



HAL
open science

Création et évaluation d'une formation à la biopsie cutanée en médecine générale

Sarah Spader

► **To cite this version:**

Sarah Spader. Création et évaluation d'une formation à la biopsie cutanée en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297668

HAL Id: hal-03297668

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297668>

Submitted on 18 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par :

Sarah SPADER

Le 05 février 2019

**CREATION ET EVALUATION D'UNE FORMATION A LA BIOPSIE
CUTANEE EN MEDECINE GENERALE**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean Luc OLIVIER, Président du jury

Monsieur le Professeur Guillaume GAUCHOTTE, Juge

Monsieur le Docteur Mathias POUSSEL, Juge

Monsieur le Docteur Cédric BERBE, Juge et Directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT -

Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

2^e sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT – Professeur Alain BLUM – Professeur Serge BRACARD – Professeure Valérie CROISÉ – Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY – Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

3^e sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS – BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET -
Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRNOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeure
Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland
JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^e sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD -
Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel
HASCOET - Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section : (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteure Aurore PERROT - Docteur Julien BROSEUS - Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE - Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI(stagiaire)

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALABERTOLA

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Docteure Anne-Christine RAT

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX - Docteur Anthony LOPEZ

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^e sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5^e sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS
- Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>		

REMERCIEMENTS

A mon Président de Jury,

Professeur Jean-Luc Olivier, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

Merci pour votre engagement pour la Médecine Générale. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider mon Jury. Veuillez trouver en ces mots l'expression de ma profonde estime.

A mon Directeur de thèse,

Docteur Cédric Berbé, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Tu as eu la gentillesse de m'orienter dans le choix de mon travail et d'accepter de diriger ma thèse. Je te remercie de la confiance et de l'amitié que tu m'as témoignées. Merci pour la disponibilité et la patience dont tu as fait preuve.

A mes juges,

Professeur Guillaume Gauchotte, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

Docteur Mathias Poussel, Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier

Vous avez accepté de juger mon travail, je vous en remercie. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A tous les médecins qui ont participé à ce travail, à l'AMVPPU, à l'ANDPC,
Soyez remerciés du temps et de l'intérêt que vous avez accordés à mes recherches.

A ma famille, à ma mère et à mon père pour leur patience et leur bienveillance dans les moments de doute.

A Pierre pour son soutien en toute circonstance.

A Caroline et Mathilde pour leur aide et leur amitié.

SERMENT

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

SOMMAIRE	p.13
LISTE DES ABBREVIATIONS	p.14
PRESENTATION DU SUJET	p.15
1. La biopsie cutanée	p.15
1.1. Les indications de la biopsie cutanée	p.15
1.1.1. Les dermatoses atypiques	p.15
1.1.2. Les éruptions vésiculaires et bulleuses	p.15
1.1.3. Les ulcères chroniques	p.15
1.1.4. Les tumeurs et naevi	p.16
1.2. Les contre-indications de la biopsie cutanée	p.16
1.3. Les techniques utilisées pour effectuer une biopsie cutanée	p.17
1.3.1. La biopsie au poinçon	p.17
1.3.2. La biopsie exérèse	p.17
1.3.3. La biopsie par curetage	p.18
1.3.4. La biopsie tangentielle	p.18
1.4. Le matériel complémentaire requis pour effectuer une biopsie cutanée	p.19
1.5. La consultation pré-opératoire	p.19
1.6. Les complications de la biopsie cutanée	p.20
2. La biopsie cutanée en médecine générale	p.20
2.1. Les performances des médecins généralistes	p.21
2.2. Les limites de la pratique de la biopsie cutanée	p.22
2.3. La relation médecin généraliste – dermatologue	p.23
2.4. La relation médecin généraliste – anatomopathologiste	p.24
2.5. La nécessité de formation des médecins généralistes souhaitant pratiquer la biopsie cutanée	p.24
ARTICLE	p.26
1. Intérêt de l'étude	p.26
2. Méthodes	p.27
2.1. Type d'étude	p.27
2.2. Critères d'inclusion	p.27
2.3. Critères de jugement	p.27
2.4. Recueil de données	p.27
3. Résultats	p.28
3.1. Caractéristiques des médecins participants	p.28
3.2. Pratique de la biopsie cutanée et facteurs associés	p.29
3.3. Performance des médecins généralistes	p.33
3.4. Réaction et apprentissage des participants	p.34
4. Discussion	p.37
PERSPECTIVES ET CONCLUSION	p.39
1. Perspectives d'amélioration de la formation médicale continue	p.39
2. Perspectives d'amélioration des performances des médecins généralistes	p.39
3. Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins	p.40
4. Perspectives d'aménagement du territoire	p.41
5. Conclusion	p.42
BIBLIOGRAPHIE	p.44
ANNEXES	p.47

LISTE DES ABREVIATIONS

Ined : Institut national d'études démographiques
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
IFOP : Institut Français de l'Opinion Publique
FMC : Formation médicale continue
AMVPPU : Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire
ANDPC : Agence Nationale de Développement Professionnel Continu
DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
HAS : Haute Autorité de Santé
ASA : American Society of Anesthesiologists
IMAO : Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase
SFD : Société Française de Dermatologie
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
GP : General Practitioner
PUVA : Psoralène – UltraViolets A
T2A : Tarification à l'activité

PRESENTATION DU SUJET

1. La biopsie cutanée

La biopsie cutanée est un geste technique qui consiste à prélever un échantillon de peau afin d'en faire l'analyse anatomopathologique. C'est un acte simple qui se fait sous anesthésie locale. C'est un outil qui permet de préciser un diagnostic suspecté cliniquement, de déterminer le pronostic et, dans certains cas, d'orienter la thérapeutique lorsqu'il est utilisé de manière adéquate.

Le terme biopsie a été inventé en 1879 par Ernest Besnier⁽¹⁾, dermatologue, dans un article paru dans la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Il est issu du mot latin « bio » signifiant vie et du mot grec « ophis » signifiant regarder.

1.1. Les indications de la biopsie cutanée

1.1.1. Les dermatoses atypiques

Toute éruption qui n'évolue pas de manière attendue ou qui évolue de manière défavorable malgré un traitement bien conduit doit faire réévaluer le diagnostic clinique initialement suspecté⁽²⁾.

La biopsie cutanée peut être un outil utile dans cette démarche et est donc indiquée lorsqu'il existe un doute entre plusieurs diagnostics différentiels (dermatose spongiotique, dermatose psoriasiforme, dermatose lichénoïde, maladie de Bowen, carcinome basocellulaire superficiel...).

1.1.2. Les éruptions vésiculaires et bulleuses

L'interrogatoire, l'histoire clinique et l'aspect clinique permettent de faire le diagnostic d'une partie des éruptions vésiculaires ou bulleuses (dermatite de contact, herpès, varicelle, zona).

Cependant, dans d'autres cas, la pratique d'une biopsie cutanée est utile⁽²⁾ pour préciser le diagnostic (pemphigoïde bulleuse, pemphigus, dermatite herpétiforme).

1.1.3. Les ulcères chroniques

La HAS recommande de réaliser une biopsie cutanée lorsqu'un patient présente un ulcère de jambe en présence de signes suspects ou en l'absence de cicatrisation après 6 mois à 1 an d'un traitement bien conduit et bien observé⁽³⁾.

Dans ces cas, plusieurs diagnostics différentiels peuvent être évoqués (angiodermite nécrotique, pyoderma gangrenosum, carcinome basocellulaire, carcinome spinocellulaire).

2 biopsies doivent alors être réalisées, une sur le bord et une sur la berge de l'ulcère, pour une meilleure puissance diagnostique.

1.1.4. Les tumeurs et naevi

La biopsie cutanée est indiquée en cas de suspicion de mélanome ou de naevus atypique. Un naevus est considéré comme atypique lorsqu'il présente plus de 2 des 5 des critères ABCDE⁽⁴⁾ :

- Asymétrie ;
- Bordure : Bords irréguliers, encochés, polycycliques ;
- Couleur : Couleur hétérogène ;
- Diamètre supérieur à 6 mm ;
- Évolution : Changement d'aspect, de taille, de couleur, d'épaisseur.

Les tumeurs cutanées peuvent justifier une biopsie lorsqu'elles sont suspectées malignes : en cas de saignement, en cas de traumatisme mineur, d'augmentation rapide d'épaisseur, d'ulcération ou de lésion cicatrisant de manière anormalement lente.

