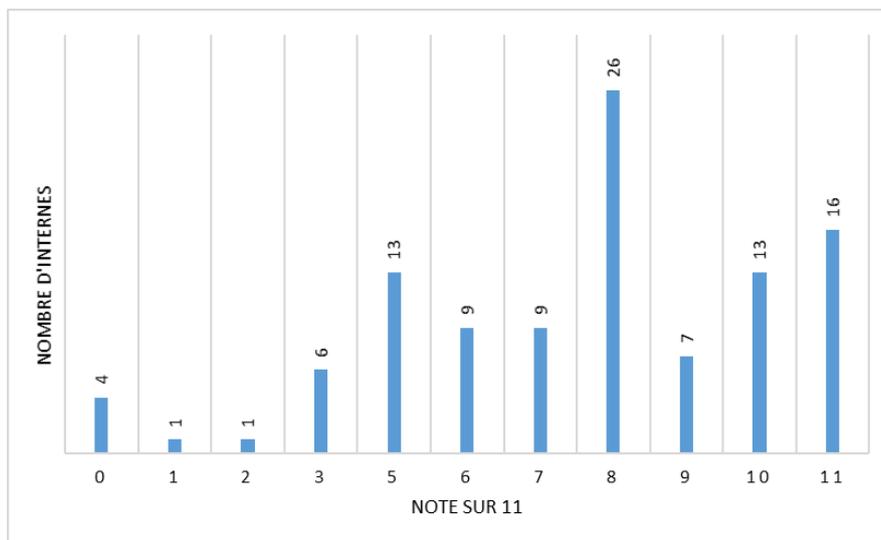
- Pour la dernière question, l'interne devait faire le choix ou non de l'orientation vers le spécialiste si l'évolution clinique était défavorable.



La majorité des IMG (78,1%) ont choisi le recours au gynécologue en moins d'une semaine pour la suite de la prise en charge.

8,6% des internes adressaient la patiente aux urgences.

- La note moyenne obtenue au cas clinique 7 était bonne, avec une moyenne de 7,4/11 et un écart-type de 2,8 points.



Cas clinique 8

Le cas 8 portait sur la prise en charge d'un *zona thoracique* précédé d'une mastodynie unilatérale sans lésion.

- Anamnèse

Mme Q, 51 ans, tabagique active et dorsalgique chronique.

Elle vient pour une douleur mammaire droite depuis 3 jours, intense, à type de brûlure. Sans traumatisme récent. Elle n'est pas ménopausée et n'a pas de suivi gynécologique depuis des années.

La douleur est majorée à la palpation du sein droit, sans masse. Il n'y a rien de visible à l'examen cutané.

- La 1^{ère} question interrogeait l'interne sur la prise en charge de ce tableau clinique.

Seuls 35,2% des IMG proposaient une imagerie (mammographie + échographie mammaire) malgré l'âge cible de la patiente pour le dépistage du cancer du sein.

La majorité (75,2%) prescrivait des antalgiques et préconisait un contrôle clinique à 7 jours.

20% rassuraient, à tort, la patiente sur le caractère probablement bénin d'une mastodynie unilatérale.

2 points étaient obtenus si l'IMG avait sélectionné l'imagerie et les antalgiques (15,2%).

1 point était donné si l'étudiant n'avait proposé que l'imagerie (19,1%).

Si la prescription de l'imagerie n'était pas cochée, ou s'il réassurait à tort la patiente, l'interne n'obtenait aucun point (65,7%).

- Deux jours plus tard, la patiente consultait à nouveau :

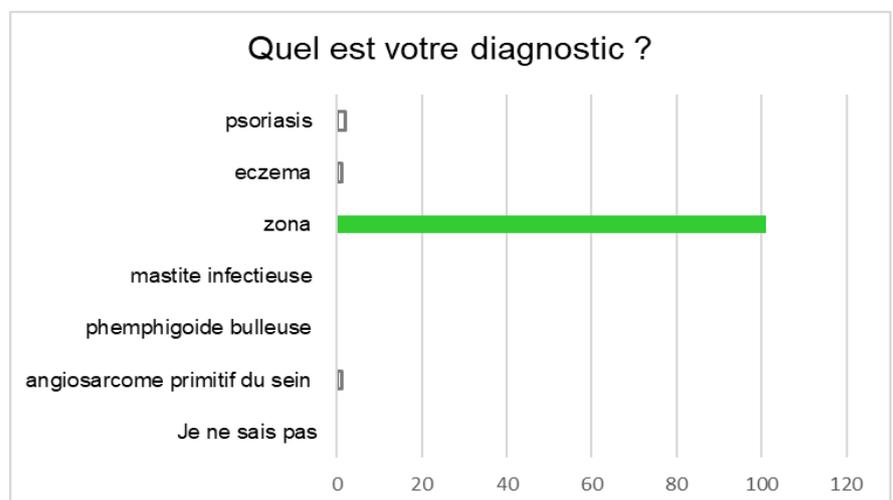


- Pour la 2^{ème} question, l'interne devait sélectionner l'ordre de probabilité du caractère nosologique de la lésion.

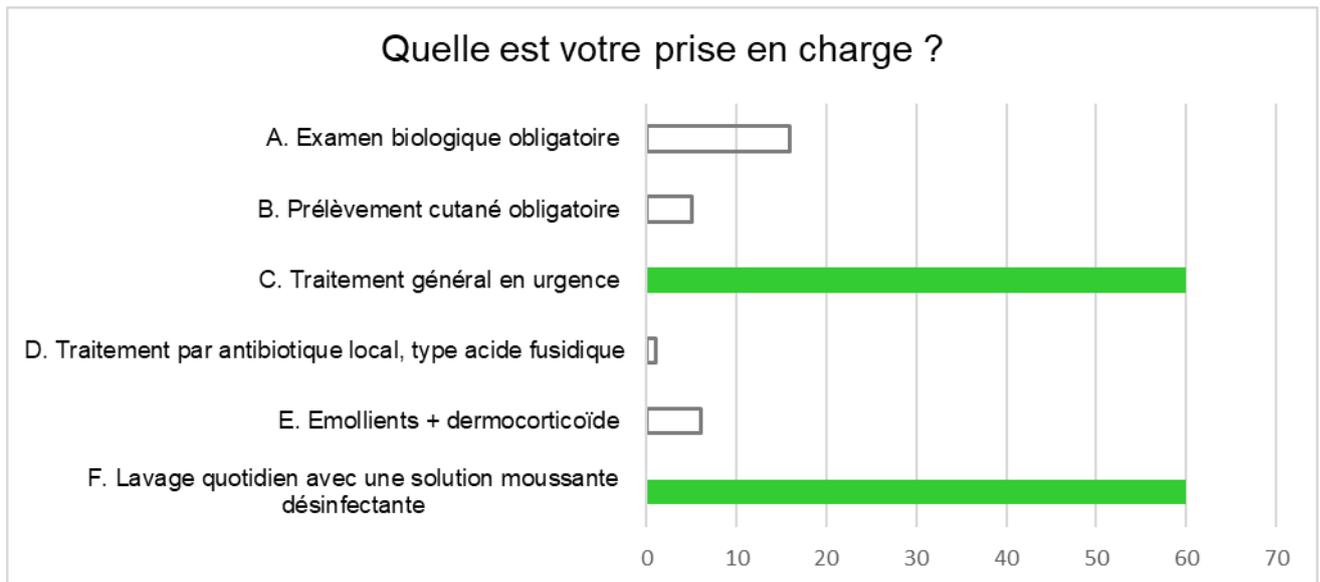
56,2% des IMG ont donné le bon classement de probabilité, par ordre décroissant : atteinte infectieuse > inflammatoire > tumorale et ont obtenu 3 points.

- La 3^{ème} question était le choix du diagnostic.

96,2% ont choisi le bon diagnostic, un zona thoracique.



- Pour la 4^{ème} question, l'interne définissait la prise en charge.



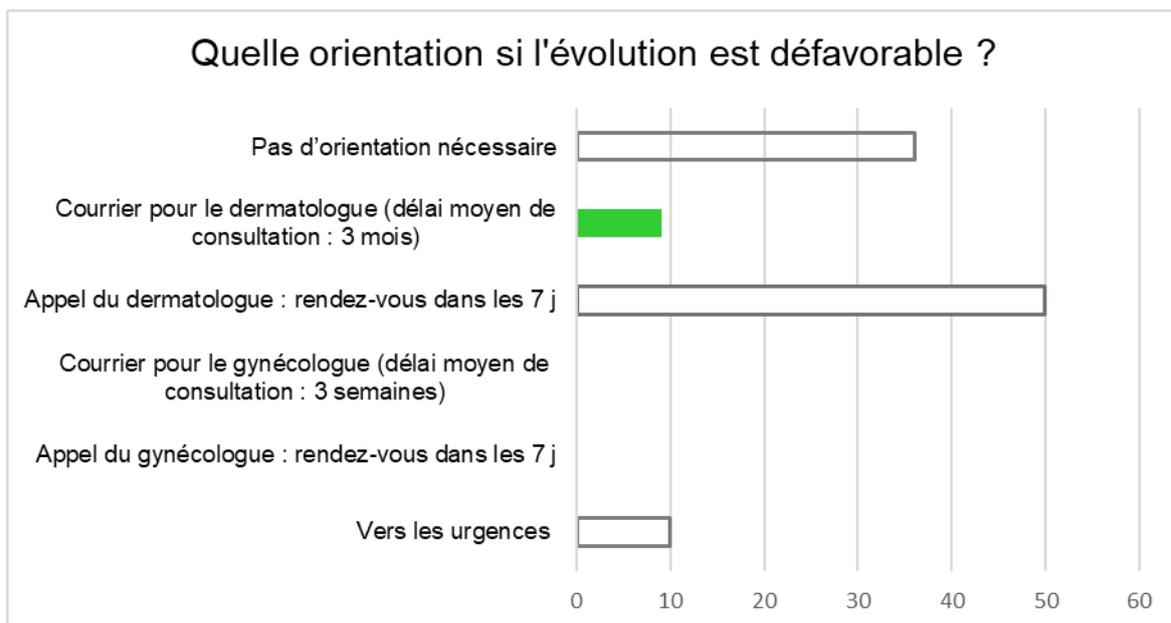
En majorité, le choix de la prise en charge s'est porté sur le traitement général en urgence et le lavage antiseptique quotidien.

L'association des 2 mesures a été faite par 19% des IMG (2 points).

27,6% n'ont choisi qu'une des 2 thérapeutiques (1 point).

En revanche, 53,3% des IMG ont sélectionné un ou plusieurs des autres items proposés et n'ont donc obtenu aucun point à cette question.

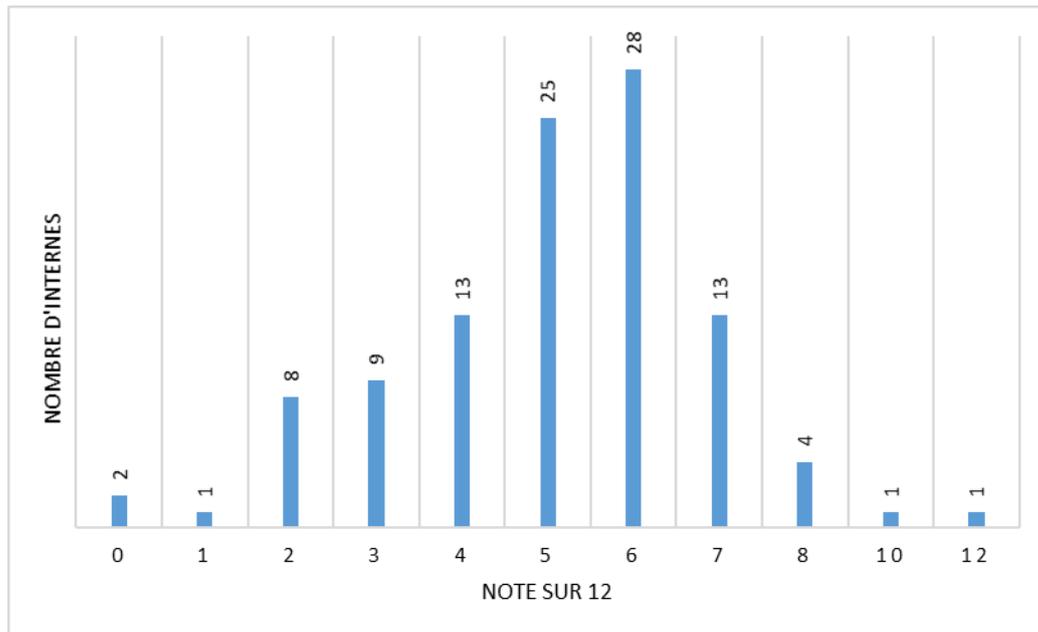
- Pour la dernière question, l'interne devait faire le choix ou non de l'orientation vers le spécialiste si l'évolution clinique était défavorable.



La majorité des IMG ont choisi le référencement au dermatologue en urgence, sous 7 jours (47,6%), ou ne souhaitait pas d'avis spécialisé (34,3%).

Seuls 9 étudiants souhaitaient un avis non urgent par le dermatologue.

- La note moyenne obtenue au cas clinique 1 était de 5,1/12, avec un écart-type de 1,9 points.



Cas clinique 9

Le 9^{ème} cas portait sur le diagnostic du *cancer du sein chez l'homme*.

- Anamnèse et examen clinique

En auscultant Monsieur T., 70 ans, vous voyez son mamelon droit. Indolore, le reste de l'examen est normal.

On palpe une masse de 2 cm sous le mamelon.

Selon lui, c'est arrivé dans les suites d'un traumatisme en jardinant.



- Pour la 1^{ère} question, l'interne devait sélectionner l'ordre de probabilité du caractère nosologique de la lésion.

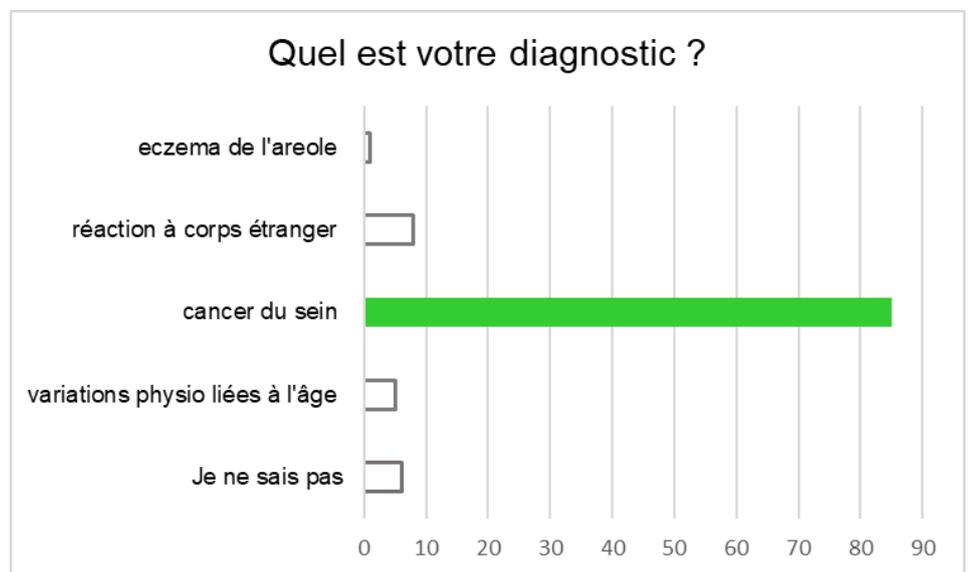
56,4% des IMG ont donné le bon classement, par ordre décroissant : atteinte tumorale > inflammatoire > infectieuse et ont obtenu 3 points.

86,7% avaient choisi l'atteinte tumorale comme la plus probable.

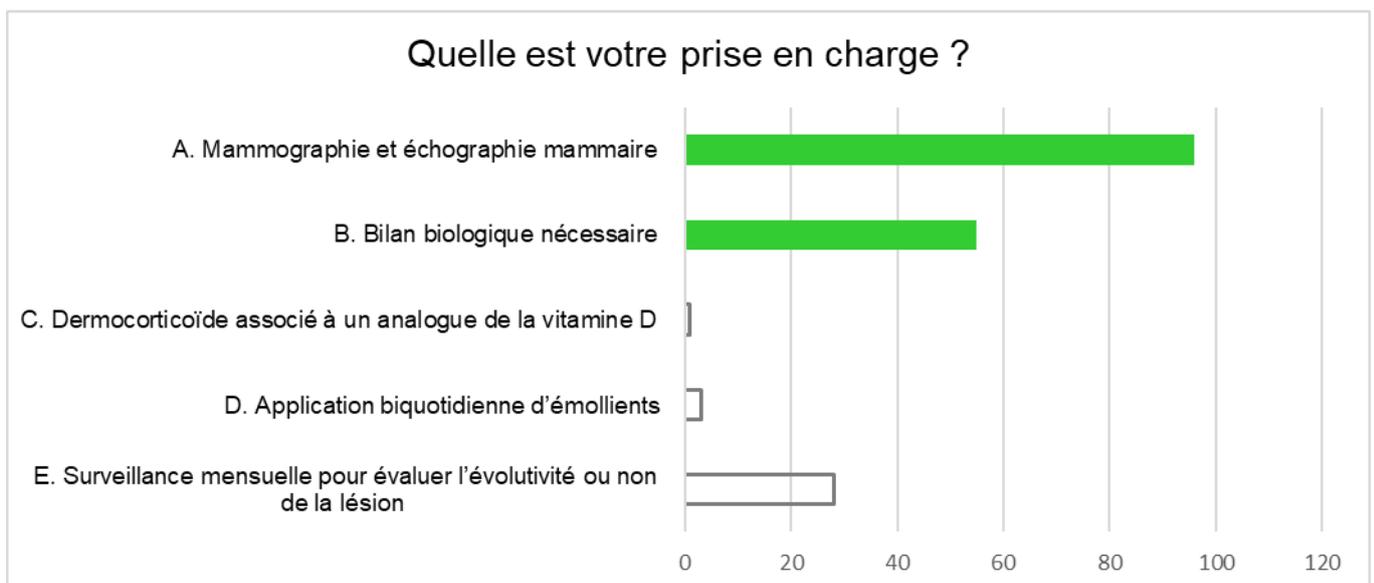
Aucun point n'a été accordé si l'interne avait défini le caractère infectieux ou inflammatoire comme le plus probable ou s'il avait défini 2 ou 3 fois la même probabilité pour 2 ou 3 atteintes différentes (38,1%).