Les tumeurs cutanées suspectées bénignes peuvent également justifier d'une biopsie lorsqu'elles sont symptomatiques ou à l'origine d'une gêne fonctionnelle.

1.2. Les contre-indications de la biopsie cutanée

Il n'existe pas de contre-indication spécifique au geste de la biopsie cutanée. Cependant, il faut s'assurer que le patient est bien éligible à la réalisation d'un geste de petite chirurgie.

Selon la HAS⁽⁵⁾, pour déterminer quels patients sont éligibles à la réalisation d'une petite chirurgie en cabinet de médecine générale (qui sont des établissements de niveau 1), il faut déterminer le profil de risque du patient défini par le score de l'American Society of Anesthesiologists ou score ASA⁽⁶⁾ :

- 1 : Patient normal
- 2 : Patient avec anomalie systémique modérée
- 3 : Patient avec anomalie systémique sévère
- 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
- 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
- 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Seuls les patients ayant un score ASA de 1 ou 2 sont éligibles.

Il faut également s'assurer de l'absence de contre-indications à l'anesthésie locale.

L'allergie et la porphyrie sont des contre-indications absolues à l'utilisation d'anesthésiques locaux.

L'utilisation des anesthésiques locaux adrénalinés est formellement contre-indiquée lorsque le patient est traité par inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).

Elle est également contre-indiquée lorsque la lésion à biopsier est située sur les extrémités (pénis, face, doigts et orteils).

Enfin, la thyrotoxicose et la cardiopathie ischémique mal compensée sont des contre-indications relatives. Le risque engendré par l'utilisation d'anesthésiques locaux adrénalinés dans l'indication d'une biopsie cutanée sera dans la très grande majorité des cas supérieur au bénéfice attendu, les urgences vitales justifiant d'une biopsie cutanée étant rares.

1.3. Les techniques utilisées pour effectuer une biopsie cutanée

1.3.1. La biopsie au poinçon

Les indications de la biopsie au poinçon sont les dermatoses atypiques, inflammatoires ou chroniques, les ulcères, mais également les tumeurs cutanées. La biopsie au poinçon peut également être indiquée dans les tumeurs cutanées pigmentées lorsqu'une biopsie exérèse n'est pas réalisable ou que leur diamètre est inférieur à la taille du poinçon et permet donc de retirer la lésion en sa totalité avec les marges appropriées. Elle est réalisée au moyen d'un poinçon, également appelé trocart, trépan ou emporte-pièce qui permet de retirer un échantillon complet de tissu cutané comportant l'épiderme, le derme et le tissu adipeux⁽⁷⁾ (comme représenté dans l'illustration 1).

La biopsie au poinçon est utilisée pour la plupart des biopsies cutanées car elle est très facile à réaliser et permet un prélèvement de toutes les couches de la peau sans que la cicatrice ne soit trop étendue.

Le trocart, originellement appelé « trois-quarts » en raison de sa pointe constituée de trois arêtes tranchantes, a été décrit pour la première fois par le Professeur Kün, physiologiste, en 1847⁽¹⁾ et a été au cours des années suivantes utilisé très largement dans tous les champs de la médecine pour le « diagnostic in vivo ».

Illustration 1

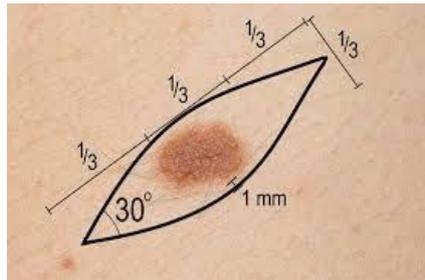


1.3.2. La biopsie exérèse

La biopsie exérèse est indiquée dans la biopsie de lésions hypodermiques ou l'exérèse de lésions dont le diamètre est supérieur ou égal à 5 mm, en particulier les lésions pigmentées suspectes et les petites tumeurs cutanées malignes non mélanocytaires⁽⁷⁾.

La biopsie exérèse est un acte de petite chirurgie pour lequel un prélèvement en ellipse est réalisé au moyen d'un scalpel. Un rapport de 3 / 1 où la longueur de l'ellipse est trois fois celle de la largeur, associé à la verticalité des berges permet un rapprochement de celles-ci sans formation d'excès tissulaires latéraux et une cicatrice plus esthétique (comme représenté dans l'illustration 2). L'axe longitudinal de l'ellipse est orienté parallèlement aux lignes de la peau. Cette technique est la plus longue et la plus complexe.

Illustration 2



1.3.3. La biopsie par curetage

Le curetage a des indications très limitées et n'est à utiliser que pour l'ablation de lésions superficielles bénignes dont l'aspect clinique est très suggestif (exemple : molluscum contagiosum, kératoses actiniques)⁽⁷⁾. Le curetage est contre-indiqué dans la biopsie de lésions mélanocytaires ou supposées malignes⁽⁸⁾.

La technique consiste à « gratter » la lésion par petits mouvements répétés de la curette dans un plan parallèle à la peau (comme représenté sur l'illustration 3). Le curetage emporte l'épiderme et le derme superficiel. Le derme réticulaire, plus ferme, résiste.

Illustration 3

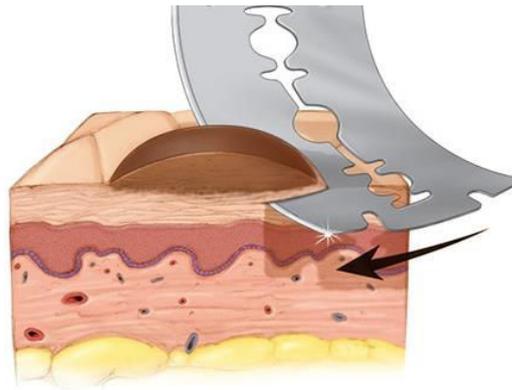


1.3.4. La biopsie tangentielle

La biopsie tangentielle peut se faire par rasage (également appelée mise à plat) ou aux ciseaux. La biopsie tangentielle a également des indications très limitées et ne doit être utilisée que pour l'ablation de lésions bénignes en relief (exemple : molluscum pendulum, kératoses séborrhéiques)^(7,8).

Elle est réalisée le plus souvent à l'aide de ciseaux aiguisés pour les lésions polypoïdes, après saisie de la lésion avec une fine pince à griffe. Elle peut se faire également à la lame de bistouri ou au moyen d'une lame de rasoir flexible (comme représenté sur l'illustration 4).

Illustration 4



1.4. Le matériel complémentaire requis pour effectuer une biopsie cutanée

La Haute Autorité de Santé (HAS) a rédigé les conditions de réalisation des actes d'exérèse de lésion superficielle de la peau en 2007⁽⁹⁾.

L'opérateur doit disposer d'une table, d'un éclairage adapté, d'un appareil d'électrocoagulation mono et/ou bipolaire, de matériel de réanimation pour les premiers soins d'urgence, d'une boîte pour objets piquants, coupants et tranchants et d'un autoclave ou de matériel à usage unique.

Pour ce qui est de l'instrumentation, le médecin doit disposer d'un bistouri, d'une pince, d'une paire de ciseaux, d'un porte aiguille, d'une seringue, d'une aiguille et d'un fil de suture.

Il doit également s'assurer d'avoir le matériel nécessaire à l'antisepsie. Selon les recommandations de la HAS⁽¹⁰⁾, l'antisepsie doit se faire en 5 temps : déterision, rinçage, séchage, application d'un antiseptique et séchage à l'air libre. Le port de gants non stériles est recommandé pour la petite chirurgie, mais n'est pas recommandé pour la biopsie. Le port d'un masque n'est pas recommandé.

1.5. La consultation pré-opératoire

Une consultation préopératoire est recommandée par la HAS⁽⁹⁾ et a pour objectif l'information du patient. Le médecin doit profiter de la consultation préopératoire pour discuter avec le patient du diagnostic présumé de l'affection à opérer, des modalités de traitement, des modalités de réalisation de l'anesthésie locale et des suites opératoires.

L'intervention est généralement différée de la consultation initiale, sauf dans de rares cas (urgence carcinologique, mauvaise compliance ou impossibilité du patient à revenir pour une consultation ultérieure).

Lors de cette consultation il faut délivrer une information du patient sur l'anesthésie locale et sur la chirurgie cutanée. Des fiches d'informations sont à disposition sur le site de la Société Française de Dermatologie (SFD).

1.6. Les complications de la biopsie cutanée

La biopsie cutanée est un acte de petite chirurgie peu risqué. Selon une étude publiée en 2005, des complications ne surviennent que dans 6% des cas⁽¹¹⁾. La majorité (90%) de ces complications est de gravité mineure (ne nécessitant pas une reprise chirurgicale ou un traitement par voie générale).

Des complications anesthésiques surviennent dans 1,4% des cas. 94% des complications anesthésiques sont des malaises vaso-vagaux. Les allergies et les surdosages sont très rares. Le risque de nécrose par ischémie lors de l'anesthésie des extrémités est très faible lorsque les contre-indications de la XYLOCAINE adrénalinée sont respectées.

Des complications hémorragiques surviennent dans 3% des cas. Seulement 4% des complications hémorragiques justifient d'une réintervention. La prudence est de mise pour les patient sous anticoagulants chez lesquels la biopsie cutanée n'est toutefois pas contre-indiquée.

Des complications infectieuses surviennent dans 2% des cas. 23% des complications infectieuses justifient d'une antibiothérapie systémique.

2. La biopsie cutanée en médecine générale

En France, selon les données d'activité de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) pour l'année 2006, la biopsie cutanée est pratiquée par les dermatologues dans près de 93% des cas⁽⁹⁾. Elle n'est pratiquée par des médecins généralistes que dans 2% des cas. Peu de données existent dans la littérature médicale concernant la pratique de la biopsie cutanée par les médecins généralistes français.

Outre-Manche en revanche, depuis la revalorisation des actes techniques en 1990 par le nouveau « General Practitioner (GP) contract », les médecins généralistes ont été encouragés à pratiquer entre autres la biopsie cutanée. Cette politique de santé a été motivée par des raisons financières, le coût d'une petite chirurgie en cabinet de médecine générale étant nettement inférieur au coût du même acte en clinique ou en milieu hospitalier. Des études ont donc pu être réalisées en Angleterre, en Ecosse et au Pays de Galles pour évaluer leurs pratiques^(12,13,14,15,16,17).

Pour certains actes techniques, la pratique de petite chirurgie par des médecins généralistes a permis de diminuer la charge de travail des spécialistes exerçant dans les hôpitaux de proximité. Ça n'a en revanche pas été le cas pour la biopsie cutanée, selon une étude réalisée en 1993⁽¹²⁾. Cela peut être expliqué en partie par l'augmentation de l'incidence de certains cancers cutanés au cours de cette période et par l'amélioration des attitudes de prévention vis-à-vis des cancers cutanés, mais laisse également supposer que la pratique de cet acte par les médecins généralistes a permis de combler un manque d'accès aux soins.

2.1. Les performances des médecins généralistes

La pratique de la petite chirurgie en médecine générale n'est pas un phénomène nouveau. Les études ont prouvé que cette pratique était efficace et rentable. Elle permet la prise en charge rapide des patients dans un environnement familial, sans les exposer à plus de complications⁽¹⁴⁾. Elle permet également de faciliter le parcours de soins, le médecin traitant étant dans la plupart des cas en charge de l'information en amont, de l'acte en lui-même et du suivi en aval.

Près de 300 biopsies cutanées réalisées par des médecins généralistes ont été comparées à des biopsies cutanées réalisées par des spécialistes hospitaliers dans une étude anglaise publiée en 1991⁽¹⁶⁾.

Dans cette étude, la qualité des informations cliniques était la même pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes et la proportion de biopsies inadéquates chez les médecins généralistes était très faible (seulement 3,42%).

En revanche, le diagnostic clinique était moins fréquemment précis, les excisions étaient plus fréquemment incomplètes et la proportion de lésions malignes était plus faible dans les biopsies réalisées par les médecins généralistes. Une plus faible proportion de lésions malignes était considérée par certains auteurs comme étant révélatrice d'un plus grand nombre de biopsies « inutiles ».

La corrélation entre le diagnostic anatomopathologique et le diagnostic clinique ou corrélation anatomo-clinique s'étant avérée plus faible chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes, les auteurs concluaient à l'absolue nécessité d'adresser la totalité des biopsies en anatomopathologie, afin qu'aucun diagnostic malin ne soit méconnu.

L'analyse anatomopathologique systématique est importante pour deux raisons principales :

- L'exérèse de lésions cutanées malignes non suspectées comme telles, sans analyse anatomopathologique pour rétablir le diagnostic, peut engendrer une perte de chance pour le patient.
- Le retour d'informations par l'anatomopathologiste permet aux médecins généralistes d'apprécier objectivement la qualité de leur excision et la pertinence de leur diagnostic clinique et a donc une valeur éducative non négligeable.

Dans cette même étude, le manque de formation des médecins généralistes a été mis en évidence. Il est manifeste dans la formation initiale. En effet, les gestes de dermatologie et de petite chirurgie ne sont enseignés que dans 6 facultés dans le tronc commun, et dans seulement 15 facultés lors des stages sur un total de 33 facultés françaises⁽¹⁸⁾. La formation devrait donc être renforcée dans le cadre de la formation médicale continue.

La majorité des études réalisées^(13,15,16,17,23) se concentrent sur la biopsie cutanée dans l'indication des tumeurs cutanées, le mélanome étant un enjeu de santé publique. Les dermatoses atypiques n'étaient évoquées que dans une étude anglaise publiée en 1992, n'incluant que 15 biopsies cutanées dans cette indication⁽¹⁹⁾.

Dans cette étude, les biopsies cutanées n'étaient pas accompagnées d'informations cliniques pertinentes et ne permettaient pas d'aboutir à une conclusion anatomopathologique.

Les auteurs concluaient à une formation insuffisante des médecins généralistes ne leur permettant pas de choisir de manière appropriée le site à biopsier ni le liquide de fixation approprié lorsque des analyses en immunofluorescence étaient nécessaires. Ils argumentaient que la connaissance des médecins généralistes était insuffisante pour qu'ils puissent pratiquer la biopsie cutanée dans cette indication.

Nous pourrions argumenter que la formation des médecins généralistes pourrait permettre d'améliorer les performances des médecins généralistes dans cette indication et de lever plusieurs de ces réserves, et que l'étude d'une quinzaine de prélèvements est insuffisamment puissante pour porter des conclusions.

Cependant, cette étude a permis d'évoquer une crainte qui ne peut être ignorée, celle de la pratique de biopsies cutanées inutiles par les médecins généralistes.

Cette préoccupation a été soulevée par les auteurs de plusieurs des études sus-citées^(16,19). Les médecins généralistes ayant tendance à biopsier proportionnellement plus de lésions bénignes que les dermatologues, il est naturel de penser que certaines de ces lésions ne seraient pas biopsiées si le patient avait été directement adressé à un spécialiste.

Ces préoccupations ne doivent pas être ignorées. Des formations continues supplémentaires ont été proposées pour améliorer la performance des médecins généralistes dans ce champ de compétences, en proposant notamment des outils diagnostiques supplémentaires comme la dermatoscopie⁽²⁰⁾.

2.2. Les limites de la pratique de la biopsie cutanée en médecine générale

Si la biopsie cutanée est un acte dont la sécurité a été démontrée en médecine générale lorsque les contre-indications (vues ci-dessus) sont respectées, elle n'est toutefois réalisable par le médecin généraliste que dans certains cas.

Il n'existe pas de recommandations françaises concernant les biopsies cutanées réalisables par les médecins généralistes. En revanche, des recommandations anglaises⁽²¹⁾ et australiennes⁽²²⁾ existent.

Selon ces recommandations, il est préférable d'adresser aux spécialistes :

- les patients mineurs,
- les patients immunodéprimés,
- les lésions s'accompagnant de la présence d'adénopathies dans la zone de drainage,
- les lésions de grande taille (>1cm),
- les lésions situées sur le trajet de gros vaisseaux ou de nerfs, sur des zones cartilagineuses (oreille, nez), sur des zones où la suture peut s'avérer difficile (doigt, zone pré-tibiale), sur des zones à risque de mauvais résultat esthétique (lèvre, paupière),
- les lésions récurrentes, les lésions incomplètement excisées nécessitant une reprise.

En Angleterre, bien qu'il soit recommandé aux médecins généralistes de référer l'excision des mélanomes aux spécialistes, de récentes études ont démontré que l'exérèse initiale de mélanomes par des médecins généralistes n'était pas associée à un plus mauvais pronostic que les lésions dont l'exérèse initiale avait été effectuée à l'hôpital⁽²³⁾.