- La 2^{ème} question était le choix du diagnostic.

La suspicion de cancer du sein a été choisie en majorité (81%).



- Pour la 3^{ème} question, l'interne définissait la prise en charge.

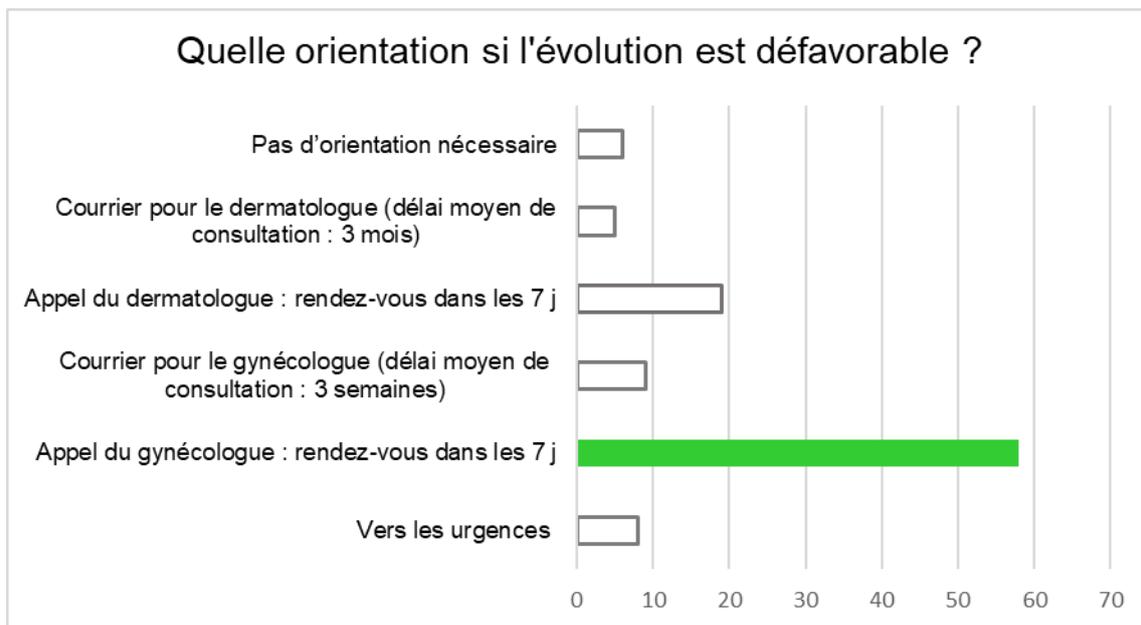


40% des IMG ont obtenu 2 points en choisissant l'imagerie mammaire associée au bilan biologique.

1 point été accordé si l'IMG ne choisissait qu'une seule bonne réponse (29,5%).

En revanche, 26,7% des étudiants ne proposaient qu'une simple surveillance mensuelle.

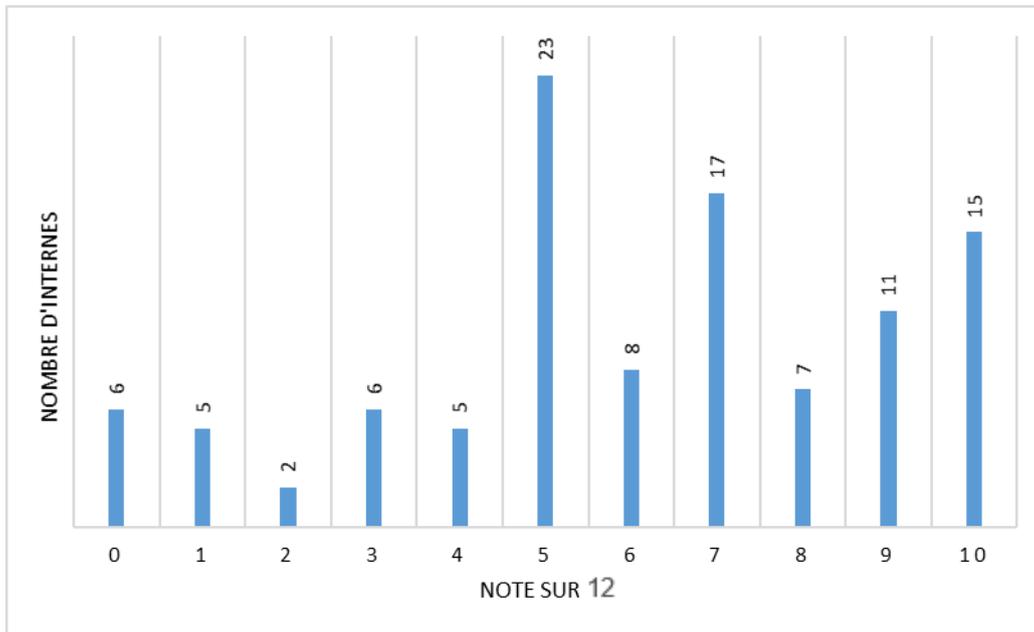
- Pour la dernière question, l'interne devait faire le choix ou non de l'orientation vers le spécialiste si l'évolution clinique était défavorable.



La majorité des étudiants (73,3%) ont notion du caractère urgent de la prise en charge et orientait le patient sous 7 jours vers un spécialiste : 55,2% vers le gynécologue et 18,1% vers le dermatologue. Le recours aux Urgences adultes était préconisé par 8 internes.

6 internes ont pris la décision de ne pas orienter le patient.

- La note moyenne obtenue au cas clinique 9 était de 6/12, avec un écart-type de 2,9 points.



Cas clinique 10

Le dernier cas évaluait l'interne sur la prise en charge d'une pathologie avec localisation mammaire peu courante, *les kystes épidermoïdes*.

- Anamnèse

Mme V., 35 ans, n'a pas de suivi médical. Elle fume beaucoup et possède de nombreux tatouages. Elle présente depuis des années des lésions au niveau des 2 mamelons. Elle sent des petites boules qui sont parfois douloureuses et sécrètent un écoulement purulent. Elle vient vous voir pour savoir si c'est une maladie de Verneuil, comme elle a pu le lire sur DOCTISSIMO.

- A l'examen :

Vous palpez des petites masses péri-aréolaires non douloureuses des 2 seins. Elles ne semblent pas communiquer entre elle. Il n'y pas d'écoulement ce jour à la pression. Il n'y a pas d'autres localisations. Les aires ganglionnaires sont libres. Elle est apyrétique.

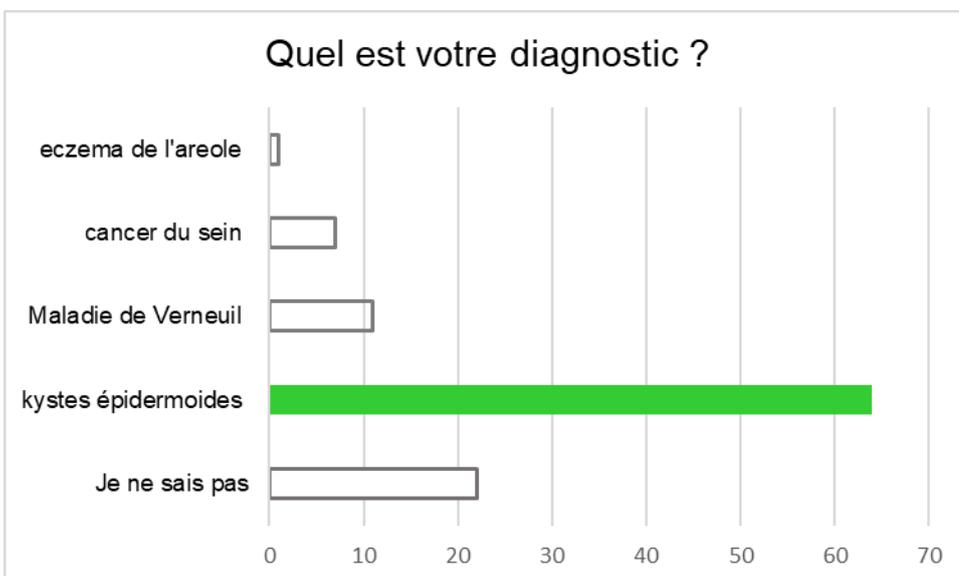


- Pour la 1^{ère} question, l'interne devait sélectionner l'ordre de probabilité du caractère nosologique de la lésion.

Seuls 4,8% des IMG ont donné le bon classement de probabilité, par ordre décroissant : atteinte tumorale > infectieuse > inflammatoire et ont obtenu 3 points.

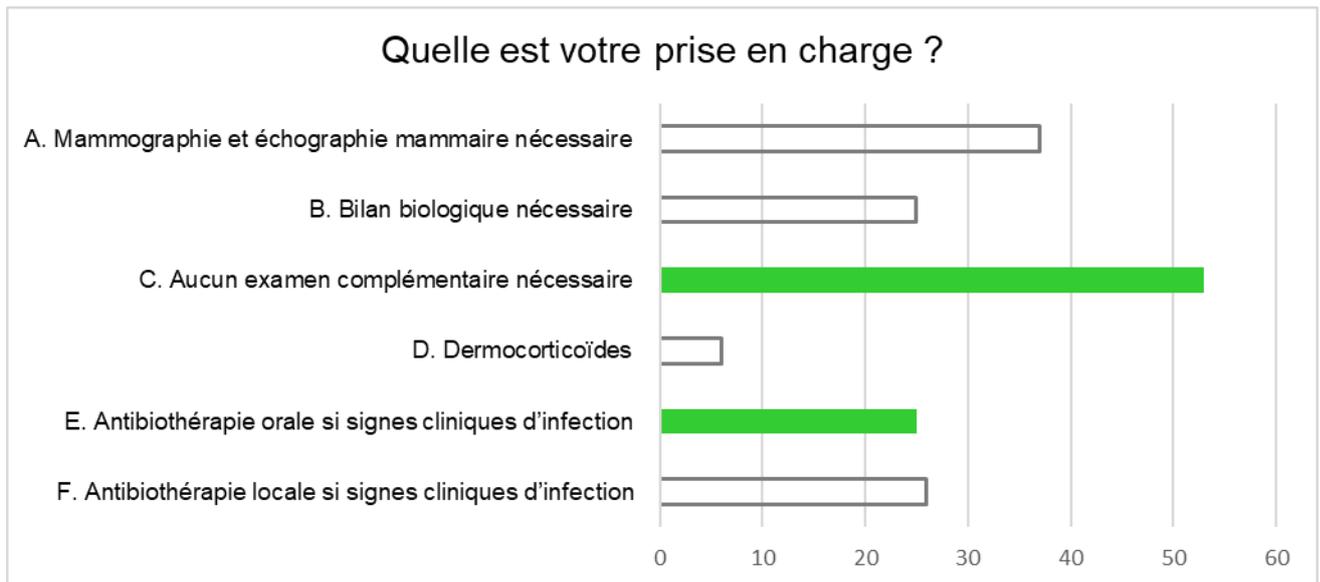
L'atteinte inflammatoire était considérée comme la plus probable pour 73,3% des IMG.

- La 2^{ème} question était le choix du diagnostic.



Le diagnostic de kystes épidermoïdes a été choisi en majorité (61% des internes). 21% ont reconnu ne pas savoir de quel type de lésion il s'agissait.

- Pour la 3^{ème} question, l'interne définissait la prise en charge.

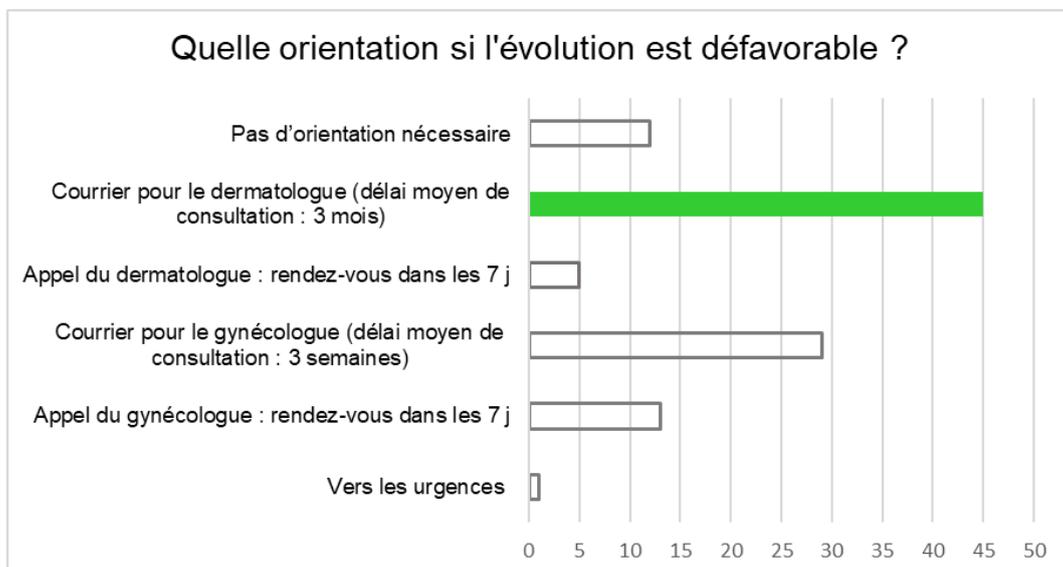


59% des internes ont choisi de réaliser des examens complémentaires dans ce contexte (bilan biologique et/ou imagerie mammaire).

9 internes (8,6%) ont obtenu la totalité des points (2 points) en choisissant de ne pas réaliser d'examen complémentaire et en traitant ponctuellement la patiente par une antibiothérapie orale devant des signes cliniques d'infection. 24 internes (22,9%) ont obtenu 1 point en ne choisissant qu'une seule bonne réponse.

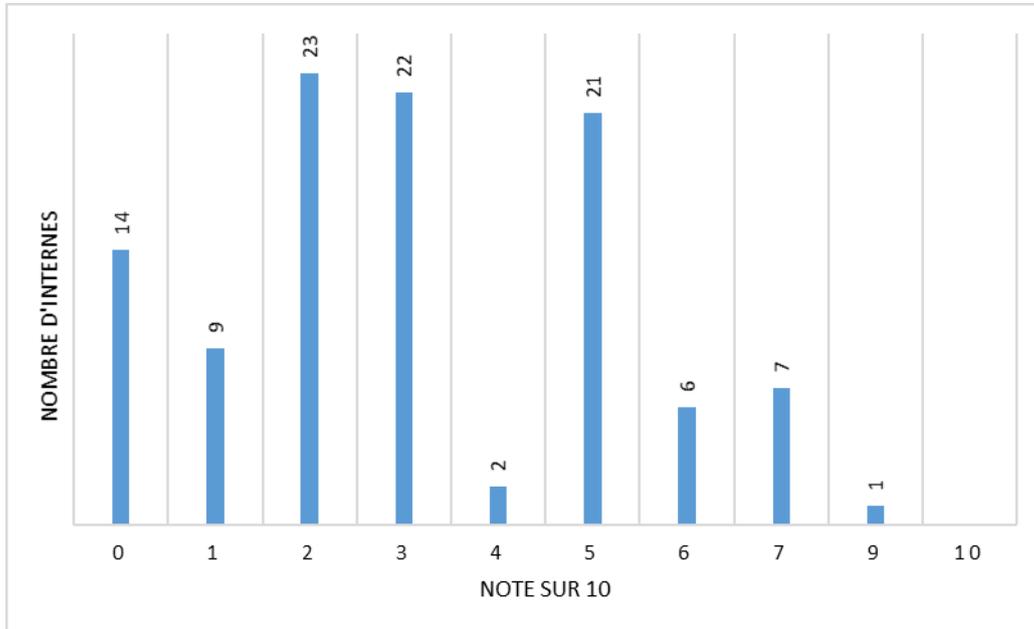
La majorité (68,6%) n'a obtenu aucun point en sélectionnant un ou plusieurs des items faux proposés.

- Pour la dernière question, l'interne devait faire le choix ou non de l'orientation vers le spécialiste si l'évolution clinique était défavorable.



42,9% des internes ont choisi l'orientation adéquate vers le dermatologue, sans urgence.

- La note moyenne obtenue au cas clinique de 3,1/10, avec un écart-type de 2,2 points.



De manière globale, les IMG ont mieux réussi les cas portant sur la mastite infectieuse (moy. : 7,6/10), le cancer du sein chez la femme (moy. : 7,4/11), l'identification des lésions cutanées suspectes (moy. : 2,6/4), l'eczéma du mamelon (moy. : 4,6/9), le zona thoracique (moy. : 5,1/10) et sur le cancer du sein chez l'homme (moy. : 6/12).

Les 4 autres cas cliniques (la miliaire sudorale, le psoriasis inversé, les kystes épidermoïdes et la mastopathie fibrokystique) ont obtenu des notes moyennes inférieures à 5/10.

Analyse des scores par étape du raisonnement clinique : cadre nosologique, diagnostic, prise en charge thérapeutique et orientation du patient

Les pourcentages de bonnes réponses par cas cliniques sont regroupés dans les figures 6.a et 6.b, ci-dessous.