La biopsie cutanée ne doit être effectuée que lorsqu'elle est indiquée (tumeur cutanée, dermatose atypique, ulcère chronique) et le médecin généraliste doit toujours proposer un diagnostic clinique. Dans le cas où le médecin généraliste ne propose pas de diagnostic clinique, la biopsie n'est pas indiquée.

2.3. La relation médecin généraliste – dermatologue

Le médecin généraliste souhaite avoir l'avis du dermatologue dans un peu plus d'1/4 des consultations (26,89%)⁽²⁴⁾. Cependant l'avis n'est demandé que pour 3/4 (76,95%) des patients pour qui un avis est souhaité. Cette différence peut correspondre aux situations où le patient prend un rendez-vous avec un dermatologue de son propre chef, ou à celles où l'accès à la consultation de dermatologie est jugé trop difficile par le patient ou par le médecin (éloignement géographique, délai...).

Le médecin généraliste qui décide d'utiliser la biopsie cutanée comme outil diagnostique peut devoir demander l'avis du dermatologue en amont ou l'intervention du médecin dermatologue en aval. L'avis du dermatologue est nécessaire en particulier lorsque le diagnostic reste incertain ou que la pathologie diagnostiquée nécessite des moyens thérapeutiques dont le médecin généraliste ne dispose pas (laser, PUVAthérapie...) ou dont la prescription n'est pas du ressort du médecin généraliste (certains immunomodulateurs/immunosuppresseurs...).

La relation médecin généraliste – dermatologue est donc primordiale. La communication doit se faire par tous les moyens à la disposition des médecins (téléphone, mail, courrier, fax...), en respectant le secret médical et avec les termes propres à la description des pathologies cutanées.

La notion d'urgence étant une source de désaccord fréquente entre le patient, le médecin généraliste et le dermatologue, les médecins généralistes se doivent d'avoir une connaissance suffisante des pathologies cutanées considérées comme « urgentes » afin de pouvoir communiquer avec le dermatologue. Les rares urgences dermatologiques dont la prise en charge doit être organisée dans les 48h sont :

- Les toxidermies,
- Le purpura pétéchial fébrile,
- Les brûlures étendues,
- Les morsures délabrantes.

Ces urgences dermatologiques sont plus volontiers adressées au service d'accueil des urgences ou dans un service hospitalier d'urgences dermatologiques.

Les « urgences » dermatologiques restantes sont principalement des urgences ressenties ou des semi-urgences. Des délais maximums sont néanmoins à connaître et à respecter dans certaines pathologies, par exemple il est recommandé d'adresser les suspicions de mélanome dans un délai de 3 semaines maximum⁽²⁵⁾.

Dans une étude publiée en 2007⁽²⁶⁾, le caractère « justifié » des consultations demandées en urgence dans des cabinets de dermatologie a été étudié. Certains symptômes étaient considérés par les dermatologues comme justifiant d'une prise en charge dans les 48h : la fièvre et les frissons, l'œdème du visage, les pathologies vésico-bulleuses, les pathologies insomniantes, l'aggravation rapide des symptômes, l'augmentation rapide de volume d'une lésion cutanée.

Il est important, bien que cela puisse s'avérer difficile pour le médecin généraliste⁽²⁷⁾, de résister aux demandes pressantes des patients de consultations en urgence pour des motifs dont le médecin sait qu'ils sont non urgents afin de préserver une relation de confiance avec le dermatologue.

2.4. La relation médecin généraliste – anatomopathologiste

La relation médecin généraliste – anatomopathologiste est également importante lorsque le médecin généraliste décide d'utiliser l'outil de la biopsie cutanée. Le médecin généraliste peut demander l'avis ou l'expertise du médecin anatomopathologiste en aval.

Lorsque le médecin généraliste fait l'exérèse d'une tumeur cutanée, il doit s'assurer que l'anatomopathologiste disposera de tous les éléments nécessaires à l'analyse de la biopsie cutanée (orientation de la pièce d'exérèse, informations cliniques précisions sur le siège de la lésion).

Lorsque le médecin généraliste reçoit des résultats d'anatomopathologie, il doit s'assurer de disposer de toutes les informations nécessaires à la prise en charge ultérieure de la pathologie cutanée (marges d'exérèse, type histologique...).

La communication entre le médecin généraliste et le médecin anatomopathologiste est donc nécessaire pour que la biopsie soit la plus contributive possible.

Lorsqu'une biopsie est non contributive mais qu'un diagnostic est fortement suspecté, ce qui arrive parfois dans les ulcères chroniques ou les dermatoses atypiques, le médecin généraliste peut avoir à demander l'avis de l'anatomopathologiste sur l'utilité de répéter la biopsie cutanée et ainsi bénéficier de ses conseils sur le site de biopsie à privilégier.

Le médecin généraliste doit en amont s'assurer qu'il a pris toutes les dispositions possibles pour que la biopsie cutanée qu'il a effectuée ait le plus de chance possible d'être contributive (arrêt des corticoïdes, choix d'une lésion non excoriée non traumatisée, ...), en particulier lorsqu'elle est indiquée dans le cas d'une dermatose atypique.

Lorsqu'une dermatose auto-immune vésiculo-bulleuse (pemphigus, pemphigoïde) est fortement suspectée cliniquement par le médecin généraliste, l'anatomopathologiste peut avoir besoin d'effectuer une analyse en immuno-fluorescence pour faire le diagnostic. Dans ces cas, le médecin généraliste fera une nouvelle biopsie cutanée dans un autre fixateur (liquide de Michel).

Dans quelque indication que ce soit, la biopsie cutanée doit toujours s'accompagner d'informations cliniques. Elles qui sont nécessaires pour le médecin anatomopathologiste car elles l'aident à décider des techniques les plus appropriées pour faire le diagnostic de la pathologie cutanée.

De même, le diagnostic anatomopathologique doit toujours être confronté à la clinique, et lorsqu'il existe une incompatibilité entre les éléments cliniques et le diagnostic anatomopathologique, un avis dermatologique doit être demandé.

2.5. La nécessité de formation des médecins généralistes souhaitant pratiquer la biopsie cutanée

En travaillant sur ce projet, j'ai rencontré des médecins généralistes exerçant dans les Vosges qui réalisaient régulièrement des biopsies cutanées dans leur cabinet de médecine générale. Ils le justifiaient par le fait que l'accès aux consultations de dermatologie pouvait s'avérer difficile pour une partie de leur patientèle (patients âgés, patients ne pouvant se déplacer...) et que la biopsie cutanée pouvait s'avérer très utile pour le diagnostic de

dermatoses atypiques et également pour le diagnostic et la thérapeutique de tumeurs cutanées de petite taille chez des patients avec lesquels ils avaient une bonne alliance thérapeutique.

La pratique de ce geste en médecine générale est le symptôme d'un déficit d'offre de soins dans cette zone particulièrement sous-dotée. Dans le département des Vosges, de nombreux départs en retraite de dermatologues ne sont pas remplacés, et la situation de démographie médicale n'a de cesse de se précariser^(28,29).

La formation des médecins étant longue, les changements démographiques sont longs à se mettre en place. La pénurie actuelle est la conséquence du resserrement du numerus clausus de 1972. L'inversion de la tendance des courbes de démographie n'est à prévoir qu'à compter de 2025 pour les médecins généralistes et plus tardivement pour les dermatologues.

Les médecins généralistes pratiquant la biopsie cutanée, et de manière plus générale des actes de petite chirurgie, sont majoritairement ces médecins exerçant en zone rurale, dont une partie souffre d'un éloignement des services d'accueil des urgences et des spécialistes⁽³⁰⁾.

La situation particulière de ces médecins engendre un besoin de formation adaptée afin que ces gestes soient pratiqués lorsque c'est nécessaire dans le respect des recommandations d'asepsie, de sécurité et de bonne pratique.

Nous avons organisé une formation médicale continue présentielle dans le but de répondre à ces besoins de formation bien établis dans la littérature médicale, avec l'aide du Dr Rigon, dermatologue libéral, et du Dr Vigouroux, anatomopathologiste exerçant au CHU de Nancy. Nous nous sommes efforcés d'apporter une formation la plus conforme possible aux recommandations pré-existantes et aux données de la littérature médicale et nous sommes efforcés de répondre aux critères de formation ANDPC.

Afin de pouvoir faire l'étude de l'efficacité de la formation médicale continue que nous avons entreprise, nous avons fait remplir aux médecins participants un pré-test et un post-test afin d'évaluer la satisfaction, l'apprentissage et les changements comportementaux.

Nous avons également fait l'analyse de la totalité des biopsies cutanées réalisées au cours de la formation afin de les comparer aux données (principalement britanniques) pré-existantes de la littérature médicale.

Cette évaluation de la formation fait donc l'objet d'un travail spécifique. Il a été choisi de présenter ce travail sous forme d'article selon les recommandations aux auteurs de la revue La Presse Médicale (Annexe 7), revue pour laquelle l'article a été déposé le 16/01/2019.

ARTICLE

1. Intérêt de l'étude

Les pathologies cutanées sont à l'origine de 6% des consultations en médecine générale selon l'Observatoire de médecine générale (fermé en 2011). Dans le cadre d'une étude quantitative menée en Haute-Normandie en 2012, les médecins généralistes ont été interrogés sur les difficultés rencontrées lors du diagnostic et de la prise en charge des affections cutanées⁽²⁷⁾. Parmi les préoccupations exprimées, on notait le manque de connaissances et de compétences en raison d'une formation initiale et complémentaire insuffisantes. Dans ce contexte, les médecins généralistes ressentaient le besoin de demander l'avis d'un dermatologue pour environ 27% des patients présentant une pathologie cutanée⁽²⁴⁾.

Malheureusement, dans la situation démographique actuelle, il n'est pas facile d'envoyer un patient chez le dermatologue. L'Atlas de démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des Médecins entre 2007 et 2016⁽²⁶⁾ a enregistré une baisse importante du nombre de dermatologues avec une diminution de 9% en France et de 25% dans les Vosges, département de notre étude. Le nombre de dermatologues va continuer à diminuer d'ici 2030 d'environ 28% à 37,3% selon une projection réalisée en 2008 à l'aide d'un modèle mis au point en 2000 par l'Institut national d'études démographiques (Ined) et par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)⁽²⁹⁾. En outre, le délai d'obtention d'une consultation de dermatologie est passé de 38 jours en 2011 à 50 en 2014, selon l'Observatoire de l'accès aux soins de santé de 2014, rédigé par l'Institut Français de l'Opinion Publique (IFOP) pour le cabinet Jalma.

Aucune étude n'a été menée en France sur les biopsies cutanées réalisées par des médecins généralistes. Cependant, plusieurs études ont été menées au Royaume-Uni depuis la nouvelle convention des médecins généralistes de 1990 (GP contract), qui avait pour objectif d'encourager les médecins généralistes à élargir leur activité et à pratiquer entre autres des actes de petite chirurgie^(13,14,15,16,17). Ces études ont montré que les médecins généralistes étaient capables de pratiquer des biopsies cutanées et que cela était plus rentable et réduisait les délais pour les patients. De plus, il n'y avait pas de risque supplémentaire pour ce dernier, y compris lorsqu'un mélanome était diagnostiqué⁽³¹⁾.

La biopsie cutanée étant une procédure très sûre^(11,23), nous sommes arrivés à la même déduction que Cox et al., qui au terme de leur étude concluaient à la nécessité d'une formation complémentaire pour que les médecins puissent effectuer les biopsies de manière appropriée⁽¹⁹⁾.

Le but de cette étude est de d'évaluer une formation médicale continue (FMC) pour la formation de médecins généralistes à la réalisation de biopsies cutanées. Notre formation a été organisée avec l'aide de l'Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire (AMVPPU) et de l'Agence Nationale de Développement Professionnel Continu (ANDPC),

2. Méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive analytique prospective.

2.2. Critères d'inclusion

La formation a été conçue pour 25 médecins généralistes vosgiens. Le recrutement a été réalisé via l'AMVPPU. Les critères d'inclusion étaient : être un médecin installé ou remplaçant exerçant en ambulatoire.

2.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est l'augmentation de la pratique de la biopsie cutanée par les médecins généralistes. Les critères secondaires sont des critères de performance : l'amélioration des connaissances, la qualité des informations cliniques, la corrélation anatomoclinique et le caractère approprié de la biopsie.

2.4. Recueil de données

Une formation médicale continue a été organisée de septembre à décembre 2018 afin de former les médecins généralistes travaillant dans les Vosges à la réalisation de biopsies cutanées en cas de besoin.

Un questionnaire a été remis à tous les médecins participants le premier jour de formation pour déterminer leurs connaissances et leurs habitudes concernant la pratique de biopsies cutanées. Le questionnaire comprenait deux parties : la première partie était composée de treize questions sur les médecins, leur pratique et leurs habitudes concernant les biopsies (Annexe 1) et la seconde partie était composée de petits cas cliniques (Annexe 2). Le but de la deuxième partie était de déterminer si les médecins pouvaient reconnaître une indication de biopsie, s'ils savaient quel type de biopsie effectuer (au poinçon, exérèse, rasage, curetage) et s'ils savaient quand s'abstenir.

Au cours de la première séance de formation, les recommandations de la Haute Autorité de la Santé et de la Société Française de Dermatologie ont été rappelées aux médecins^(3,4,5,9,10). Entre la première et la deuxième formation, les médecins formés ont réalisé des biopsies qu'ils ont systématiquement envoyées au département d'anatomopathologie de Nancy, accompagnées d'une fiche d'informations cliniques (Annexes 3 et 4).

On a distingué trois grands groupes d'indications à la biopsie cutanée : les tumeurs cutanées, les dermatoses atypiques et les ulcères chroniques.

Les biopsies ont été analysées pour déterminer leur qualité à l'aide de 4 critères : qualité des informations cliniques, concordance des diagnostics clinique et anatomopathologique, complétude de l'exérèse le cas échéant et adéquation de la biopsie cutanée.

La qualité des informations cliniques fut jugée mauvaise lorsque le diagnostic était manquant ou que moins de 3 précisions étaient apportées, intermédiaire lorsque l'un des termes était utilisé de manière inappropriée et bonne lorsque le diagnostic était présent, que plus de 3 précisions étaient apportées, et qu'aucun terme n'était utilisé de manière inappropriée.

La concordance des diagnostics cliniques et anatomopathologiques n'était pas étudiée lorsque le diagnostic clinique était manquant ou que l'examen anatomopathologique était non contributif.

Le caractère complet ou incomplet de l'exérèse n'était pas étudié dans les biopsies au punch. Il n'était étudié que dans l'exérèse des tumeurs cutanées (bénignes ou malignes) lorsqu'il en était fait mention dans le compte rendu d'anatomopathologie.

La technique de biopsie cutanée fut considérée comme appropriée lorsque la technique d'exérèse était utilisée dans l'indication d'une tumeur cutanée pigmentée et/ou une suspicion de cancer cutané pigmenté, et que la technique de biopsie au poinçon était utilisée dans l'indication d'un ulcère chronique et/ou d'une dermatose atypique.

Un questionnaire a également été remis aux médecins participants le dernier jour de la formation. Le questionnaire comprenait deux parties : la première partie était composée de neuf questions sur la satisfaction des médecins vis-à-vis de la formation et avait pour but de déterminer s'ils avaient rencontré des difficultés lorsqu'ils avaient eu l'opportunité de pratiquer la biopsie cutanée et s'ils aspiraient à être formés davantage (Annexe 5). La deuxième partie était composée de petits cas cliniques (Annexe 6) et avait pour but de déterminer si les connaissances délivrées au cours des formations avaient été correctement acquises.

Les questionnaires ont été conçus avec l'aide d'un médecin généraliste, d'un dermatologue et d'un anatomopathologiste.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des médecins participants à la formation

25 médecins ont participé à la formation. Ils étaient âgés en moyenne de 42 ans. Leurs caractéristiques personnelles et professionnelles sont résumées dans le tableau 1.

Au début de la formation, 21 d'entre eux ne réalisaient jamais de biopsies cutanées dans leur pratique courante et 24 pensaient avoir une formation insuffisante pour la pratique des biopsies cutanées. Malgré cela, 24 des participants pensaient que les médecins généralistes devraient pratiquer la biopsie cutanée.

9 d'entre eux possédaient un dispositif d'électrocoagulation, recommandé pour la réalisation d'une biopsie cutanée, et 3 disposaient de punch à biopsie. La majorité des médecins disposaient déjà du reste du matériel nécessaire (sets de suture, fils de suture, seringues, aiguilles, XYLOCAINE, pharmacie d'urgence, pots de formol, mini-collecteurs pour déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)...).