Légende :

Cadre NOSOLOGIQUE

- Réponse complète
- Réponse partielle

DIAGNOSTIC

THERAPEUTIQUE

- Réponse complète
- Réponse partielle

ORIENTATION VERS LE SPECIALISTE

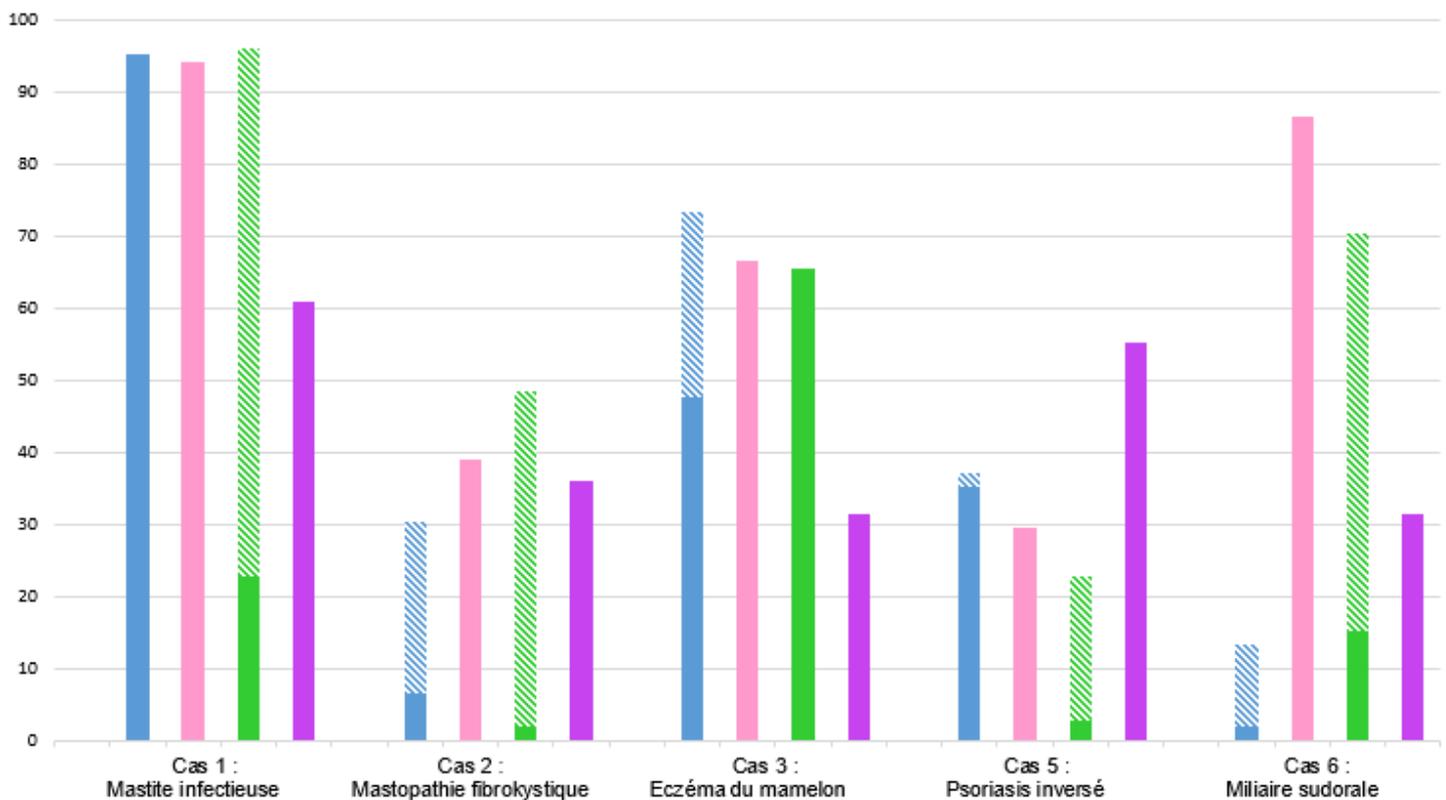


Figure 8.a. Pourcentage de bonnes réponses par étape de la prise en charge : cas 1 à 6.

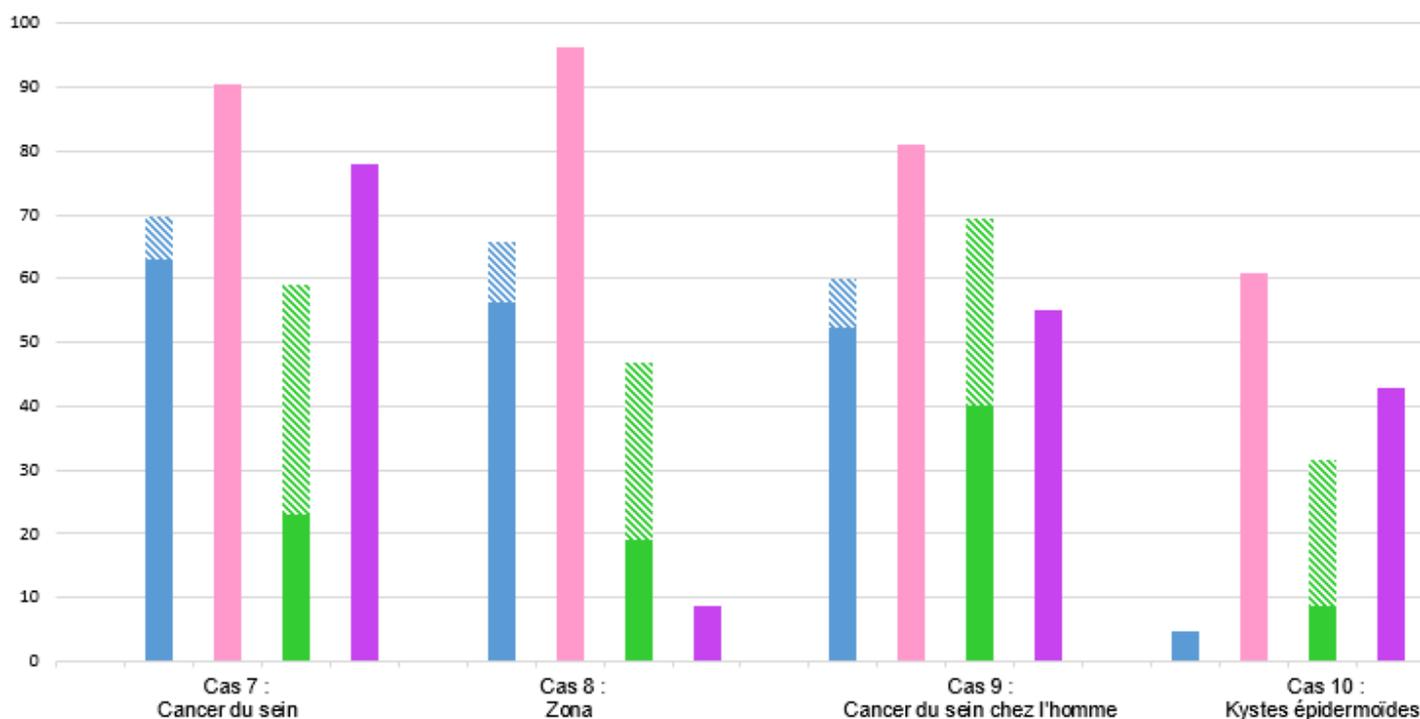


Figure 8.b. Pourcentage de bonnes réponses par étape de la prise en charge : cas 7 à 10

* Le pourcentage de réussite (complète et partielle) de déduction du *cadre nosologique*, par ordre décroissant, était de :

- 94,3% pour la mastite infectieuse
- 74,3% pour le cancer du sein chez la femme
- 73,3% pour l'eczéma du mamelon
- 62,9% pour le zona thoracique
- 61,9% pour le cancer du sein chez l'homme

Les cas cliniques concernant le psoriasis inversé, la mastopathie fibrokystique, les kystes épidermoïdes et la miliaire sudorale ont obtenu les taux de réussite les plus bas, avec respectivement 37,1%, 30,5%, 12,4% et 1,9% de bonnes réponses.

* Les taux de réussite du *choix diagnostique*, par ordre décroissant, étaient de :

- 96,2% pour le zona thoracique
- 94,3 pour la mastite infectieuse
- 90,5% pour le cancer du sein chez la femme
- 86,7% pour la miliaire sudorale
- 81% pour le cancer du sein chez l'homme
- 66,7% pour l'eczéma du mamelon
- 61% pour les kystes épidermoïdes

Les erreurs diagnostiques étaient plus marquées pour la mastopathie fibrokystique (avec 60,9% de mauvaises réponses) et le psoriasis inversé (avec 70,5% de mauvaises réponses).

* Le taux de réussite (réponse complète ou partielle) sur *la prise en charge thérapeutique*, par ordre décroissant, était de :

- 96,2% pour la mastite infectieuse
- 70,5% pour la miliaire sudorale
- 69,5% pour le cancer du sein chez l'homme
- 65,7% pour l'eczéma du mamelon
- 59% pour le cancer du sein chez la femme

Les 4 autres cas cliniques ont obtenu un pourcentage de bonnes réponses plus faibles :

- la mastopathie fibrokystique : 48,6%
- le zona thoracique : 46,7%
- les kystes épidermoïdes 31,4%
- le psoriasis inversé : 22,9%

* *L'orientation vers le spécialiste et le délai de recours adapté* ont été réussis, par ordre croissant, à :

- 78,1% pour le cancer du sein chez la femme
- 61% pour la mastite infectieuse
- 55,2% pour le cancer du sein chez l'homme et le psoriasis inversé

Le taux de réussite était inférieur à la moyenne pour 5 des cas cliniques, avec :

- 42,9% pour les kystes épidermoïdes
- 36,2% pour la mastopathie fibrokystique
- 31,4% pour l'eczéma du mamelon et la miliaire sudorale
- 8,6% pour le zona thoracique

4. Objectif secondaire : recherche d'une corrélation statistique entre les compétences et la formation des internes

Le critère secondaire a été évalué en comparant les notes moyennes obtenues par les internes en fonction de leurs caractéristiques déclarées.

Les comparaisons ont été réalisées via le test de Student ou le test de Wilcoxon, ou, pour les variables à plus de 2 classes, par analyse de variance ou le test de Kruskal Wallis.

Analyse des notes par sexe

Il n'y a pas de différence significative de note moyenne entre les femmes et les hommes dans ce test, avec respectivement des moyennes de 47,7 /100 et 47,2 /100.

Analyse des notes par semestre

La note moyenne obtenue au test augmente entre les internes de 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} semestre, allant de 46,6 /100 à 52,8 /100.

Les notes des internes de 5^{ème} et 6^{ème} semestres sont moins bonnes, avec respectivement des moyennes de 46,4 /100 et 46,7 /100, mais sans que nous ayons pu mettre en évidence des différences statistiques.

Analyse des notes en fonction des stages ambulatoires de médecine générale

* Les 74 internes ayant réalisé leur stage de *niveau 1* ont obtenu de meilleures notes au test, avec une moyenne de 48,2 /100 contre 45,2 /100 pour les 12 internes n'ayant pas encore validé le stage. Les 19 internes en cours de niveau 1 ont obtenu une moyenne de 46,2/100. Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre ces internes.

* 11 internes étaient en cours de *SASPAS* lors du test. Leurs notes étaient plus élevées (moyenne de 50,7 /100) que les 75 internes ne l'ayant pas fait (moyenne de 48,2 /100), sans que nous ayons pu le mettre en évidence statistiquement.

Analyse des notes en fonction des formations complémentaires reçues pendant l'internat

* Les 20 internes ayant complété leur formation en *gynécologie* pendant l'internat ont obtenu des notes un peu moins élevées que les autres internes (moyenne de 46,3 /100 contre 47,8 /100), sans différence statistique.

* 11 internes ont réalisé des formations complémentaires en *dermatologie* et ont obtenu des notes plus élevées, avec une moyenne de 49 /100 contre 47,3 /100 pour les autres internes. Nous n'avons pas pu mettre cette différence en évidence statistiquement.

Analyse des notes en fonction de l'expérience de remplacement

Il n'y avait pas de différence significative entre les notes obtenues par les 26 internes ayant déjà fait des remplacements et les autres internes, avec respectivement une moyenne de 47,3 /100 contre 47,6 /100.

DISCUSSION

a) Intérêt et forces de l'étude

La prise en charge d'une pathologie cutanée fait partie intégrante de notre pratique. Plusieurs études ont mis en évidence l'importance du recours au médecin généraliste pour une atteinte dermatologique, décrite comme motif principal ou secondaire (24)(25). Les dermatoses mammaires sont fréquentes et peuvent représenter un enjeu esthétique important pour le ou la patiente. Cette zone atteinte est souvent source d'anxiété par la menace de malignité des lésions. Se familiariser avec cet examen permet un diagnostic précoce des lésions suspectes (13), le dépistage des cancers du sein faisant partie des enjeux de santé publique (26). Cela ancre notre travail dans l'actualité médicale.

Les trois années d'internat du DES de médecine générale représentent une période de formation charnière pour le futur praticien. Ces dernières années sont axées sur la formation pratique de la médecine au travers 6 stages, intra hospitaliers et ambulatoires. Cette formation de « terrain » permet le développement du raisonnement clinique et la capacité d'adaptation aux différentes situations de l'exercice médical (27). Un enseignement théorique est conjointement dispensé sous forme de cours magistraux, travaux dirigés et ateliers. Il cible les situations courantes et complexes de notre pratique en soins primaires.

Plusieurs travaux ont déjà été menés auprès des internes et des médecins généralistes sur leurs difficultés dans la prise en charge des pathologies cutanées et leurs besoins de formation dans le domaine (6)(7)(28). Cependant cette étude tenait son originalité dans le fait qu'aucun travail évaluant les connaissances des internes sur la prise en charge des lésions cutanées mammaires en soins primaires n'ait été retrouvé dans la littérature.

L'intérêt de notre étude quantitative descriptive était donc d'objectiver ces connaissances, puis, dans un second temps, d'évaluer statistiquement la progression des internes au cours de leur formation. Nous avons ensuite cherché à proposer des axes d'adaptation pour les futures promotions.

b) Critique de la méthode

Elaboration du questionnaire et choix des cas cliniques

Pour faciliter la diffusion et les relances, notre choix s'est porté sur un questionnaire « en ligne » anonyme. L'auto-administration d'un questionnaire, c'est-à-dire lorsque les répondants ne sont pas interrogés physiquement par l'interrogateur, implique une possibilité de subjectivité dans les réponses. Les internes auraient pu répondre partiellement ou « au hasard ». Nous avons tenté de réduire ce biais en rendant obligatoire le choix d'une réponse à chaque question et en donnant la possibilité de sélectionner « je ne sais pas » pour le choix du diagnostic.

Mes directrices de thèses, le statisticien de l'USM du CHU Felix-Guyon, ainsi que quatre internes, hors du DMG-OI, ont été sollicités en amont pour tester la faisabilité et la compréhension du questionnaire.

L'utilisation de Google Form a été limitant pour la mise en page d'un cas clinique évolutif. Dans le cas clinique 8, l'interne pouvait choisir ses réponses à la première question en s'appuyant sur l'image fournie à la question 2 (représentant l'évolutivité des lésions 48h après la première consultation). Le logiciel ne permettait pas de faire apparaître l'image suivante après validation de la première question.

Notre choix s'est porté sur l'utilisation, en grande majorité, de questions fermées multichotomiques. Ce format a permis de faciliter l'interprétation de nos résultats.

Les items abordés ont été sélectionnés après une étude de la littérature sur les lésions cutanées mammaires courantes en soins primaires et après discussion avec mes directrices.

Nous avons évalué les connaissances sur la prise en charge de lésions bénignes courantes (cas clinique 1, 2, 3, 5, 6, 8 et 10). Les cas cliniques 5 et 6 évoquaient des dermatoses courantes dans les pays au climat tropical (mycose cutanée et miliaire sudorale) (29) (30). Certaines lésions avaient pour objectif de sensibiliser au diagnostic de cancer avec retentissement cutané (cas clinique 1, 3, 4, 7 et 9). Nous avons volontairement réalisé un cas clinique plus complexe afin d'évaluer la démarche de prise en charge (cas clinique 10). L'ensemble du questionnaire nous a permis d'aborder une dizaine de pathologies cutanées mammaires. L'étude n'est donc pas exhaustive et d'autres cas auraient pu être abordés. Cependant, augmenter le nombre

de cas clinique aurait rendu le questionnaire encore plus long et fastidieux pour l'interne.

Enfin, la dernière question de chaque cas clinique (en dehors du cas clinique 4) évaluait le référencement au spécialiste si l'évolution ambulatoire était défavorable. Cette question nous semblait intéressante pour des pathologies à la frontière de deux spécialités médicales.

En moyenne, la réponse au questionnaire prenait entre 40-50min. Chaque cas clinique comportait 4 ou 5 questions, hormis le cas n°4 qui n'avait qu'une question. Au début du questionnaire, 12 questions étaient posées à l'interne pour définir son profil et sa formation. Compte tenu du nombre important de questions, il aurait été plus judicieux de mettre le cas complexe en premier et de poser les questions sur les caractéristiques de la population à la fin. Cette répartition aurait pu éviter la lassitude et la perte de concentration des internes questionnés.

Nombre de points attribués par question

Notre interprétation se basait sur notre système de cotation. Notre questionnaire faisait donc l'objet de biais de mesure. Les réponses aux questions étaient sous forme de QCM. Les propositions pouvaient influencer l'interne dans ses choix. Les réponses et les notes obtenues auraient probablement été différentes si les réponses avaient été ouvertes.

La première question de chaque cas clinique évaluait le cadre nosologique de la lésion. Les internes obtenaient la totalité des points s'ils définissaient sa probabilité par ordre décroissant. Des points partiels étaient attribués si seul le choix de cadre nosologique le plus probable était défini. En revanche, pour les questions diagnostiques et thérapeutiques, la cotation ne tolérait pas d'erreur. L'interne n'obtenait aucun point s'il sélectionnait une réponse fautive, et cela, même si certaines réponses bonnes étaient sélectionnées.

Enfin l'orientation vers le dermatologue ou le gynécologue, et son délai (urgent ou non) donnait 3 points. Nous accordions une importance particulière à cette question. Le référencement vers un autre spécialiste, au bon moment, représente un des rôles clés du médecin généraliste dans le parcours coordonné de soins (31).

Diffusion du questionnaire et participation au tirage au sort

Le questionnaire « en ligne » a facilité sa passation via les réseaux sociaux, sur des groupes fermés regroupant les différentes promotions d'internes de MG-OI et via les adresses mails universitaires. Il existait donc un biais de diffusion et de recrutement dans notre étude, de par cette approche uniquement informatisée. Pour limiter ce biais, un rappel pendant les cours obligatoires du DES aurait pu être réalisé. Ce rappel n'a pas pu être fait, étant en métropole puis à Mayotte pendant la période de recueil. La proposition d'un format papier du questionnaire n'a pas été envisagée, par réflexion écologique, le questionnaire comprenant une dizaine de pages avec une iconographie en couleur.

Ce format impliquait aussi un biais déclaratif. Le questionnaire a pu être réalisé à domicile, sans limite de temps pour réfléchir ou consulter des sources numériques ou papiers. Les réponses données par les internes pouvaient différer de leur pratique courante en consultation.

La participation au questionnaire faisait aussi l'objet de biais de volontariat. Il est probable que les internes ayant un attrait plus prononcé pour la dermatologie et/ou la gynécologie aient plus participé. De plus, l'interne répondant pouvait, s'il le souhaitait, participer à un tirage au sort pour gagner des lots. Cette incitation pouvait entraîner une réponse expéditive dans ce seul but. Pour limiter ce biais, chaque questionnaire a été détaillé afin de vérifier la cohérence des réponses par cas clinique. Aucun résultat aberrant n'est ressorti. Aucun questionnaire n'a donc été exclu.