Tableau 1

Caractéristiques	Nombre	%
Sexe		
Masculin	14	56
Féminin	11	44
Lieu d'exercice		
Rural	3	12
Semi-rural	9	36
Urbain	13	52
Mode d'exercice		
Cabinet seul	1	4
Cabinet en groupe	13	52
Maison de santé	8	32
Remplacement seul	3	12
Fréquence de pratique de la biopsie cutanée		
Une à plusieurs fois par mois	2	8
Une à plusieurs fois par an	2	8
Jamais	21	84
Proximité à un cabinet de dermatologie		
Moins de 15 km	15	60
Entre 15 et 30km	8	32
Plus de 30km	2	8
Délai pour obtenir une consultation de dermatologie		
Moins de 3 semaines	7	28
Entre 3 semaines et 3 mois	12	48
Plus de 3 mois	6	24

3.2. Performance des médecins généralistes

50 biopsies ont été réalisées, dont 40 dans l'indication « tumeur cutanée », 8 dans l'indication « dermatose atypique » et 2 dans l'indication « ulcère chronique ». Les diagnostics les plus fréquents sont représentés dans la figure 1 pour l'indication « tumeur cutanée », dans la figure 2 pour l'indication « dermatose atypique ». Dans l'indication « ulcère chronique », les diagnostics étaient carcinome basocellulaire et ulcère sans critère de malignité.

Dans l'indication « tumeur cutanée », 4 tumeurs malignes et 36 tumeurs bénignes ont fait l'objet d'un diagnostic anatomopathologique, avec une majorité de kératoses séborrhéiques et de naevi.

Des 8 biopsies réalisées dans l'indication « dermatoses atypiques », 6 ont fait l'objet d'un diagnostic anatomopathologique, avec une majorité de dermatoses spongiotiques ou eczématiformes.

Figure 1

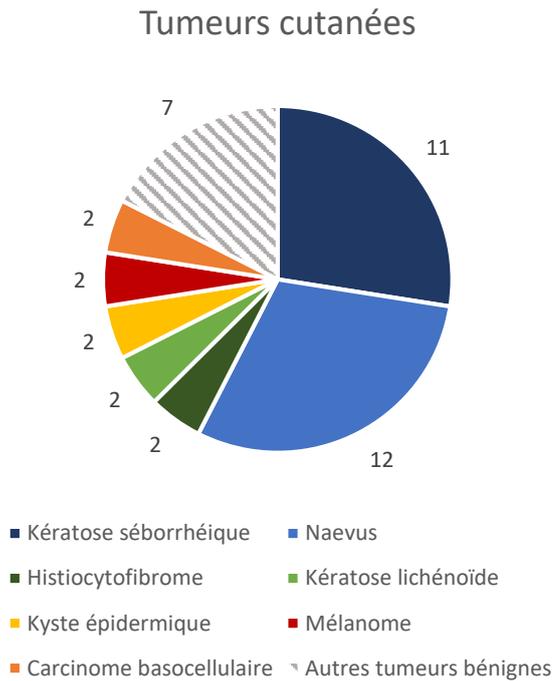
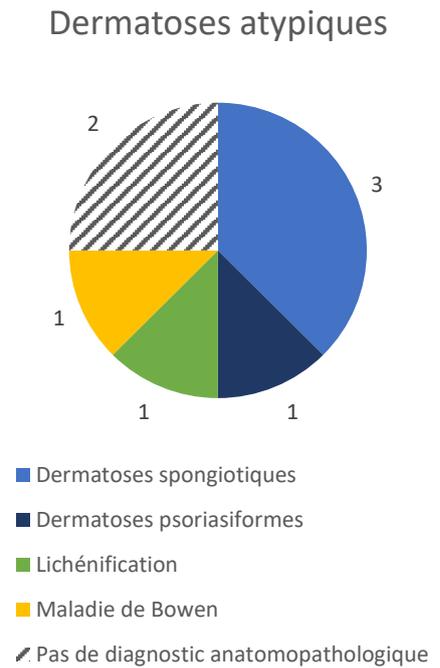


Figure 2



Les patients ayant bénéficié de biopsies étaient de sexe masculin dans 60% des cas et féminin dans 40% des cas. Leur âge moyen était de 55,3 ans.

7 fiches cliniques ne comportaient pas de proposition de diagnostic clinique.

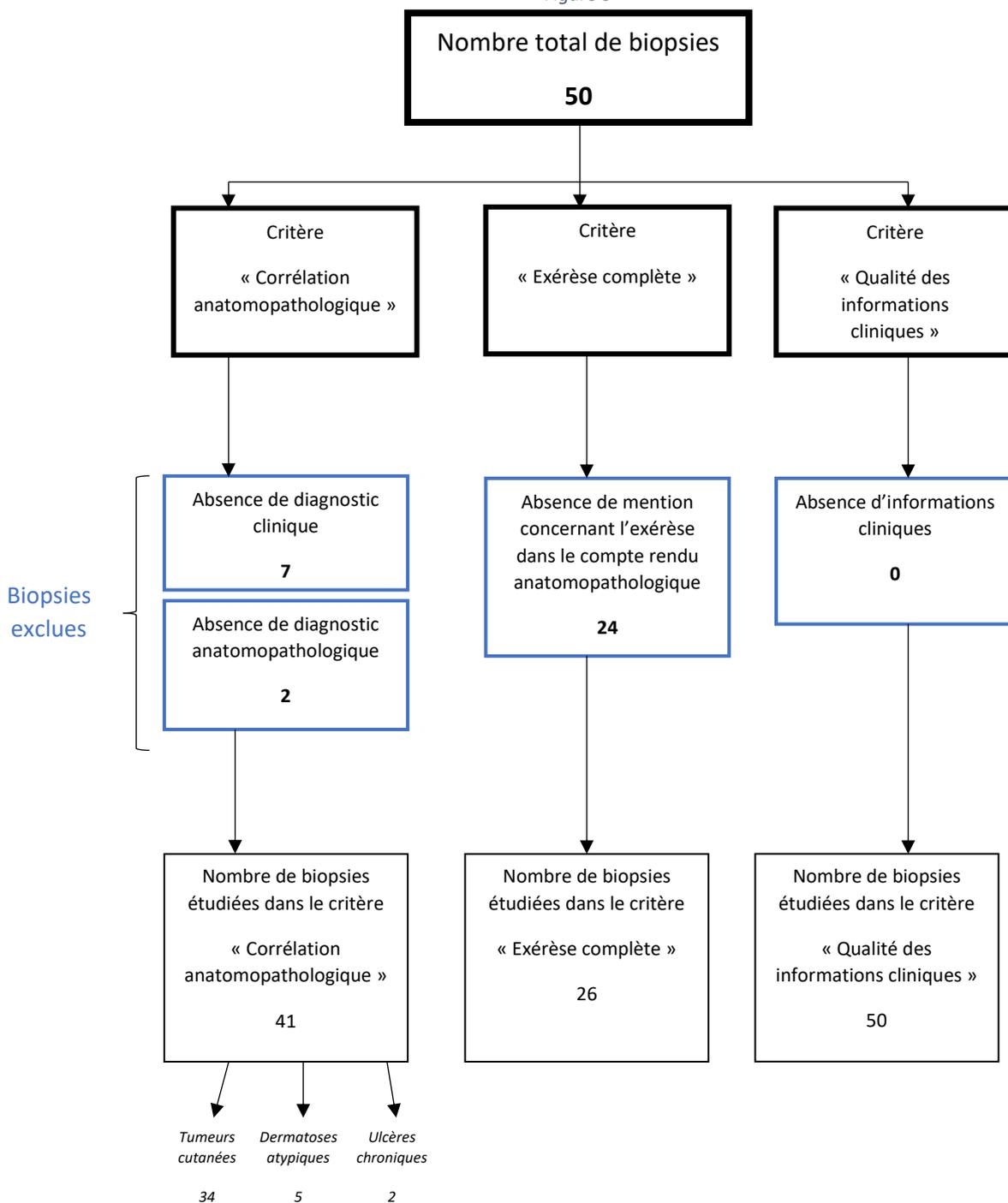
2 examens anatomopathologiques étaient non contributifs.

Le critère « corrélation anatomo-clinique » n'a donc pas pu être étudié dans ces 9 incidences.

Le critère « exérèse complète », « exérèse incomplète » ou « exérèse non évaluable » a été renseigné dans 26 des comptes-rendus anatomopathologiques. Ce critère n'était pas jugé pertinent dans les dermatoses atypiques ni dans les ulcères chroniques, et n'était pas renseigné dans 14 des 36 tumeurs bénignes. Il était renseigné constamment dans les tumeurs malignes.

Les exclusions sont résumées dans la figure 3.

Figure 3



Les informations cliniques étaient considérées comme bonnes dans 80% des cas, intermédiaires dans 6% des cas et mauvaises dans 14% des cas.

La corrélation anatomo-clinique était correcte dans 56% des cas pour l'ensemble des 41 biopsies dans lesquelles ce critère a pu être étudié.

La corrélation anatomo-clinique était correcte pour 19 des 34 biopsies effectuées dans l'indication « tumeurs cutanées » dans lesquelles ce critère a pu être étudié, soit environ 56% des cas.

La corrélation anatomo-clinique était correcte pour 2 des 5 biopsies effectuées dans l'indication « dermatose atypique » dans lesquelles ce critère a pu être étudié.

La corrélation anatomo-clinique était correcte pour les deux biopsies cutanées réalisées dans l'indication « ulcère chronique ».

Des 26 biopsies exérèses dans lesquelles le critère était évaluable, 22 étaient complètes, 3 étaient incomplètes et dans l'un des cas le caractère complet de l'exérèse était noté non évaluable. Le diamètre des pièces d'exérèse était en moyenne de 1,2cm.

6 biopsies ont permis de faire le diagnostic d'une pathologie cutanée cancéreuse ou précancéreuse dont :

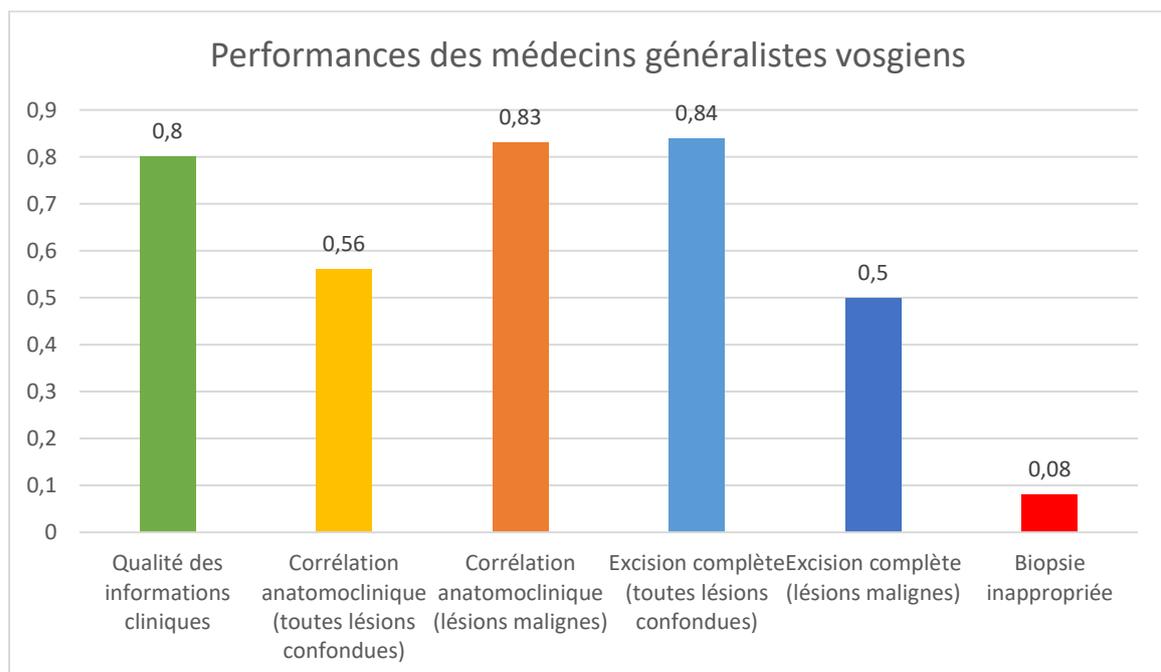
- 4 biopsies exérèses dans l'indication « tumeur cutanée » ayant permis de faire le diagnostic de 2 mélanomes et de 2 carcinomes basocellulaires,
- 1 biopsie au poinçon dans l'indication « ulcère chronique » ayant permis de faire le diagnostic d'un carcinome basocellulaire et
- 1 biopsie dans l'indication « dermatose atypique » ayant permis de faire le diagnostic d'une maladie de Bowen.

La corrélation anatomoclinique était correcte dans 5 des 6 tumeurs cutanées malignes diagnostiquées. L'exérèse était complète dans 2 des 4 exérèses ayant permis de faire le diagnostic d'une tumeur maligne.

La technique de biopsie était appropriée dans 92% des cas.

Les critères « qualité des informations cliniques », « corrélation anatomoclinique » et « excision complète » utilisés dans la littérature médicale pour décrire les performances des médecins généralistes dans la biopsie cutanée sont représentés dans la figure 4.

Figure 4



3.3. Pratique de la biopsie cutanée et facteurs associés

Des 25 médecins formés, 19 ont pratiqué des biopsies. 16 des 21 médecins qui ne pratiquaient jamais de biopsie cutanée antérieurement ont pratiqué des biopsies au cours de la formation.

Les médecins ayant pratiqué des biopsies en ont réalisé en moyenne de 2,9 au cours de ces 3 mois.

Les caractéristiques des médecins ayant réalisé des biopsies et de ceux n'en ayant pas réalisé sont résumées dans le tableau 2. La proximité d'un cabinet de dermatologie à moins de 15km, un court délai pour obtenir une consultation chez le dermatologue et l'exercice en zone urbaine semblent être des facteurs freinant la pratique de la biopsie cutanée en cabinet de médecine générale, bien que la taille de l'effectif ne permette pas de le conclure formellement.

Le temps de réalisation de la biopsie cutanée était considéré comme pouvant être un frein à sa pratique pour 18 des 25 médecins participants, alors que les conditions matérielles l'étaient pour 10 d'entre eux et le risque de complications pour 2. Aucun des médecins participants à la formation ne considérait le coût comme étant un frein.

On peut noter que des 2 médecins disposant d'une pièce dédiée à la petite chirurgie, aucun n'a effectué de biopsie, ce qui est surprenant car l'organisation du geste de la biopsie cutanée aurait pu être plus aisée pour ces médecins, qui bénéficiaient d'une pièce non contaminée.

Tableau 2

Caractéristiques	Médecins ayant pratiqué des biopsies (%)	Médecins n'ayant pas pratiqué de biopsies (%)
Sexe		
Masculin	11 (58%)	3 (50%)
Féminin	8 (42%)	3 (50%)
Lieu d'exercice		
Rural	2 (11%)	1 (16,6%)
Semi-rural	8 (42%)	1 (16,6%)
Urbain	9 (47%)	4 (66,6%)
Mode d'exercice		
Cabinet seul	1 (5%)	0 (0%)
Cabinet en groupe	11 (58%)	2 (33%)
Maison de santé	7 (37%)	1 (17%)
Remplacement seul	0 (0%)	3 (50%)
Fréquence de pratique de la biopsie cutanée		
Une à plusieurs fois par mois	2 (11%)	0 (0%)
Une à plusieurs fois par an	1 (5%)	1 (17%)
Jamais	16 (84%)	5 (83%)
Proximité d'un cabinet de dermatologie		
Moins de 15 km	9 (47,5%)	6 (100%)
Entre 15 et 30km	8 (42%)	0 (0%)
Plus de 30km	2 (10,5%)	0 (0%)
Délai pour obtenir une consultation de dermatologie		
Moins de 3 semaines	4 (21%)	3 (50%)
Entre 3 semaines et 3 mois	10 (53%)	2 (33,3%)
Plus de 3 mois	5 (26%)	1 (16,6%)

3.4. Réaction et apprentissage des participants

Concernant le premier questionnaire théorique (Annexe 2) :

Les réponses des questions portant sur les indications de la biopsie étaient correctes dans 90% (fréquence $0,90 \pm 0,05$) des cas, celles portant sur les types de biopsie indiquées étaient correctes dans 95% (fréquence $0,95 \pm 0,03$) des cas. En revanche, les réponses concernant les questions portant sur les contre-indications de la biopsie n'étaient correctes que dans 60% (fréquence $0,60 \pm 0,09$) des cas et celles concernant relatives aux marges d'exérèse n'étaient correctes que dans 72% (fréquence $0,72 \pm 0,10$) des cas.