La question d'un internat exclusif dans la subdivision Océan Indien n'a pas été stipulée dans le questionnaire mais rappelé à plusieurs reprises lors de la diffusion. Neuf internes étaient en inter-CHU, toutes promotions confondues, au début du recueil (octobre 2019), soit 4.5% des internes sollicités. Douze autres étaient présents de novembre à mars 2020, soit 5.6% des internes sollicités. Ce biais de sélection aurait pu être évité en ajoutant une question dans la description de leur profil.

La diffusion et les relances ont été nombreuses et chronophages, avec un étalement du recueil sur plus de 5 mois. Malgré cela, notre étude a manqué de puissance, pouvant limiter notre validité externe.

c) Comparaison et critique des résultats

Taux de participation

Le taux de réponses obtenu représentait 41,7% sur les 4 promotions interrogées (ECN 2016, 2017, 2018 et 2019), soient 105 réponses sur 252 internes.

Ce taux de participation était supérieur aux travaux retrouvés jusqu'à présent dans la littérature. Dans la thèse de T. LEGENTIL sur l'évaluation des connaissances en dermatologie des IMG du Languedoc-Roussillon en 2018, la participation était de 30.5% (7). Une étude parisienne réalisée par les dermatologues L. Rousset, B. Halioua et le généraliste A. Azot en 2018 sur le niveau de connaissances en dermatologie des IMG d'île-de-France en dernière année de DES, a obtenu 31% de participation (28). Nos chiffres laissent donc à penser que les IMG-OI montrent de l'intérêt pour le sujet.

La population étudiée

▪ *Caractéristiques socio-démographiques*

Une majorité des réponses (46,6%) a été fournie par les internes de 3^{ème} année de DES, avec respectivement 21% pour le 5^{ème} semestre et 25,6% pour le 6^{ème}. Ce constat a aussi été fait dans le recueil de données de la thèse de T. Legentil. Ces chiffres pourraient être imputés à un intérêt et une considération plus grande pour les travaux de thèse en fin de cursus.

Les semestres les moins représentés étaient le second (2,9%) et le quatrième (5,7%). Le recueil de données a été réalisé entre le dernier mois du semestre de mai à octobre 2019 puis sur le semestre suivant, de novembre à fin mars 2020. Les internes en 2nd, 4^{ème} et 6^{ème} semestres n'ont eu qu'un mois pour répondre au questionnaire. Cette inégalité du temps de réponse par semestre pourrait expliquer la répartition moins homogène.

La population étudiée était composée d'une majorité de femmes, avec 66 réponses, soit 62,9%. Selon les données épidémiologiques fournies par l'université, la représentativité des femmes, au sein des 4 promotions étudiées, était de 59,5%. Cette petite différence peut témoigner de l'intérêt plus prononcé des femmes sur la prise en charge des lésions cutanées mammaires. Elle a aussi été mise en évidence dans le travail de T. Legentil.

- *Formation universitaire des internes*

Jusqu'à présent, l'UFR Santé de l'université de la Réunion assure uniquement le premier cycle des études de médecine. Les internes interrogés ont donc tous réalisé leur second cycle dans les UFR médicales métropolitaines (32).

L'enseignement théorique des pathologies cutanées mammaires est dispensé au cours de ce second cycle (DFASM 1, 2 et 3, anciennement DCEM 2, 3 et 4). Ces pathologies sont traitées dans 3 unités d'enseignement (UE) : l'UE 4 : Perception, système Nerveux, revêtement cutané, l'UE 2 : De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant et l'adolescent et l'UE 9 : Cancérologie - Onco-hématologie. Les polycopiés de référence pour les ECN sont édités par les collèges de dermatologie (CEDEF) et gynécologie-obstétrique (CNGOF). Cependant, la présence en cours n'est pas obligatoire, et l'absentéisme est fréquent chez les étudiants en médecine (33). La qualité des cours magistraux est inégale, avec, au sein des différentes facultés de médecine, une variabilité en terme de personnel hospitalo-universitaire (34).

L'ensemble de ses données confère aux internes une formation théorique de 2nd cycle avec des disparités notables, difficilement comparable.

Au cours du second cycle, 44.8% des internes déclaraient être passés en stage de dermatologie, contre seulement 1 interne pendant l'internat. Cette différence s'explique par un nombre de terrains de stage limité pendant l'internat. Trois postes dans le service de « médecine interne – dermatologie » étaient proposés par le CHU Felix Guyon de novembre 2016 à octobre 2019. Dès novembre 2019, un poste s'est ajouté dans le service de « maladies infectieuses – médecine interne – dermatologie » du CHU Sud Réunion. Le nombre d'internes déclaré être passés en dermatologie était probablement sous-estimé, compte tenu de l'absence de proposition « stage en médecine interne – dermatologie » dans les QCM.

Une majorité des internes (76.1%) était passée en gynécologie pendant l'externat. Pour 30.5% des interrogés, le semestre « santé de la femme » était validé (ou en cours de validation). Ces internes étaient, au moment de leur réponse, en 4^{ème}, 5^{ème} ou 6^{ème} semestre. Seuls certains internes de la promotion 2016, antérieur à la réforme, ont dû faire le choix entre un stage de gynécologie ou pédiatrie. La réforme du 3^{ème} cycle oblige désormais un semestre en pédiatrie et en gynécologie, ou la réalisation d'un semestre couplé.

Ces semestres en dermatologie et gynécologie ont pu permettre aux internes une familiarisation clinique et thérapeutique de certaines lésions cutanées mammaires.

Actuellement cette formation est majoritairement hospitalière. Notre pratique future, quant à elle, représente la « médecine de premier recours ». Certaines de ses spécificités ne peuvent s'apprendre qu'en milieu ambulatoire : la première rencontre avec un patient afin d'établir une relation, le suivi à long terme, le tri des patients pour une hospitalisation ou une consultation de spécialiste, le suivi d'un patient dans son contexte familial et culturel, la prévention individuelle, le dépistage... De nombreuses affections n'entraînent pas l'entrée à l'hôpital et nécessitent un apprentissage en cabinet de ville. Certaines maladies sont longtemps suivies en milieu ambulatoire, posant des problèmes d'adaptation du traitement, de compliance, etc... Elles ne justifient, parfois, aucun recours hospitalier ou bien ne sont vues qu'au moment d'une dégradation aiguë ou dans la phase terminale. Un apprentissage majoritairement hospitalier entraîne le biais de connaissance de la présentation la plus grave de la maladie (35).

La réforme du 3^{ème} cycle de 2017 a redessiné la maquette du DES de médecine générale. La première année représente la phase socle où l'ensemble des internes réalise leur stage de niveau 1. Le SASPAS devient ensuite obligatoire lors des deux années suivantes, nommées « phases d'approfondissement ». A terme, l'objectif de la réforme est, pour l'étudiant, de réaliser 50% des stages en ambulatoire (36). Le DMG-OI s'attache à offrir la possibilité d'un SASPAS à l'ensemble des internes, avec, chaque année, une augmentation progressive des MSU (143 pour l'année 2020-2021) (37).

Cette réforme concerne les internes des promotions 2017, 2018 et 2019. Sur l'ensemble des internes interrogés, 88,7% des internes avaient donc déjà réalisé (ou étaient en cours de réalisation) leur stage ambulatoire de niveau 1.

Parmi ces 93 internes, 30 avaient validé ou étaient en cours de réalisation d'un SASPAS. Tous étaient en 5^{ème} ou 6^{ème} semestre et représentaient 61.2% des internes de 3^{ème} année répondants. Ces données montraient l'attrait de ce second stage ambulatoire par les internes. Cette proportion était concordante avec celle retrouvée dans la thèse de A. Roussely, en 2018. Dans son travail, concernant les critères déterminants des IMG-OI dans leurs choix de stages ambulatoires, 65,1% des internes déclaraient vouloir réaliser un SASPAS (38).

▪ *Formation complémentaire*

21% des internes ont participé à des formations extra universitaires en dermatologie et 29.5% en gynécologie. Ces chiffres montrent la volonté des IMG-OI et leur intérêt pour l'auto-formation dans ces spécialités.

Objectif principal de l'étude : connaissances des IMG sur la prise en charge des lésions cutanées mammaires au cabinet

Les notes globales obtenues au questionnaire étaient comprises entre 28 /100 et 67/ 100, avec une moyenne, pour notre échantillon, à 47.5 /100.

Ces notes illustrent, dans son ensemble, un niveau de connaissance plutôt moyen des internes pour ce type de pathologies. Jusqu'à présent aucune étude de ce type n'a été réalisé auprès d'internes d'autres universités. Les notes globales, en tant que telles, n'étaient donc pas comparables.

Il fallait cependant pondérer ces résultats en les détaillant. Pour rappel, les thèmes abordés dans notre étude étaient :

Pathologies dermatologiques :

- l'eczéma du mamelon
- le mélanome
- le psoriasis inversé
- la miliaire sudorale
- le zona thoracique
- les kystes épidermoïdes

Pathologies gynécologiques :

- la mastite infectieuse
- la mastopathie fibrokystique
- le cancer du sein chez la femme
- le cancer du sein chez l'homme

Les notes moyennes obtenues sur 10 points par cas cliniques sont représentées dans la figure suivante :

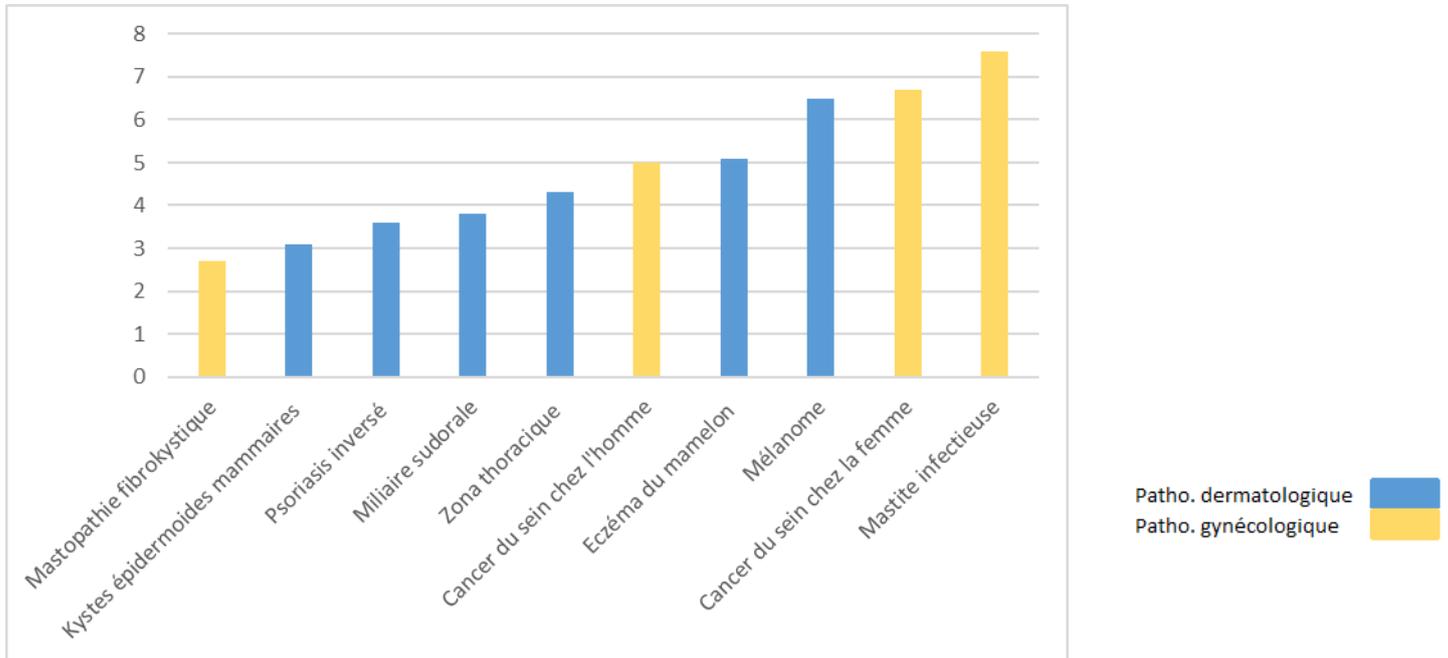


Figure 9. Note moyenne obtenue sur 10 par cas clinique et répartition par classe de pathologie

Parmi ces 10 thèmes, cinq étaient identifiés comme problématiques avec des notes très basses.

- Le cas sur la *mastopathie fibrokystique (MFK)* a obtenu une moyenne de 3.5/13. La MFK représente un ensemble de lésions bénignes (kystes, sclérose du tissu conjonctif, hyperplasie épithéliale avec ou sans atypie) associées en proportion variable en regard de l'unité terminale ductulo-lobulaire (UTDL) (39) (Fig. 10). La MFK représente la lésion mammaire la plus fréquente chez la femme, avec une prévalence entre 50 et 90%, difficilement quantifiable. Son diagnostic repose en grande partie sur l'anamnèse et la clinique. La mammographie et l'échographie mammaire permettent dans un second temps d'identifier le type de lésion présente et la nécessité, ou non, d'une cytoponction pour ne pas méconnaître un cancer associé (39).

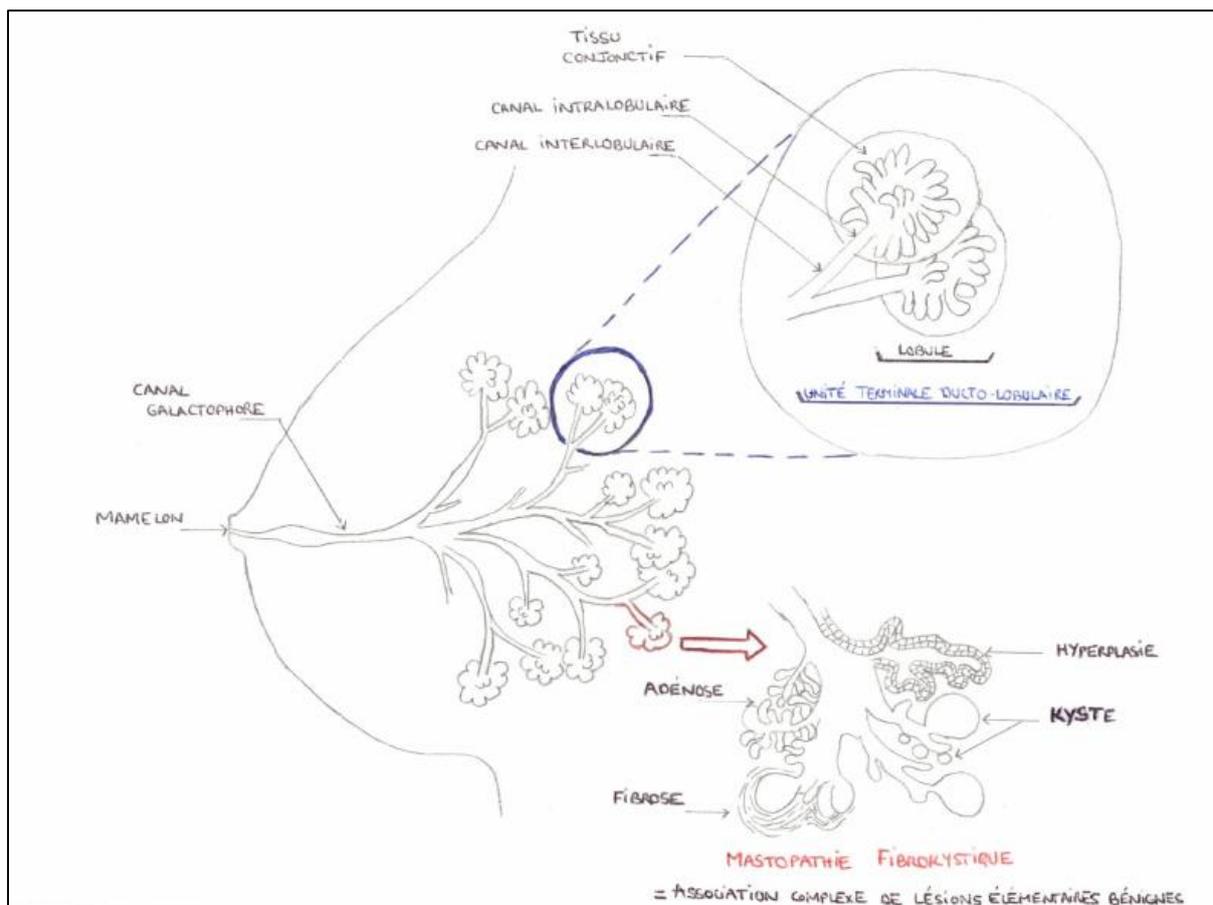


Figure 10. Anatomie du sein physiologique et lésions retrouvées dans la mastopathie fibrokystique

Les internes avaient majoritairement (69.5%) défini le tableau clinique, à tort, comme tumoral ou infectieux. Plus de 50% des IMG avaient choisi un des diagnostics différentiels proposés, et sélectionné des items de prise en charge en rapport. Malgré ces erreurs, l'imagerie par mammographie et échographie mammaire, ainsi qu'un bilan biologique a été demandé par plus de 85% des IMG. Ces données laissent à penser, qu'en situation réelle, le diagnostic et les informations erronées donnés au patient pourraient être réajustés lors de la consultation suivante. L'orientation, à tort, vers le gynécologue en urgence ou le Service d'Accueil des Urgences (SAU) par 54.3% des IMG est corrélée aux réponses précédentes. Le British Medical Journal (BMJ) a publié, en octobre 2019, une étude menée par des médecins de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Elle montrait qu'entre 13.5 à 27.4% des passages aux urgences étaient inappropriés. Cette constante augmentation entraîne un engorgement des services et un coût de santé publique majeur (40). Nos chiffres ont démontré l'enjeu majeur d'une sensibilisation des internes à cette pathologie afin de limiter ce référencement d'urgence inapproprié.

- Le 10^{ème} cas portait sur une patiente sujette aux *kystes épidermoïdes mammaires*.

La note moyenne obtenue était de 3.1/10. Les kystes cutanés sont des tumeurs bénignes fréquentes d'évolution lente. Les kystes épidermoïdes, c'est-à-dire, d'inclusion épidermique, sont les kystes cutanés les plus fréquents. Ils peuvent se développer à n'importe quel endroit du corps et donc au niveau des seins. Ils sont de consistance ferme, mobilisables au toucher et contiennent une substance caséuse malodorante. Ils provoquent rarement une gêne, à moins qu'ils ne se rompent, pouvant provoquer un abcès et une réaction douloureuse (41).

Le cadre nosologique inflammatoire a été sélectionné à tort par la majorité des internes. En revanche, 61% ont choisi le diagnostic de kystes épidermoïdes. 21% n'ont pas su donner de diagnostic. Ce pourcentage a mis en évidence une pathologie peu connue des internes comparativement aux autres cas cliniques proposés. En moyenne entre 0.1 et 10.5% des IMG déclaraient ne pas reconnaître le tableau clinique des autres cas. Les notes de prise en charge étaient basses, en concordance avec le manque de connaissance de la pathologie. 59% d'internes ont demandé des examens complémentaires (mammographie, échographie mammaire et/ou bilan biologique), inutiles pour cette atteinte. Ces internes n'ont pas obtenu de point à la question mais s'inscrivent dans une démarche diagnostique. L'incertitude de diagnostic est courante en médecine, avec environ 70% des consultations n'aboutissant pas un diagnostic de certitude face à des symptômes non caractéristiques d'une maladie (8). Les internes prescripteurs d'examen complémentaires cherchaient certainement à éliminer les étiologies graves sous-tendues à la présentation clinique. Enfin, en majorité les internes ont orienté la patiente sans urgence vers le spécialiste (70.5%), avec 27.6% pour le gynécologue. Ce choix illustre une pathologie à la frontière des deux spécialités.

- Le 5^{ème} cas clinique décrivait des lésions de *psoriasis inversé*.

Cette pathologie est caractérisée par un renouvellement épidermique accéléré avec hyperprolifération et troubles de la différenciation des kératinocytes. Son origine est inconnue. Il existe des prédispositions génétiques et des facteurs environnementaux pourvoyeurs du déclenchement de la maladie (traumatismes cutanés, stress psychologique, certains pathogènes et médicaments). Le psoriasis touche 2% de la population. Le diagnostic est avant tout clinique avec des lésions classiquement

localisées en regard des zones exposées aux frottements et traumatismes (coudes, genoux, jambes, région lombosacrée, cuir chevelu, ongles, paumes et plantes). Le psoriasis inversé fait partie des différentes présentations cliniques de la maladie, caractérisé par une atteinte des plis, en particulier interfessiers, axillaires, sous-mammaires, ombilicaux, ou inguinaux (42). Cette présentation a posé problème aux IMG répondants ; 57.1% des internes ayant défini la probabilité infectieuse comme la plus probable. La majorité (65.7%) a choisi le diagnostic différentiel d'intertrigo à dermatophytes et un traitement local par antifongique. L'intertrigo à dermatophytes est une atteinte fréquente des plis sous-mammaires, expliquant l'erreur diagnostique malgré une anamnèse orientant vers une pathologie chronique inflammatoire. 17.1% des IMG ont demandé un prélèvement local permettant d'éliminer le diagnostic infectieux. Enfin il est important de constater que 15.2% des internes ont sollicité un recours sous 7 jours au dermatologue alors qu'il n'a pas lieu d'être. Ces chiffres non négligeables montrent l'intérêt d'approfondir les connaissances des internes sur la prise en charge du psoriasis.

- Le cas clinique 6 décrivait une patiente atteinte de *miliaire sudorale*.

La note moyenne obtenue était de 4.2/11. Cette pathologie est une manifestation cutanée bénigne liée à l'obstruction sudorale déclenchée par une exposition excessive à la chaleur, à l'humidité ambiante ou une hyperthermie. Elle peut affecter jusqu'à 30% des adultes vivant dans des zones tropicales, humides et chaudes (43).

En majorité, les internes n'ont pas su donner le cadre nosologique des lésions, mais 86.7% ont donné le bon diagnostic. La prise en charge thérapeutique était en grande majorité adéquate, avec 70,5% de réponses complètes ou partielles. 49.5% des internes n'orientaient pas la patiente même devant une évolution défavorable des lésions.

Ces chiffres laissent à penser que l'identification de la pathologie est difficile mais que les IMG connaissent la prise en charge de la bourbouille et son caractère bénin.

- Le 8^{ème} cas clinique illustre la prise en charge d'un *zona thoracique*.

La moyenne obtenue était de 5.1/12. Le zona atteint 20% de la population, avec une nette prédominance après 50 ans (44).

La présentation initiale du cas était une patiente de 51 ans, consultant pour une mastodynie unilatérale sans atteinte cutanée, d'apparition récente. A ce stade clinique,

seuls 35.2% des internes ont proposé une imagerie (mammographie +/- échographie mammaire). Depuis 2004, la France organise un dépistage organisé du cancer du sein pour toutes les femmes entre 50 et 74 ans, une fois tous les 2 ans. Les données épidémiologiques montrent une diminution du taux de mortalité (-1,3 % par an en moyenne) et une amélioration du taux de survie nette à 5 ans. Ces chiffres sont liés à la précocité du diagnostic et les progrès thérapeutiques des dernières années (45). L'accès à l'évolutivité du tableau clinique par la photo de la seconde question pourrait expliquer en partie cette faible indication à l'imagerie et la fausse réassurance de la patiente face à une mastodynie unilatérale. La suite du questionnaire a été moins problématique avec un diagnostic trouvé en grande majorité et une prise en charge optimale. Ces chiffres peuvent s'expliquer car le zona est une pathologie fréquente en population générale, avec une présentation caractéristique et une prise en charge assez simple. En revanche, devant une mauvaise évolutivité des lésions à 7 jours, le référencement en urgence au dermatologue a été majoritairement choisi. Ce taux illustre un défaut de connaissance de l'évolutivité de la pathologie. L'évolution d'un zona se fait sur 2 ou 3 semaines, souvent par poussées successives de vésicules sur un métamère, avec des douleurs post-zostériennes qui peuvent parfois durer plusieurs mois ou années. Les formes compliquées sont représentées par la forme ophtalmique et son atteinte de la première branche du nerf trijumeau (V1), des douleurs post-zostériennes majeures ou la surinfection bactérienne par lésions de grattage (44). En dehors d'un zona ophtalmique qui nécessite un référencement urgent chez l'ophtalmologue, la prise en charge du zona se fait en médecine générale. L'évolution lente ou défavorable à 7 jours d'une éruption ne nécessite pas un recours urgent chez le dermatologue.

Les deux thèmes suivants ont obtenu des notes moyennes.

- Le 9^{ème} cas clinique décrivait un cancer du sein chez l'homme.

La note moyenne obtenue était de 6/12. Cette pathologie est rare, représentant moins de 1% de tous les cancers du sein. Si elle est moins connue du grand public, le corps médical doit y être sensibilisé. En effet, la découverte d'un nodule ou d'une modification cutanée sur cette zone ne suscite pas la même inquiétude chez les hommes que chez les femmes et entraînent souvent un diagnostic retardé et un pronostic plus sombre (14). Notre questionnaire a d'ailleurs montré que 26.7% des internes préconisaient une surveillance mensuelle de la lésion. Ce chiffre non

négligeable est à contrebalancer car 91.4% des IMG faisaient réaliser une imagerie mammaire à leur patient, permettant de redresser l'erreur de la simple surveillance.

- Le cas clinique 3 portait sur l'eczéma (ou dermatite) du mamelon.

La moyenne obtenue était de 4.6/9. L'eczéma est une dermatose non spécifique qui peut se localiser au niveau des mamelons. Il en existe plusieurs formes : la dermatite atopique (DA) représente sa forme constitutionnelle et l'eczéma de contact, sa forme d'origine exogène. Notre cas illustre une atteinte atopique du mamelon. Il existe une prédisposition génétique dans l'atopie, entraînant une hyperréactivité de la peau et des muqueuses vis-à-vis de facteurs environnementaux en principe tolérés. Différents organes peuvent être atteints. L'asthme et la rhinite allergique sont l'expression respiratoire de l'atopie, l'allergie alimentaire traduit une atteinte de la muqueuse digestive et la DA en représente l'expression cutanée (46).

La définition du cadre nosologique inflammatoire, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique n'ont pas posé de problème majeur pour les internes. En revanche, le référencement au dermatologue était demandé sans urgence par 45.7% des IMG. Devant toute lésion unilatérale d'apparition récente ne répondant pas au traitement topique, le diagnostic de maladie de Paget du mamelon doit être envisagé. Il est rare mais représente la majorité des tumeurs malignes dans cette localisation, et nécessite de pratiquer rapidement une biopsie (47).

Enfin, trois cas cliniques ont obtenu de bonnes notes.

- Le dépistage des lésions cutanées malignes par repérage iconographique (cas clinique 4) mettait en évidence une bonne capacité des internes à diagnostiquer une lésion cutanée suspecte, avec l'identification du mélanome par plus de 98% des répondants. En revanche, seuls 13.3% ont identifié le mélanome comme l'unique lésion suspecte parmi les 8 proposées. Les 7 autres lésions ont été sélectionnées à tort, avec des taux de réponses entre 10.5 et 42.9%. Ces chiffres sont concordants avec ceux de la thèse de L. Loubère sur « L'évaluation des compétences des étudiants de médecine générale dans le diagnostic précoce des lésions cutanées malignes ». Elle montrait que plus de 90% des lésions malignes étaient bien adressées à un dermatologue, mais aussi plus de la moitié des lésions bénignes. Ces données pourraient être expliquées par le manque de confiance des internes dans leur

diagnostic (90.8%). Par ailleurs, 97,8% ressentait un besoin de formation en oncodermatologie (48).

- Le 7^{ème} cas illustre des lésions cutanées liées au cancer du sein chez la femme. Les résultats montraient que les IMG-OI avaient les bons réflexes en cancérologie, avec un taux de réussite élevé dans l'identification nosologique, le diagnostic, la prise en charge et l'orientation rapide. Ces chiffres montrent vraisemblablement que les internes sont sensibilisés de manière efficace aux répercussions cutanées dans le cancer du sein.

- Le tableau de mastite infectieuse détaillé dans le premier cas clinique a obtenu une note moyenne de 7.6/10. Plus fréquemment rencontrée chez des femmes allaitantes, la mastite non puerpérale touche environ 10% des femmes. La très grande majorité des IMG ont su l'identifier et la prendre en charge, avec 96% de référencement urgent si la lésion évoluait défavorablement sous 7 jours. Ces résultats mettent en avant le bon niveau de connaissances des internes sur cette atteinte mammaire infectieuse et son diagnostic différentiel de cancer inflammatoire.

L'analyse de nos résultats a montré que les cas cliniques à orientation dermatologique étaient moins bien réussis que ceux de gynécologie. En effet, 4 des 5 cas cliniques les moins bien notés sont des atteintes dermatologiques (kystes épidermoïdes mammaires, psoriasis inversé, miliaire sudorale et zona thoracique). Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces notes. La formation théorique en dermatologie ainsi que l'intérêt des étudiants pour cette spécialité peuvent être insuffisants au cours du second cycle. Plusieurs études ont été menées pour essayer de définir la perception des étudiants sur la dermatologie en fin de second cycle. A ce stade des études médicales, en moyenne, moins de 40% sont intéressés par ce domaine (49)(50). Dans l'étude menée auprès des externes du CHU de Rabat, au Maroc en 2017, sur l'ensemble des spécialités étudiées, la dermatologie était celle suscitant le moins d'intérêt (50). Pour autant, presque 90% reconnaissent l'intérêt de la spécialité en médecine générale (51). Entre 45 et 65% des étudiants considéraient avoir un niveau de connaissances faibles (49)(50)(51). Les facteurs influençant leur opinion étaient : la durée insuffisante des stages, la difficulté des diagnostics et l'identification des lésions élémentaires, la qualité des cours et la difficulté de l'enseignant à transmettre

le message pendant un cours magistral (50). Une étude similaire en France pourrait être réalisée pour définir les axes d'amélioration de formation au cours du second cycle.

Ce manque de connaissances pourrait être corrélé à un accès limité en stage de dermatologie. Notre étude a montré que moins de 45% des IMG interrogés ont réalisé un stage pendant l'externat et 1 seul étudiant pendant l'internat. En comparaison, 76.1% des IMG étaient passés en gynécologie pendant l'externat et 30.5% étaient en cours ou avaient validé un semestre ou demi semestre pendant l'internat. A travers la nouvelle réforme de 2017, le stage de gynécologie devient accessible à l'ensemble des internes, en revanche les places en dermatologie restent très limitées.

Enfin, comme détaillé en page 14 de ce travail, la démographie médicale actuelle, intra-hospitalière ou libérale, rend le référencement au dermatologue plus long et difficile. Ce déficit est moindre en gynécologie à la Réunion. Ce constat entraîne une limitation de l'apprentissage par compagnonnage et pourrait impacter la capacité des internes dans la prise en charge des pathologies dermatologiques.

Les cas cliniques évoquant la mastopathie fibrokystique, les kystes épidermoïdes, le psoriasis inversé, la miliaire sudorale, le zona thoracique et l'eczéma du mamelon ont obtenu des notes inférieures ou tout juste égales à la moyenne. Ces pathologies sont bénignes et courantes en médecine générale. Leurs prises en charge relèvent quasiment exclusivement de la médecine de premier recours. De plus, le défaut de connaissances entraînait, dans la mastopathie fibrokystique, le psoriasis inversé et le zona thoracique, un référencement par excès en urgence chez le spécialiste ou le SAU. La formation de l'IMG est aujourd'hui encore majoritairement hospitalière. Notre étude pourrait être réalisée auprès de généralistes installés. Elle permettrait la comparaison des connaissances sur la prise en charge de ces lésions bénignes et l'impact de l'expérience ambulatoire.

Enfin, malgré les erreurs de diagnostics pour la mastopathie fibrokystique, les kystes épidermoïdes, le psoriasis inversé et le cancer du sein chez l'homme, les internes avaient souvent recours aux examens complémentaires. Le travail de thèse de R. Krider en 2018 recherchait un lien entre l'expérience professionnelle des MG et la prescription complémentaire en situation d'incertitude. Il a mis en évidence une diminution significative du nombre d'examens prescrits par les médecins ayant plus

de 10 années d'expérience professionnelle. Une meilleure tolérance du contexte d'incertitude diagnostique par accumulation au cours de la carrière et la mise en parallèle de situations cliniques antérieures représentaient les explications les plus probables à ce lien, selon la revue de littérature (52). Réaliser notre étude auprès de généralistes installés depuis longtemps pourrait identifier l'évolution du recours aux examens complémentaires au fil des années d'expérience. Dans les cas précédemment cités, les examens choisis par les IMG permettaient d'orienter le diagnostic, d'étayer les arguments pour différencier les atteintes malignes des atteintes bénignes et d'ajuster ainsi la suite de la prise en charge. Ces résultats montrent que les IMG-OI interrogés acquièrent les compétences spécifiques et transversales propres à la médecine générale.

Objectif secondaire de l'étude : analyse croisée avec les formations

Dans ce second temps de notre étude, nous avons comparé les notes obtenues en fonction des différents parcours étudiants. Cette analyse n'a pas permis de mettre en évidence de différence statistiquement significative. Cette absence tient probablement au manque de puissance de notre étude.

Les notes obtenues par les internes du 1^{er} au 4^{ème} semestre augmentent progressivement, avec 46.6/100 en moyenne pour les premiers semestres, et 52.8/100 pour les quatrièmes. Même si la différence n'est pas significative, elle va dans le sens d'une augmentation des connaissances par l'expérience. Paradoxalement, les moyennes des 5^{ème} et 6^{ème} semestres sont un peu moins bonnes (46.4/100 et 46.7/100). Ce constat pourrait, dans les limites du manque de puissance, mettre en avant une amélioration de la formation au fil des promotions.

L'expérience du libéral se traduit par les stages de niveau 1 et SASPAS. Nous remarquons des moyennes croissantes entre les internes n'ayant pas encore réalisé leur niveau 1, ceux en cours et ceux l'ayant validé (respectivement : 45.2/100, 46.2/100, et 48.2/100). A l'opposé, les internes étant en cours de SASPAS ont obtenu des notes légèrement supérieures (50,7/100) à celles des internes ne l'ayant pas fait (48.2/100). Ces différences minimales vont dans le sens d'une amélioration des pratiques sur le terrain de leur activité future. Les 26 internes ayant une expérience du remplacement ont obtenu des notes similaires aux autres internes. Ce paradoxe aurait pu bénéficier d'un approfondissement des données sur le temps de remplacement

réalisé. Une évaluation de ces mêmes items auprès de médecins généralistes installés en libéral pourrait être envisagée afin d'étayer notre hypothèse d'une augmentation des connaissances par la pratique courante.

Les formations supplémentaires en dermatologie sur la base du volontariat réalisées par 11 internes sont associées à des notes plus hautes (49/100 en moyenne contre 47.3/100 pour le reste des internes). Ce constat n'a pas été fait avec les internes ayant réalisé des formations supplémentaires en gynécologie, probablement moins axées sur les pathologies dermatologiques.

d) Perspectives envisageables

Les lésions cutanées mammaires, évoquées dans ce travail et de manière globale sont une entité à la croisée des deux spécialités, la dermatologie et la gynécologie. A l'issue de notre analyse de données, nous avons constaté certaines connaissances non acquises par les étudiants. Je me suis donc intéressée à l'acquisition de connaissances en tant que telle. L'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) définit l'acquisition du savoir selon 3 types d'apprentissage : formel, informel et non formel (53). L'apprentissage *formel* est celui dispensé dans un contexte organisé et structuré, comme l'école, l'université, etc... et qui est explicitement désigné comme apprentissage. Il débouche généralement sur la validation et la certification. L'apprentissage *informel* représente la majeure partie de nos acquisitions. Il se développe par les activités de la vie quotidienne liées au travail ou aux loisirs, à travers des interactions sociales (groupe de pairs, lecture de journaux, recherches internet, via la télévision...). Il n'a pas vocation d'être organisé ou structuré. Enfin, l'apprentissage *non-formel* est intégré dans des activités planifiées qui ne sont pas explicitement désignées comme activités d'apprentissage mais qui comportent un important élément d'apprentissage, comme par exemple lors d'échanges au sein d'une activité associative (54).

C'est au travers de cette définition que j'ai cherché à développer des axes de réflexion pour améliorer nos compétences dans la prise en charge des lésions cutanées mammaires.

Renforcer nos connaissances par l'apprentissage formel : sous quelle forme ?

Il aurait été intéressant de demander aux internes répondants leur intérêt à compléter leur formation dans ce domaine et sous quelle forme, afin de proposer des axes de travail aux plus proches de leurs attentes.

Cette demande a été réalisée dans le travail de T. Legentil. La quasi-totalité des internes (96.6%) déclare avoir besoin d'une formation complémentaire en dermatologie au cours du DES (7). Dans l'étude de L. Rousset, 92% des IMG pensaient que les connaissances en dermatologie étaient insuffisantes pour leur pratique future et 84% étaient prêt à sacrifier une journée de travail pour suivre une formation en dermatologie (28).

Un cours axé sur les dermatoses est déjà dispensé au cours du DES de médecine générale des IMG-OI. Il pourrait être complété par un second pour permettre d'y aborder d'autres items. Le caractère organisationnel de ce type de support d'apprentissage est parfois lourd, avec des contraintes de temps de présence, de trajet et d'infrastructures. En parallèle, la pédagogie évolue au même titre que les innovations sociétales. De plus en plus, l'ère du numérique et de la dématérialisation intègre notre pratique courante. La crise sanitaire actuelle a fait connaître aux téléconsultations un essor conséquent (55). De ce fait, l'apprentissage par imprégnation iconographique des pathologies cutanées pourrait être envisagé dès l'internat. Cette technique a déjà été mise en avant auprès de médecins généralistes dans la thèse de C. GHELLI. A travers une formation en e-learning, elle a démontré une meilleure reconnaissance des pathologies dermatologiques chez les médecins formés (56).

Un travail conjoint entre généralistes, dermatologues, et gynécologues dans le but de créer un outil en ligne de formation pour les internes serait innovant et adapté aux besoins actuels. Une étude prospective sur l'intérêt de cet outil pourrait aussi être envisagée.

Des sites internet ont déjà pour but d'apporter une aide thérapeutique en dermatologie en accompagnant la prise de décision des médecins généralistes ou internes pendant la consultation (Dermatoclic.com (57), sfdermato.org (58)). Leur rappel auprès des étudiants pourrait être bénéfique. Certains ont, en revanche, un accès réservé aux professionnels de santé avec demande de présentation d'une carte professionnelle, un numéro ADELI ou RPPS, pouvant être un frein pour les étudiants (e-dermato.fr (59)).

Par ailleurs il n'existe pas aujourd'hui de diplôme universitaire ou interuniversitaire abordant exclusivement les lésions cutanées mammaires. L'université de La Réunion ne propose pas cette année de DU ou DIU en dermatologie, en dehors d'un DU plaie et cicatrisation. En revanche, un DU de gynécologie médicale est accessible aux internes avec un cours sur les lésions mammaires.

Apprentissage informel : Vers une formation plus « ambulatoire » ?

Notre travail a mis en avant l'intérêt d'un enseignement au plus près de notre pratique future.

Le cursus en médecine générale a fait l'objet, au fil des années, de différentes réformes. Elles réinventent le parcours de formation pour le faire coïncider au projet professionnel de chaque étudiant et répondre au mieux aux besoins en santé de la population et son territoire. En effet, les politiques de santé actuelles s'inscrivent dans un projet de « virage ambulatoire ». Ce concept découle de l'évolution de la population française. Elle est sujette à un allongement de l'espérance de vie, un vieillissement global et une augmentation de la dépendance, avec le souhait grandissant d'une médecine préventive et éducative en dehors de l'hôpital. Cet objectif suppose l'intervention coordonnée des acteurs de la santé, en ville comme en hospitalier, et place le médecin généraliste en son cœur (60).

La réforme du 3eme cycle des études médicales prend en compte cette évolution en majorant notre formation ambulatoire. Le SASPAS, optionnel depuis 2003, devient obligatoire. De nombreuses études ont démontré l'influence positive sur la formation et les compétences des jeunes généralistes au travers ce stage en autonomie supervisée (61)(62)(63). Le stage « santé de la femme » doit désormais se faire aussi, de préférence en ambulatoire. La mise en place d'une quatrième année de DES pourrait représenter une option intéressante pour majorer ce temps de formation. Mais ces changements sont encore tributaires d'un nombre limité de terrains de stage ambulatoires et des progrès restent à réaliser pour faire de cette quatrième année une réelle plus-value pédagogique pour l'interne en médecine générale.

La formation in situ, entre pairs, est, depuis le début de la médecine, une des principales sources d'acquisitions de compétences et techniques essentielles.

Dans les travaux précédemment réalisés, les internes semblaient intéressés par un complément de formation pratique auprès de dermatologues de ville. La forme la plus plébiscitée étant celle d'un suivi de consultations sur quelques jours seulement (7).

Ce type de stage, en compagnonnage d'un dermatologue ou gynécologue de ville, pourrait répondre aux besoins des futurs médecins de premier recours, de par l'abord de pathologies de gestion « ambulatoire » et le regard du spécialiste sur son référencement. Cependant, les difficultés rencontrées quant au recrutement des MSU semblent être le frein majeur de cet axe de réflexion.

CONCLUSION

La médecine générale a tardivement été reconnue comme une spécialité à part entière. Elle représente pourtant une discipline complexe, qui requiert des connaissances globales de l'ensemble des problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales et culturelles. La formation professionnelle est répartie sur 9 années. Elle prépare les futurs médecins en soins primaires à leur rôle de soigneur d'une part, mais aussi de coordinateur en santé. Ce rôle est d'autant plus important devant des politiques de santé actuelles tournées franchement vers l'ambulatoire.

Un patient consultant pour une dermatose fait mobiliser, à l'interne qui le reçoit, l'ensemble de ces compétences. Notre travail ciblait les lésions cutanées mammaires. Fréquentes, et à la frontière de 2 spécialités d'organes, elles nous ont permis d'obtenir des données sur les aptitudes des IMG de l'Océan Indien.

Notre étude, à travers 10 cas cliniques, a souhaité mettre en avant les connaissances des IMG sur la définition du cadre nosologique de la lésion, son diagnostic, sa prise en charge thérapeutique, et leurs capacités d'orientation vers un autre spécialiste en temps voulu.

Les résultats, pris dans leur globalité, montrent un niveau plutôt moyen des 105 IMG interrogés. Au cas par cas, nous avons observé des connaissances hétérogènes par lésions. Les notes les plus basses concernaient des lésions dermatologiques bénignes traitées quasiment exclusivement en soins primaires (kystes épidermoïdes, psoriasis, miliaire sudorale, zona thoracique et eczéma). Sur les 4 atteintes gynécologiques présentées, seule la mastopathie fibrokystique, une atteinte mammaire bénigne, a obtenu une moyenne très basse. Le référencement urgent était fréquemment demandé par excès. En revanche, les IMG avaient de bons réflexes dans la détection des lésions suspectes de malignité. La prescription d'examen complémentaires dans le contexte d'incertitude diagnostique était importante. Cela laisse à penser, qu'a posteriori, elle permettait un ajustement de prise en charge. Le manque de puissance de notre étude n'a pas permis de ressortir de différence significative quant à l'augmentation des connaissances par l'avancement de l'interne dans son DES ou ses formations complémentaires annexes.

Notre travail nous permet de mettre en avant les points forts de notre formation et de discuter de possibles ajustements. D'une part, il serait envisageable de compléter notre apprentissage formel, notamment en dermatologie, par des cours magistraux sur ce type de lésions. Développer une banque de données iconographiques en ligne par un travail commun entre généraliste, dermatologue et gynécologue et inciter l'usage de site internet d'aide à la décision, déjà existants, s'ancreraient dans la dynamique actuelle de la télémédecine. D'autre part, et en corrélation avec l'ensemble des études de ce type réalisées précédemment, ce travail démontre l'intérêt d'une formation au plus près de notre exercice futur. La réforme du 3ème cycle et le département de médecine générale de l'Océan Indien s'inscrivent depuis plusieurs années dans cette dynamique et travaillent à offrir la possibilité aux internes d'apprivoiser au mieux ce monde de l'ambulatoire.

« Cela semble toujours impossible, jusqu'à ce qu'on le fasse »

- Nelson Mandela -

Bibliographie

1. Waldman RA, Finch J, Grant-Kels JM, Whitaker-Worth D. Skin diseases of the breast and nipple. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(6):1483-94. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.08.066
2. Société Française de Médecine Générale [En ligne]. Les soins primaires [cité le 12 fév 2020]. Disponible: http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf
3. Société Française de Médecine Générale [En ligne]. Observatoire de la Médecine Générale - Top 25, les diagnostics les plus fréquents [cité le 31 jan 2020]. Disponible : <http://omg.sfmfg.org/content/donnees/top25.php?sid=2b98793176e692679a86bd4e2e>
4. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer, la revue Française de médecine générale* [En ligne]. 2014 [cité le 3 fév 2020];25(114):148-57. Disponible: <https://www.exercer.fr/sommaire/36>
5. Collège des Enseignants de Dermatologie de France [En ligne]. Principe de l'examen dermatologique et les lésions élémentaires dermatologiques [cité le 14 fév 2020]. Disponible: https://document.cedef.org/enseignement/cours_semiologie/CEDEF_semiologie_L2-L3.pdf
6. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes [Thèse en ligne]. Rouen: Université de Rouen - Faculté de médecine; 2012 [cité le 14 fév 2020]. Disponible: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=1/TTL=1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=R LV&TRM=+Les+pathologies+dermatologiques+en+m%C3%A9decine+g%C3%A9n%C3%A9rale+%3A+difficult%C3%A9s+et+propositions+des+g%C3%A9n%C3%A9ralistes>
7. Legentil T. Evaluation des connaissances en dermatologie des internes en médecine générale du Languedoc-Roussillon et évaluation de leurs besoins en formation [Thèse en ligne]. Montpellier: Université de Montpellier - Faculté de médecine; 2018 [cité le 14 fév 2020]. Disponible: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=1/TTL=1/SHW?FRST=1>
8. Société Française de Médecine Générale [En ligne]. Abrégé de gestion de l'incertitude diagnostique [cité le 14 fév 2020]. Disponible: http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_categorie/237/fichier_abrege-incertitude-diagnostique-vf55103.pdf
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques [En ligne]. La démographie des professionnels de santé [cité le 22 fév 2020]. Disponible: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
10. 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. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France [En ligne]. 2019 [cité le 22 fév 2020]; 20 p. Disponible: <http://www.santepubliquefrance.fr/>
11. Institut national du cancer [En ligne]. Taux brut de participation départemental au dépistage du cancer du sein en 2017 [cité le 12 avril 2019]. Disponible: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Fiches->

Indicateurs/Taux-brut-de-participation-departemental-au-depistage-du-cancer-du-sein-en-2017#donnees

12. Boisserie-Lacroix M, Debled M, Lara CT de, Hurtevent G, Asad-Syed M, Ferron S. Le sein inflammatoire : conduite à tenir, algorithmes décisionnels, principes thérapeutiques. *Journal de radiologie diagnostique et interventionnelle*. 2012; 93(2):136-46. DOI: 10.1016/j.jradio.2011.12.001
13. Whitaker-Worth DL, Carlone V, Susser WS, Phelan N, Grant-Kels JM. Dermatologic diseases of the breast and nipple. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43(5):733-54. DOI: 10.1067/mjd.2000.109303
14. Institut national du cancer [En ligne]. Cancer du sein chez l'homme [cité le 4 fév 2020]. Disponible: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Cancer-du-sein-chez-l-homme>
15. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature [Thèse en ligne]. Angers: Université d'Angers - Faculté de médecine; 2018 [cité le 4 fév 2020]. Disponible: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127032/2018MCEM9882/fichier/9882F.pdf>
16. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Gynécologie et santé des femmes : L'offre de soins [En ligne]. [cité le 4 fév 2020]. Disponible: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#haut
17. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse en ligne]. Paris: Université de Paris-Diderot - Faculté de médecine; 2010 [cité le 4 fév 2020]. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf
18. Millien C, Chaput H, Cavillon M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. *Etudes & Résultats, DREES* [En ligne]. 2018 [cité le 10 fév 2020]; (1085): 4p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>
19. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France [En ligne]. Paris: Conseil national de l'ordre des médecins; 2018 [cité le 10 fév 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
20. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. Ma santé 2022 : mise en œuvre [cité le 10 fév 2020]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/ma-sante-2022-mise-en-oeuvre>
21. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Etudes & Résultats* [En ligne]. 2019 [cité le 10 fév 2020]; (1113): 2p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler-au-moins-50>
22. Centre national de gestion [En ligne]. Épreuves Classantes Nationales [cité le 14 avril 2019]. Disponible: <https://www.cng.sante.fr/concours-examens/epreuves-classantes-nationales-ecn>

23. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Légifrance [En ligne]. [cité le 14 avril 2020]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=T6XrBK2fn0xPxaIPx4AkZLLD-aNk6l8eZssqmnB-75o=>
24. Layan A. Enquête sur l'activité dermatologique du médecin généraliste en Aquitaine et la nécessité d'un avis dermatologique ou télédermatologique [Thèse en ligne]. Bordeaux: Université de Bordeaux - Faculté de médecine; 2019 [cité le 15 avril 2020]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02494532/document>
25. Avogadro-Leroy S. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie [Thèse en ligne]. Rouen: Université de Rouen - Faculté de médecine; 2012 [cité le 15 avril 2020]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768337/document>
26. Santé publique France [En ligne]. Cancer du sein [cité le 15 oct 2020]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>
27. Collège national des généralistes enseignants [En ligne]. Présentation du D.E.S [cité le 15 oct 2020]. Disponible: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
28. Rousset L, Azot A, Halioua B. Évaluation du niveau de connaissance et des demandes de formation en dermatologie des internes en médecine générale. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. 2018;145(12):252-3. DOI: 10.1016/j.annder.2018.09.391
29. Aubry P, Gaüzère B. Médecine tropicale, Diplôme de médecine tropicale des pays de l'Océan Indien [En ligne]. Panorama des principales affections dermatologiques en milieu tropical [cité le 15 oct 2020]. Disponible: <http://medecinotropicale.free.fr/cours/dermatose.pdf>
30. Édition professionnelle du manuel MSD [En ligne]. Milière [cité le 4 nov 2020]. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/troubles-sudoraux/miliere>
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Direction générale de l'offre de soins [En ligne] Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [cité le 4 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf
32. Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion [En ligne]. L'enseignement médical au CHU de La Réunion [cité le 12 oct 2020]. Disponible: <https://www.chu-reunion.fr/je-suis-etudiant-stagiaire/lenseignement-medical-au-chu-de-la-reunion-etudiant/>
33. Le Bras M, Lehmann-Che J. L'absentéisme : quelles causes, quelles attentes des étudiants en médecine d'aujourd'hui [Mémoire en ligne]. Paris: Université de Paris Diderot - Faculté de médecine; 2016 [cité le 12 oct 2020]. Disponible: http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/memoire/Memoires_16/Memoire_Le-Bras_Lehmann-Che.pdf
34. Rabineau D, Dhainaut JF. Étude comparative des facultés de médecine en France : premiers résultats. La presse médicale. 2010; 39(1): e1-10. DOI: 10.1016/j.lpm.2009.11.002

35. Stalder H. Le défi de l'enseignement en médecine ambulatoire. *Revue Médicale Suisse*. 2001 [cité le 11 nov 2020]; 3. Disponible: <https://www.revmed.ch/RMS/2001/RMS-2361/21623>
36. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. La réforme du 3ème cycle des études de médecine [cité le 4 nov 2020]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>
37. Agence régional de santé, La Réunion [En ligne]. Agréments des terrains de stage [cité le 4 nov 2020]. Disponible: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2020-07/Liste%20des%20terrains%20de%20stages%20agr%C3%A9es%20MSU-MG-GYNECO%20MED-PEDIATRIE-%20Ancien%20R%C3%A9gime%20%26%20R3C%20-2020-2021.pdf>
38. Roussely A. Quels sont les critères déterminant le choix des internes de médecine générale en Océan Indien dans leurs stages ambulatoires de premier niveau et SASPAS? [Thèse en ligne]. Bordeaux: Université de Bordeaux - Faculté de médecine; 2018 [cité le 12 nov 2020]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755806/document>
39. Ledoux F. DU Maladies du sein. Mastopathie fibro kystique [En ligne]. 2018 [cité le 12 déc 2020]. Disponible: https://centre-maladies-sein-saint-louis.org/formations/presentations/M2_2012/18._LEDOUX%20Florence%20Mastopathie%20fibro%20kystique.pdf
40. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, Khoury CE, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(6):449-64. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009396
41. Édition professionnelle du manuel MSD [En ligne]. Kystes cutanés [cité le 14 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/tumeurs,-excroissances-et-l%C3%A9sions-vasculaires-cutan%C3%A9es,-b%C3%A9nignes/kystes-cutan%C3%A9es>
42. Collège des enseignants en dermatologie de France. Psoriasis. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2018;145(S1):S45-56. DOI: 10.1016/j.annder.2018.01.017
43. Guerra KC, Toncar A, Krishnamurthy K. Miliaria. *StatPearls* [En ligne]. 2020 [cité 14 déc 2020]. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537176/>
44. Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales. Infections à herpès virus du sujet immunocompétent. *ECN PILLY 2018*. [En ligne]. 5ème éd. Paris: Alinéa Plus; 2018 [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-164-nb.pdf>
45. Institut national du cancer [En ligne]. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [cité le 19 déc 2020]. Disponible: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise#toc-les-modalit-s-du-d-pistage>
46. Collège des Enseignants de Dermatologie de France. Item 183 — UE 7: Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. *Ann Dermatol Venereol*. 2018. DOI: 10.1016/j.annder.2018.01.023

47. Édition professionnelle du manuel MSD [En ligne]. Maladie de Paget du mamelon [cité le 20 déc 2020]. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/cancers-cutan%C3%A9s/maladie-de-paget-du-mamelon>
48. Loubere L. Evaluation des compétences des étudiants de médecine générale dans le diagnostic précoce des lésions cutanées malignes [Thèse en ligne]. Poitiers: Université de Poitiers - Faculté de médecine; 2020 [cité le 20 déc 2020]. Disponible: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2ef40650-f691-46e8-b413-84c811a18964>
49. Teclessou JN, Saka B, Akakpo SA, Mouhari-Toure A, Panawè K, Kombate K et al. Perception of Dermatology by Medical Students in the Faculty of Health Sciences, University of Lomé (Togo). *Our Dermatol Online*. 2019;10(2):138-141. DOI: 10.7241/ourd.20192.6
50. Aboutou, C. N. E., & Hassam, B. Perception de la dermatologie par les étudiants en médecine. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2017;144(12),S243. DOI:10.1016/j.annder.2017.09.394
51. Ludriksone L, Elsner P. Perception of dermatology by medical students. *JDDG*. 2018;16(8): 1039-40. DOI:10.1111/ddg.13597
52. Krider R. Expérience professionnelle des médecins généralistes et prescriptions complémentaires en situation d'incertitude [Thèse en ligne]. Strasbourg: Université Louis Pasteur - Faculté de médecine; 2018 [cité le 18 jan 2021]. Disponible: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=232715610>
53. Poulet-Coulibando P. Les notions statistiques de l'éducation, de « l'enseignement habituel » à « l'éducation formelle ». *Educations & formations* [En ligne]. 2011 [cité le 4 jan 2020];80:17-29. Disponible: <https://www.education.gouv.fr/media/21539/download>
54. Ann Hart S. Apprentissage formel, informel, non-formel, des notions difficiles à utiliser... pourquoi ?. *Observatoire compétences-emplois* [En ligne]. 2013 [cité le 4 jan 2021];4(2). Disponible: <https://oce.uqam.ca/apprentissage-formel-informel-non-formel-des-notions-difficiles-a-utiliser-pourquoi/>
55. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Site Ameli [En ligne]. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages [cité le 4 jan 2021]. Disponible : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>
56. Ghelli C. Apprentissage des maladies dermatologiques par imprégnation iconographique pour la formation du médecin généraliste [Thèse]. Paris: Université de Paris - Faculté de médecine; 2019.
57. Bernard J, Darmon D. Dermatoclic [En ligne]. [cité le 4 jan 2021]. Disponible: <https://www.dermatoclic.com>
58. Société Française de Dermatologie et de pathologie sexuellement transmissible. Pour la pratique - Recommandations [En ligne]. [cité le 4 jan 2021]. Disponible: <https://www.sfdermato.org/pour-la-pratique/recommandations.html>
59. Société Française de Dermatologie et de pathologie sexuellement transmissible. E dermato [En ligne]. [cité le 4 jan 2021]. Disponible: <https://e-dermato.fr/>

60. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. Parcours de santé, de soins et de vie [cité le 4 jan 2021]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
61. Manjarres C. Influence du Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes : étude comparative [Thèse en ligne]. Paris: Université de Paris Est Créteil - Faculté de médecine; 2012 [cité 4 jan 2021]. Disponible: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th625014.pdf>
62. Dayot J. Connaissances et attentes de formation des internes de médecine générale rouennais en 2014 concernant l'installation en libéral [Thèse en ligne]. Rouen: Université de Rouen - Faculté de médecine; 2015 [cité le 4 jan 2021]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01145564/document>
63. Bodin A. L'influence du SASPAS sur les modalités de début d'exercice des jeunes médecins généralistes des promotions 2012, 2013 et 2014 de la faculté de Médecine de Poitiers [Thèse en ligne]. Poitiers: Université de Poitiers - Faculté de médecine; 2019 [cité le 4 jan 2021]. Disponible: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/c4bcbf24-b067-4112-8bd7-1f6188e7b7bb>

Iconographie des cas cliniques

Cas clinique 1.

Boisserie-Lacroix M, Debled M, Lara CT de, Hurtevent G, Asad-Syed M, Ferron S. Le sein inflammatoire : conduite à tenir, algorithmes décisionnels, principes thérapeutiques. Journal de radiologie diagnostique et interventionnelle. 2012; 93(2):136-46. DOI: 10.1016/j.jradio.2011.12.001

Cas clinique 2.

Ledoux F. DU Maladies du sein. Mastopathie fibro kystique [En ligne]. 2018 [cité le 12 déc 2020]. Disponible: https://centre-maladies-sein-saint-louis.org/formations/presentations/M2_2012/18._LEDOUX%20Florence%20Mastopathie%20fibro%20kystique.pdf

Cas clinique 3.

Édition professionnelle du manuel MSD [En ligne]. Maladie de Paget du mamelon [cité le 20 déc 2020]. Disponible: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/cancers-cutan%C3%A9s/maladie-de-paget-du-mamelon>

Cas clinique 4.

Collège national des enseignants en dermatologie de France. [En ligne]. [cité le 4 fév. 2020]. Disponible : http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_27/site/html/iconographie.html

Cas clinique 5.

Collège national des enseignants en dermatologie de France. Psoriasis. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. 2018;145(S1):S45-56. DOI: 10.1016/j.annder.2018.01.017

Cas clinique 6.

Afrikmag. [En ligne]. Comment reconnaître et se débarrasser de la bourbouille ? [cité le 10 fév 2020]. Disponible : <https://www.afrikmag.com/comment-reconnaitre-et-se-debarrasser-de-la-bourbouille/>

Cas clinique 7.

Madi N. Journée d'enseignement de cancérologie gynécologique et mammaire [En ligne]. 2014 [cité le 10 fév. 2020]. Disponible: <https://slideplayer.fr/slide/1178435/>

Cas clinique 8.

Collège français des enseignants en rhumatologie [En ligne]. Ostéoporose [cité le 20 fév. 2020]. Disponible: <http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/rhumatologie/enseignement/rhumato4/site/html/cas4.html>

Cas clinique 9.

Institut national du cancer [En ligne]. Cancer du sein chez l'homme [cité le 4 fév 2020]. Disponible: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Cancer-du-sein-chez-l-homme>

Cas clinique 10.

Édition professionnelle du manuel MSD [En ligne]. Kystes cutanés [cité le 14 déc 2020]. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/tumeurs,-excroissances-et-l%C3%A9sions-vasculaires-cutan%C3%A9es,-b%C3%A9nignes/kystes-cutan%C3%A9s>

Annexe

Questionnaire diffusé aux internes et corrigé

De la peau, des internes et des seins

| Votre profil

Q1. Vous êtes ?

- A. Une femme
- B. Un homme

Q2. En quel semestre êtes-vous ? Si en cours de dispo, cochez le semestre précédent)

- A. Semestre 1
- B. Semestre 2
- C. Semestre 3
- D. Semestre 4
- E. Semestre 5
- F. Semestre 6

Q3. Avez-vous déjà réalisé vos stages ambulatoires ?

- A. Niveau 1 : oui / en cours / non
- B. SASPAS : oui / en cours / non

Q4. Avez-vous déjà fait des remplacements ?

- A. Oui
- B. Non

Q5. Avez-vous déjà soutenu votre thèse ?

- A. Oui
- B. Non

| Quelle est votre formation ?

Q1. Pendant votre externat, êtes-vous passé(e) en stage de :

- A. Dermatologie : stage ambulatoire / stage hospitalier / non
- B. Gynécologie : stage ambulatoire / stage hospitalier / non

Q2. Pendant votre internat, avez-vous réalisé un semestre en dermatologie :

- A. Oui / en cours / non
- B. Hospitalier / Ambulatoire

Q3. Pendant votre internat, avez-vous réalisé un semestre en gynécologie :

- A. Oui / en cours / non
- B. Hospitalier / Ambulatoire
- C. Couplé à la pédiatrie / Non couplé à la pédiatrie

Q4. En plus de votre formation théorique, avez-vous reçu une formation en dermatologie ?

- A. Pendant l'externat : oui / non
- B. Pendant l'internat : oui / non

Q5. Si oui, de quel type ?

- A. Congrès
- B. Formation médicale continue
- C. Cours en ligne
- D. DU ou DIU
- E. Autre :

Q6. En plus de votre formation théorique, avez-vous reçu une formation en gynécologie ?

- A. Pendant l'externat : oui / non
- B. Pendant l'internat : oui / non

Q7. Si oui, de quel type ?

- A. Congrès
- B. Formation médicale continue
- C. Cours en ligne avec photothèque
- D. DU ou DIU
- E. Autre :

| Cas cliniques (Total : 100 points)

- **Cas clinique 1 – 10 points**

Mme B., 48 ans, nullipare, présente une sensation de plénitude et une douleur du sein droit, évoluant depuis 2 semaines.

Dans ses antécédents, on note un cancer du sein chez son arrière-grand-mère maternelle. Elle ne prend pas de traitement. Elle a enlevé son piercing au téton depuis l'apparition des douleurs.

A l'examen :

Le sein droit est tendu et chaud. Il semble 2 fois plus gros que le sein gauche. On remarque une peau indurée, épaisse et érythémateuse. On palpe une tuméfaction molle. Le mamelon est d'aspect normal et sans écoulement. Plusieurs adénopathies mobiles sont palpées dans le creux axillaire droit.

Le sein gauche est par ailleurs normal, comme le reste de l'examen, hormis un fébricule à 38°



- Q1. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? Classement par ordre de probabilité (2 points)
- A. Atteinte infectieuse (la plus probable) / 1 point
 - B. Atteinte tumorale (probabilité intermédiaire) / 1 point
- Q2. Quel est le diagnostic le plus probable, selon vous ? (Réponse unique) (2 points)
- A. Mastite collectée / 2 points
 - B. Cancer inflammatoire du sein
 - C. Je ne sais pas
- Q3. Quelle est votre prise en charge ? (Plusieurs réponses possibles) (3 points)
- A. Mammographie et échographie mammaire nécessaire
 - B. Mammographie et échographie si absence d'amélioration clinique sous 15 jours / 1 point
 - C. Bilan biologique à la recherche d'un syndrome inflammatoire / 1 point
 - D. Antibiothérapie d'épreuve par voie orale avec consultation de contrôle dans 72h / 1 point
 - E. Antibiothérapie d'épreuve locale avec consultation de contrôle dans 72h
 - F. Anti inflammatoire non stéroïdien per os
- Q4. S'il n'y a pas d'amélioration à 7 jours du début de votre prise en charge, vers qui orientez-vous la patiente ? Réponse unique (3 points)
- A. Pas d'orientation nécessaire
 - B. Courrier pour le dermatologue (délai moyen de consultation : 3 mois)
 - C. Appel du dermatologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
 - D. Courrier pour le gynécologue (délai moyen de consultation : 3 semaines)
 - E. Appel du gynécologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours / 3 points
[Commentaire du corrigé : L'absence d'amélioration sous antibiothérapie doit faire suspecter un cancer inflammatoire du sein (CIS)]
 - F. Vers les urgences

- **Cas clinique 2 – 13 points**

Mme F., 35 ans, se présente en consultation. Elle n'a pas d'enfant et ne prend pas de contraception. Elle est accro au café et à la cigarette. Dans ses antécédents vous retrouvez un SOPK et un suivi ancien pour un syndrome anxio-dépressif.

Elle a des épisodes de douleurs aux 2 seins avec apparition et disparition rapide de placard rouge depuis 2 ans maintenant.

Elle a déjà senti une boule à gauche puis à droite et a remarqué ce mois-ci des écoulements jaunâtres au niveau de ses 2 mamelons.

A l'examen :

Elle présente une masse gauche péri aréolaire douloureuse, non inflammatoire, réalisant une voussure cutanée. Vous palpez une masse à droite de consistance molle. Il n'y a pas d'adénopathie associée, pas de fièvre. A la pression du sein vous constatez un écoulement mamelonnaire :



Q1. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? Classement par ordre de probabilité (3 points)

- A. Atteinte infectieuse (probabilité intermédiaire) / 1 point
- B. Atteinte tumorale (la moins probable) / 1 point
- C. Atteinte inflammatoire (la plus probable) / 1 point

Q2. Quel est le diagnostic le plus probable, selon vous ? Réponse unique (2 points)

- A. Mastite infectieuse compliquée d'abcès multiples
- B. Cancer du sein
- C. Mastopathie fibrokystique / 2 points
- D. Mastopathie sur adénome à prolactine
- E. Je ne sais pas

Q3. Quelle est votre prise en charge ? Une ou plusieurs réponses possibles (5 points)

- A. Mammographie et échographie mammaire / 1 point
- B. Bilan biologique / 1 point
- C. Prolactinémie +/- imagerie cérébrale
- D. Contre-indication absolue aux oestroprogestatifs

- E. Proposer progestatif au long cours après bilan / 1 point
- F. AINS per os
- G. Antibiothérapie par voie orale + consultation de contrôle dans 72h
- H. Réassurance de la patiente devant un tableau évoquant une pathologie chronique / 1 point
- I. Règles hygiéno-diététiques : éviter les excitants / 1 point

Q4. S'il n'y a pas d'amélioration à 7 jours du début de votre prise en charge, vers qui orientez-vous la patiente ? Réponse unique (3 points)

- A. Pas d'orientation nécessaire
- B. Courrier pour le dermatologue (délai moyen de consultation : 3 mois)
- C. Appel du dermatologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- D. Courrier pour le gynécologue (délai moyen de consultation : 3 semaines) / 3 points
- E. Appel du gynécologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- F. Vers les urgences

• **Cas clinique 3 – 10 points**

Mme H, 66 ans vient vous voir pour un certificat d'aptitude à la pratique sportive. Vous n'êtes pas son médecin traitant habituel. Elle est hypertendue et diabétique assez mal équilibrée selon ses dernières consultations. Dans ce contexte vous décidez de lui faire un ECG.

En le réalisant vous remarquez une lésion en regard du mamelon droit. Elle vous explique qu'elle avait une lésion similaire au sein gauche, mais qu'elle a disparu suite à l'application d'émollients et d'un dermocorticoïde il y a 4 mois. C'est prurigineux. Il n'y a pas d'autres localisations.

A l'examen le sein n'est pas douloureux, il n'y pas de masse palpée et les aires ganglionnaires sont libres.



Q1. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? Classement par ordre de probabilité (3 points)

- A. Atteinte infectieuse (la moins probable) / 1 point
- B. Atteinte tumorale (probabilité intermédiaire) / 1 point
- C. Atteinte inflammatoire (la plus probable) / 1 point

Q2. Quel est le diagnostic le plus probable, selon vous ? Réponse unique (2 points)

- A. Eczéma du mamelon récidivant / 2 points
- B. Maladie de Paget
- C. Localisation mamelonnaire d'un psoriasis
- D. Dermite irritative
- E. Je ne sais pas

Q3. Quelle est votre prise en charge ? Une seule réponse possible (2 points)

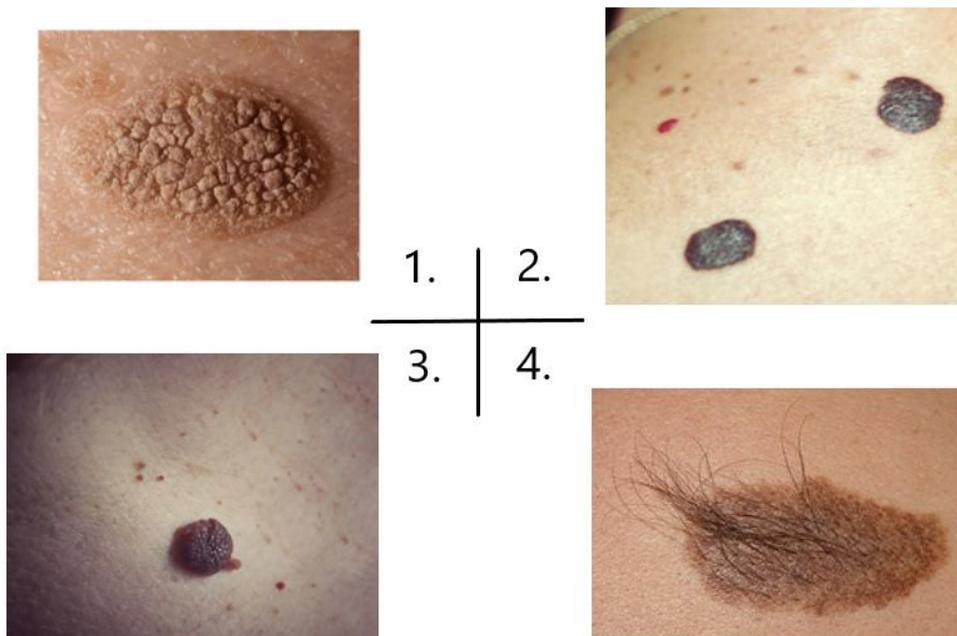
- A. Mammographie et échographie mammaire
- B. IRM mammaire si absence de lésion visible à l'échographie ou mammographie
- C. Bilan biologique nécessaire
- D. Nouvel essai par émoullients et dermocorticoïde de classe anti-inflammatoire plus puissante + réévaluation dans 7 jours / 2 points
- E. Eviction des soutien-gorge synthétiques

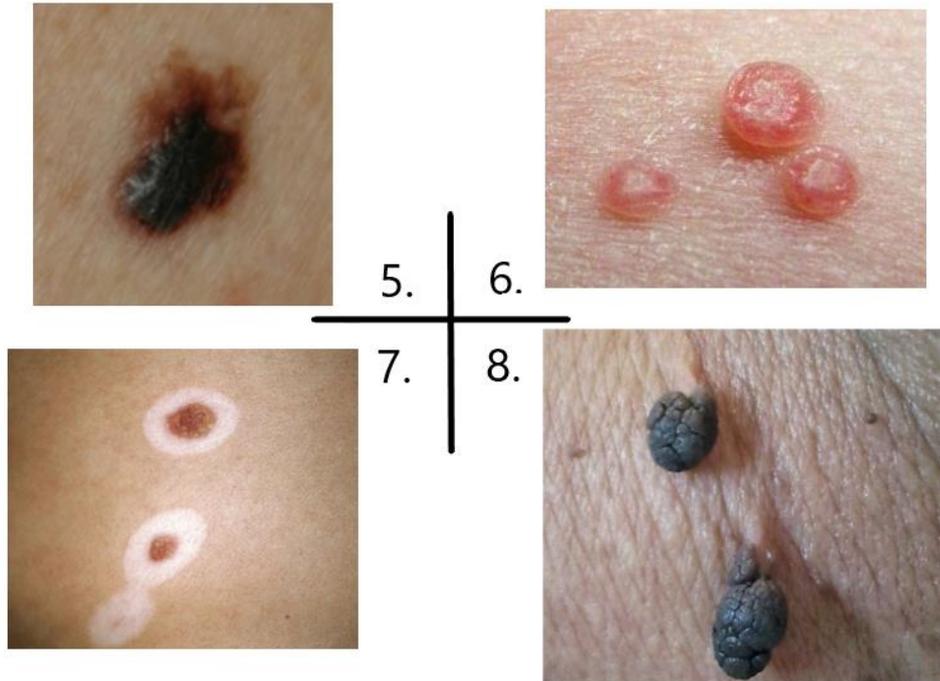
Q4. S'il n'y a pas d'amélioration à 7 jours du début de votre prise en charge, vers qui orientez-vous la patiente ? Réponse unique (3 points)

- A. Pas d'orientation nécessaire
- B. Courrier pour le dermatologue (délai moyen de consultation : 3 mois)
- C. Appel du dermatologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours / 3 points
[Commentaire du corrigé : Devant l'absence d'amélioration, un rendez-vous rapide avec un dermatologue est nécessaire pour éliminer une maladie de Paget.]
- D. Courrier pour le gynécologue (délai moyen de consultation : 3 semaines)
- E. Appel du gynécologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- A. Vers les urgences

• **Cas clinique 4 – 4 points**

Mme R., 67ans, a plusieurs lésions cutanées sur les seins :





Q1. Parmi les photos, sélectionnez celle(s) suspecte(s) de malignité : Une ou plusieurs réponses possibles (4 points)

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5 / 4 points
- F. 6
- G. 7
- H. 8

Correction:

- 1. Kératose séborrhéique
- 2. Kératose séborrhéique hyperpigmentée
- 3. Naevus tubéreux
- 4. Naevus
- 5. Mélanome
- 6. Molluscum contagiosum
- 7. Naevus de Sutton
- 8. Molluscum pendulum hyperpigmenté

• **Cas clinique 5 – 10 points**

Madame Z., âgée de 28 ans, sans antécédent médical notable, consulte pour des lésions cutanées érythémato-squameuses bien limitées touchant le pli sous mammaire bilatéral qui évoluent depuis plusieurs semaines. Ça gratte légèrement.

Elle souffre également d'une dermatose très squameuse chronique du cuir chevelu depuis son adolescence.



Q1. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? Classement par ordre de probabilité (3 points)

- A. Atteinte infectieuse (probabilité intermédiaire) / 1 point
- B. Atteinte tumorale (la moins probable) / 1 point
- C. Atteinte inflammatoire (la plus probable) / 1 point

Q2. Quel est le diagnostic le plus probable, selon vous ? Réponse unique (2 points)

- A. Intertrigo à dermatophytes
- B. Eczéma de contact
- C. Dermatite atopique
- D. Psoriasis inversé / 2 points
- E. Impétigo
- F. Je ne sais pas

Q3. Quelle est votre prise en charge ? Plusieurs réponses possibles (2points)

- A. Prélèvement mycologique local / 1 point
- B. Bilan biologique nécessaire à la recherche d'une immunodépression
- C. Traitement local par un antifongique azolé (type éconazole)
- D. Traitement local par acide fucidique
- E. Dermocorticoïdes / 1 point
- F. Recherche et éviction de l'allergène

Q4. S'il n'y a pas d'amélioration à 7 jours du début de votre prise en charge, vers qui orientez-vous la patiente ? Réponse unique (3points)

- A. Pas d'orientation nécessaire
- B. Courrier pour le dermatologue (délai moyen de consultation : 3 mois) / 3 points
- C. Appel du dermatologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- D. Courrier pour le gynécologue (délai moyen de consultation : 3 semaines)
- E. Appel du gynécologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- F. Vers les urgences

• **Cas clinique 6** – 11 points

Mme V., 56 ans, d'origine comorienne, vend des poulets sur le marché. Elle a enchaîné 6 jours non-stop à son stand pour la fête de Saint Paul, et il a fait très chaud.

Depuis 2 jours, elle a une éruption papuleuse très prurigineuse sous les seins et un peu dans le dos.

La patiente est obèse et tabagique chronique.

L'examen du pli sous-mammaire retrouve :



1. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? Classement par ordre de probabilité (3 points)

- A. Atteinte infectieuse (probabilité intermédiaire) / 1 point
- B. Atteinte tumorale (la moins probable) / 1 point
- C. Atteinte inflammatoire (la plus probable) / 1 point

Q2. Quel est le diagnostic le plus probable, selon vous ? Réponse unique (2 points)

- A. Gale disséminée
- B. Dermatophytose
- C. Bourbouille (miliaire sudorale) / 2 points
- D. Zona
- E. Eczéma de contact
- F. Je ne sais pas

Q3. Quelle est votre prise en charge ? (Plusieurs réponses possibles) (3 points)

- A. Bilan biologique nécessaire
- B. Prélèvement cutané nécessaire
- C. Dermocorticoïde
- D. Aucun traitement médicamenteux nécessaire / 1 point
- E. Application d'un antifongique azolé
- F. Traitement oral par ivermectine + local par benzoate de benzyle
- G. Traitement oral type valaciclovir
- H. Lotion asséchante / 1 point
- I. Crème émolliente
- J. Recherche et éviction de l'allergène
- K. Règles d'hygiène : éviter les conditions favorisant la sudation / 1 point

Q4. S'il n'y a pas d'amélioration à 7 jours du début de votre prise en charge, vers qui orientez-vous la patiente ? Réponse unique (3 points)

- A. Pas d'orientation nécessaire
- B. Courrier pour le dermatologue (délai moyen de consultation : 3 mois) / 3 points
- C. Appel du dermatologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- D. Courrier pour le gynécologue (délai moyen de consultation : 3 semaines)
- E. Appel du gynécologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- F. Vers les urgences

- **Cas clinique 7 – 10 points**

Mme A., 55 ans a remarqué une différence d'aspect de la peau entre ses 2 seins. Son mari lui en a aussi fait la réflexion.

Elle n'a pas d'antécédent de cancer dans sa famille. Non tabagique. Elle est sous traitement hormonal substitutif (THS) depuis 4 ans pour syndrome climatérique invalidant.

Elle s'applique régulièrement des herbages trouvés sur le marché depuis quelques mois pour des mastodynies.

Voici l'aspect de son sein droit : Vous ne palpez pas de masse, ni de ganglions au creux axillaire.



Q1. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? Classement par ordre de probabilité (3 points)

- A. Atteinte infectieuse (la moins probable) / 1 point
- B. Atteinte tumorale (la plus probable) / 1 point
- C. Atteinte inflammatoire (probabilité intermédiaire) / 1 point

Q2. Quel est votre diagnostic le plus probable, selon vous ? Réponse unique (2 points)

- A. Mastite infectieuse
- B. Cancer du sein / 2 points
- C. Allergie de contact aux herbages
- D. Pathomimie ou syndrome de Münchhausen
- E. Je ne sais pas

Q3. Quelle est votre prise en charge ? Plusieurs réponses possibles (3 points)

- A. Scanner thoraco-abdomino-pelvien nécessaire
- B. Mammographie et échographie mammaire / 1 point
- C. Ponction-biopsie en extrême urgence compte tenu de l'examen clinique suspect
- D. Bilan biologique nécessaire / 1 point

- E. Dosage sanguin du marqueur tumoral CA 15-3 nécessaire
- F. Arrêt immédiat du THS / 1 point
- G. Antibiothérapie d'épreuve + consultation de contrôle à 72h
- H. Dermocorticoïde + consultation de contrôle à 72h
- I. Eviction de l'allergène

Q4. S'il n'y a pas d'amélioration à 7 jours du début de votre prise en charge, vers qui orientez-vous la patiente ? Réponse unique (3 points)

- A. Pas d'orientation nécessaire
- B. Courrier pour le dermatologue (délai moyen de consultation : 3 mois)
- C. Appel du dermatologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- D. Courrier pour le gynécologue (délai moyen de consultation : 3 semaines)
- E. Appel du gynécologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours / 3 points
- F. Vers les urgences
- G. Courrier pour le psychiatre (délai moyen de consultation : 4 mois)

• **Cas clinique 8 – 12 points**

Mme Q, 51 ans, tabagique active et dorsalgique chronique.

Elle vient pour une douleur mammaire droite depuis 3 jours, intense, à type de brûlure. Sans traumatisme récent. Elle n'est pas ménopausée et n'a pas de suivi gynécologique depuis des années.

La douleur est majorée à la palpation du sein droit, sans masse. Il n'y a rien de visible à l'examen cutané.

Q1. Quelle est votre prise en charge ? Une ou plusieurs réponses possibles (2 points)

- A. Mammographie nécessaire et échographie mammaire nécessaire / 1 point
- B. Réassurance car mastodynie unilatérale fréquente et bénigne chez la femme
- C. Antalgiques simples + consultation de contrôle dans 7 jours / 1 point
- D. Autre :

Elle revient 2 jours plus tard pour vous montrer ceci :



Q2. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? Classement par ordre de probabilité (3 points)

- A. Atteinte infectieuse (la plus probable) / 1 point
- B. Atteinte tumorale (la moins probable) / 1 point
- C. Atteinte inflammatoire (probabilité intermédiaire) / 1 point

Q3. Quel est votre diagnostic le plus probable, selon vous ? Réponse unique (2 points)

- A. Psoriasis
- B. Eczéma
- C. Zona / 2 points
- D. Mastite infectieuse
- E. Pemphigoïde bulleuse
- F. Angiosarcome primitif du sein
- G. Je ne sais pas

Q4. Quelle est votre prise en charge ? Plusieurs réponses possibles (2 points)

- A. Examen biologique obligatoire
- B. Prélèvement cutané obligatoire
- C. Traitement général en urgence / 1 point
- D. Traitement par antibiotique local, type acide fusidique
- E. Emollients + dermocorticoïde
- F. Lavage quotidien avec une solution moussante désinfectante / 1 point

Q5. S'il n'y a pas d'amélioration à 7 jours du début de votre prise en charge, vers qui orientez-vous la patiente ? Réponse unique (3 points)

- A. Pas d'orientation nécessaire
- B. Courrier pour le dermatologue (délai moyen de consultation : 3 mois) / 3 points
- C. Appel du dermatologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- D. Courrier pour le gynécologue (délai moyen de consultation : 3 semaines)
- E. Appel du gynécologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- A. Vers les urgences

• **Cas clinique 9 – 10 points**

En auscultant Monsieur T., 70 ans, vous voyez son mamelon droit. Indolore, le reste de l'examen est normal.

On palpe une masse de 2 cm sous le mamelon. Selon lui, c'est arrivé dans les suites d'un traumatisme en jardinant



Q1. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? Classement par ordre de probabilité (3 points)

- B. Atteinte infectieuse (la moins probable) / 1 point
- C. Atteinte tumorale (la plus probable) / 1 point
- D. Atteinte inflammatoire (probabilité intermédiaire) / 1 point

Q2. Quel est votre diagnostic le plus probable, selon vous ? Réponse unique (2 points)

- A. Eczéma de l'aréole
- B. Réaction à corps étranger
- C. Cancer du sein / 2 points

[Commentaire du corrigé : Le cancer du sein chez l'homme est rare. Moins de 1% de tous les cancers du sein affectant les hommes. Il est cependant important que les hommes sachent qu'ils peuvent être concernés par ce cancer, notamment afin de ne pas négliger les symptômes.]

- D. Variations physiologiques liées à l'âge
- E. Je ne sais pas

Q3. Quelle est votre prise en charge ? Plusieurs réponses possibles (2 points)

- A. Mammographie et échographie mammaire / 1 point
- B. Bilan biologique nécessaire / 1 point
- C. Dermocorticoïde associé à un analogue de la vitamine D
- D. Application biquotidienne d'émollients
- E. Surveillance mensuelle pour évaluer l'évolutivité ou non de la lésion

Q4. S'il n'y a pas d'amélioration à 7 jours du début de votre prise en charge, vers qui orientez-vous la patiente ? Réponse unique (3 points)

- A. Pas d'orientation nécessaire
- B. Courrier pour le dermatologue (délai moyen de consultation : 3 mois)
- C. Appel du dermatologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- D. Courrier pour le gynécologue (délai moyen de consultation : 3 semaines)
- E. Appel du gynécologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours / 3 points
- F. Vers les urgences

- **Cas clinique 10 – 10 points**

Mme V., 35 ans, n'a pas de suivi médical. Elle fume beaucoup et possède de nombreux tatouages. Elle présente depuis des années des lésions au niveau des 2 mamelons. Elle sent des petites boules qui sont parfois douloureuses et sécrètent un écoulement purulent. Elle vient vous voir pour savoir si c'est une maladie de Verneuil, comme elle a pu le lire sur DOCTISSIMO.

A l'examen :

Vous palpez des petites masses péri-aréolaires non douloureuses des 2 seins. Elles ne semblent pas communiquer entre elle. Il n'y a pas d'écoulement ce jour à la pression. Il n'y a pas d'autres localisations. Les aires ganglionnaires sont libres. Elle est apyrétique.



Q1. Quel type de dermatose vous évoque ce cas ? Classement par ordre de probabilité (3 points)

- G. Atteinte infectieuse (probabilité intermédiaire) / 1 point
- H. Atteinte tumorale (la plus probable) / 1 point
- I. Atteinte inflammatoire (la moins probable) / 1 point

Q2. Quel est votre diagnostic le plus probable, selon vous ? Réponse unique (2 points)

- A. Eczéma de l'aréole
- B. Cancer du sein
- C. Maladie de Verneuil
- D. Kystes épidermoïdes / 2 points
- E. Je ne sais pas

Q3. Quelle est votre prise en charge ? Plusieurs réponses possibles (2 points)

- A. Mammographie et échographie mammaire nécessaire
- B. Bilan biologique nécessaire
- C. Aucun examen complémentaire nécessaire / 1 point
- D. Dermocorticoïdes
- E. Antibiothérapie orale si signes cliniques d'infection / 1 point
- F. Antibiothérapie locale si signes cliniques d'infection

Q4. S'il n'y a pas d'amélioration à 7 jours du début de votre prise en charge, vers qui orientez-vous la patiente ? Réponse unique (3 points)

- A. Pas d'orientation nécessaire
- B. Courrier pour le dermatologue (délai moyen de consultation : 3 mois) / 3 points
- C. Appel du dermatologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- D. Courrier pour le gynécologue (délai moyen de consultation : 3 semaines)
- E. Appel du gynécologue pour obtenir un rendez-vous dans les 7 jours
- F. Vers les urgences

[*Commentaire du corrigé* : Ce cas est délibérément plus compliqué et rare afin de connaître notre démarche et prise en charge vis à vis des diagnostics incertains.]

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Etat des lieux des connaissances des internes de médecine générale de l'Océan Indien sur le diagnostic et la prise en charge des lésions cutanées mammaires.**Résumé**

Introduction : Le sein et le mamelon peuvent être le siège de lésions cutanées d'origine infectieuse, inflammatoire et/ou tumorale. Cette partie du corps a une importance fonctionnelle, esthétique, psychologique et sexuelle. Le médecin généraliste représente très souvent le premier contact du patient dans son parcours de soins. L'objectif de cette étude a été d'évaluer le niveau de connaissances des internes de Médecine Générale (IMG) formés à la Réunion et Mayotte dans ce domaine. L'objectif secondaire cherchait à mettre en évidence une différence de connaissances en fonction du cursus universitaire. **Matériel et méthode :** Nous avons mené une étude quantitative, descriptive et transversale d'octobre 2019 à avril 2020, auprès des IMG de la subdivision Océan Indien en cours d'internat. Nous avons réalisé un questionnaire composé de 12 questions sur le profil de l'étudiant et de 10 cas cliniques. Le questionnaire était électronique et anonyme. **Résultats :** Cent cinq réponses ont été obtenues auprès des 252 internes inscrits en 3^{ème} cycle de médecine générale sur la période de recueil. La note moyenne était de 47,5/100. L'analyse par cas clinique a montré des difficultés plus importantes dans l'identification et la prise en charge des atteintes dermatologiques et/ou bénignes. Les notes concernant les atteintes gynécologiques et/ou tumorales étaient plus élevées. Le manque de puissance de l'étude n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative de notes en fonction du parcours universitaire et de l'auto-formation. **Conclusion :** La formation pour le diagnostic et la prise en charge des lésions cutanées mammaires nécessite des ajustements. Les résultats obtenus montraient une insuffisance de connaissances en dermatologie, notamment pour la prise en charge de lésions bénignes. Une évolution des cours théoriques du troisième cycle pourrait être envisagée, notamment au travers d'un e-learning. Une augmentation du nombre de terrains de stage en dermatologie, ainsi qu'une majoration du temps de formation en ambulatoire pourraient améliorer l'imprégnation des IMG pour ce type de pathologies.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : lésions cutanées mammaires, dermatologie, gynécologie, connaissances, internes, médecine générale, Océan Indien, Formation

State of the knowledge of general medicine interns in the Indian Ocean on the diagnosis and treatment of breast skin lesions.**Abstract**

Background: The breast and nipple can be the site of skin lesions of infectious, inflammatory and/or tumorous origin. This part of the body is of functional, aesthetic, psychological, and sexual significance. The first contact of a patient in their primary care journey is often with their general practitioner. The objective of this study was to assess the level of knowledge of interns in General Medicine (IGM) trained in Réunion and Mayotte in this field. The secondary objective was to investigate possible differences in knowledge depending on university coursework. **Method:** We conducted a quantitative, descriptive, and cross-sectional study with IGMs from the Indian Ocean subdivision during their residency from October 2019 to April 2020. Interns were asked to complete a questionnaire consisting of 12 questions regarding their background as well as 10 clinical cases. The questionnaire was electronic and anonymous. **Results:** We received responses from 105 of the 252 interns enrolled in the 3rd Cycle of General Medicine during the collection period. The average score was 47.5/100. Analysis by clinical case showed that participants had greater difficulties in identifying and treating dermatological and/or benign conditions. The scores for gynecological and/or tumor damage were higher. The power of the study was not high enough to highlight any significant difference in grades depending on university background and self-training. **Conclusion:** The training of IGMs for diagnosis and treatment of breast skin lesions requires adjustments. The results showed a knowledge gap in dermatology, specifically in the treatment of benign lesions. Changes in the theoretical curriculum of the 3rd Cycle could be considered, in particular through e-learning. More residency sites for dermatology as well as more comprehensive training for ambulatory medicine could help the IGMs improve their command of this type of pathology.

Discipline: General medicine

Keywords: breast skin lesions, dermatology, gynecology, knowledge, interns, general medicine, Indian Ocean, training