Au second questionnaire théorique (Annexe 6), les réponses des questions portant sur les indications de la biopsie étaient correctes dans 94% (fréquence $0,94 \pm 0,04$) des cas, celles portant sur les types de biopsie indiquées étaient correctes dans 96% (fréquence $0,96 \pm 0,03$) des cas. Les réponses aux questions portant sur les contre-indications de la biopsie étaient correctes dans 92% (fréquence $0,92 \pm 0,04$) des cas et celles sur les marges d'exérèse étaient correctes dans 91% (fréquence $0,91 \pm 0,07$) des cas.

On a déterminé si les différences entre les résultats du pré-test et du post test étaient significatives. On a effectué ces test au risque 5%.

Dans chaque cas on a obtenu :

- Au premier questionnaire une fréquence de réponses correctes notée f_1 pour un effectif de n_1 réponses.
- Au deuxième questionnaire une fréquence de réponses correctes notée f_2 pour un effectif de n_2 réponses.

L'approximation normale est acceptable dans tous les cas ($n_i \times f_i > 5$ et $n_i \times (1 - f_i) > 5$).

On prendra pour meilleure estimation de la fréquence $\hat{f}_0 = \frac{n_1 \times f_1 + n_2 \times f_2}{n_1 + n_2}$

On calculera $u = \frac{|f_1 - f_2|}{\sqrt{\hat{f}_0 \times (1 - \hat{f}_0) \times (\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2})}}$:

- Si $u < 2$ la différence n'est pas significative
- Sinon la différence est significative et nous calculerons alors le degré de signification p

Questions portant sur les indications de la biopsie :

$f_1 = 0,90$ avec $n_1=175$ et $f_2 = 0,94$ avec $n_2=175$

On obtient $\hat{f}_0 = 0,92$ et $u = \frac{0,04}{\sqrt{0,92 \times 0,08 \times (\frac{1}{175} + \frac{1}{175})}} = 1,38 < 2$ la différence n'est pas significative.

Questions portant sur les types de biopsie :

$f_1 = 0,95$ avec $n_1=200$ et $f_2 = 0,96$ avec $n_2=250$

On obtient $\hat{f}_0 = 0,956$ et $u = \frac{0,01}{\sqrt{0,956 \times 0,044 \times (\frac{1}{200} + \frac{1}{250})}} = 0,51 < 2$ la différence n'est pas significative.

Questions portant sur les contre-indications de la biopsie :

$f_1 = 0,60$ avec $n_1=125$ et $f_2 = 0,92$ avec $n_2=175$

On obtient $\hat{f}_0 = 0,787$ et $u = \frac{0,32}{\sqrt{0,787 \times 0,213 \times (\frac{1}{125} + \frac{1}{175})}} = 6,67 > 2$ la différence est significative.

On calcule le degré de signification $p = P(|U| > 6,67)$ avec U suivant la loi $N(0,1)$ on obtient une valeur de p très proche de 0.

Questions portant sur les marges d'exérèses :

$f_1 = 0,72$ avec $n_1=75$ et $f_2 = 0,91$ avec $n_2=75$

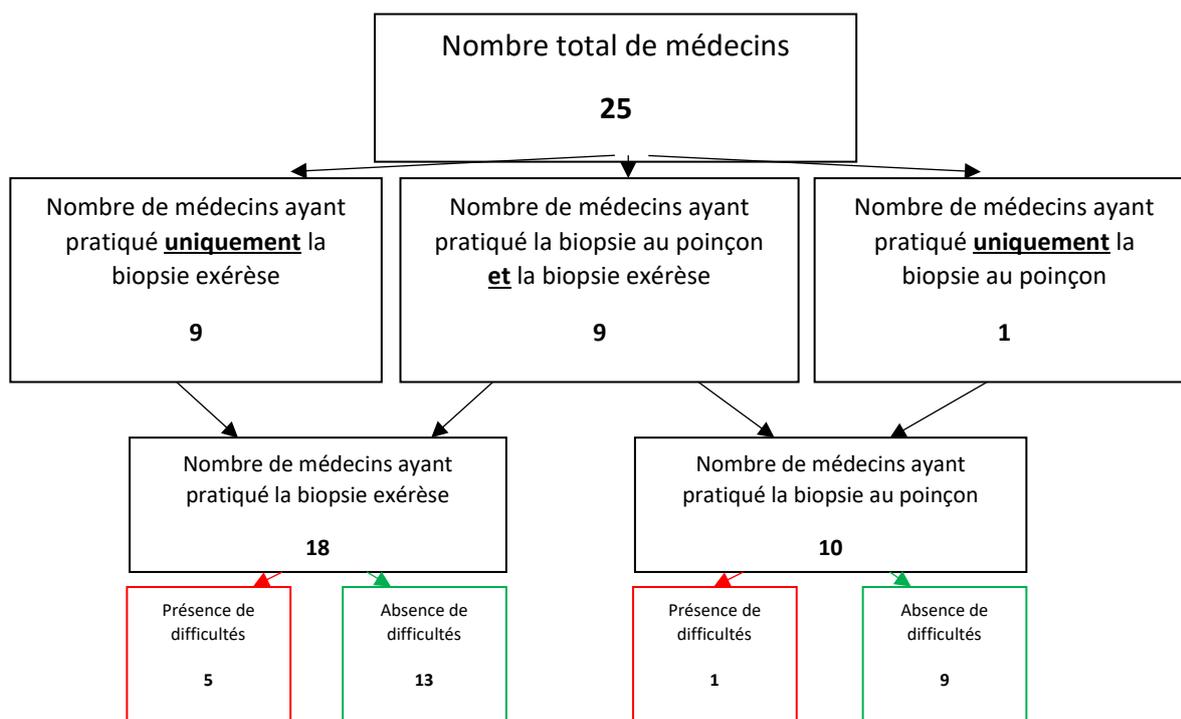
On obtient $\hat{f}_0 = 0,815$ et $u = \frac{0,19}{\sqrt{0,815 \times 0,185 \times (\frac{1}{75} + \frac{1}{75})}} = 2,99 > 2$ la différence est significative.

On calcule le degré de signification $p = P(|U| > 2,99)$ on obtient $p=0,003$.

Ces résultats mettent en évidence une amélioration des connaissances des participants dans le champ des contre-indications à la biopsie et des recommandations concernant les marges d'exérèse. Dans le champ des indications à la biopsie et des types de biopsies recommandées en fonction des lésions cutanées observées, les connaissances sont bonnes avant et après la formation, sans qu'un apprentissage significatif ne soit mis en évidence.

L'enquête de satisfaction a été réalisée à l'aide du questionnaire final (Annexe 5) et a permis aux médecins participants de s'exprimer sur les difficultés rencontrées au cours de la formation. La gestion des complications et l'interprétation des résultats d'anatomopathologie n'ont pas posé de difficulté pour les médecins généralistes dans la pratique de la biopsie exérèse ni dans celle de la biopsie au poinçon. Des 18 médecins généralistes ayant pratiqué la biopsie exérèse, 13 ont déclaré n'avoir rencontré aucune difficulté. Des 10 médecins généralistes ayant pratiqué la biopsie au poinçon, 9 ont déclaré n'avoir rencontré aucune difficulté. Ces données sont résumées dans la figure 5.

Figure 5



Parmi les 5 médecins généralistes ayant rencontré des difficultés dans la pratique de la biopsie exérèse, 4 ont rapporté des difficultés liées au geste chirurgical, dont 1 de ceux-ci a également rapporté des difficultés liées à l'organisation de la reprise chirurgicale, et 1 des médecins généralistes a rapporté des difficultés liées à l'organisation du suivi du patient.

Un des médecins généraliste ayant pratiqué la biopsie au poinçon a rapporté des difficultés liées au geste chirurgical. Aucun des médecins n'a fait état d'embarras dans l'adaptation de la thérapeutique suite à la réception des résultats d'anatomopathologie.

Au terme de la formation, 24 des 25 médecins ayant participé à la formation ont considéré avoir une formation suffisante pour réaliser des biopsies cutanées et tous ont pensé que les médecins généralistes devraient pratiquer la biopsie cutanée.

Au cours de la formation, 13 des 25 médecins ont renoncé à effectuer une ou plusieurs biopsies cutanées. Les raisons évoquées furent le risque de complication (pour 8 d'entre eux), les conditions matérielles nécessaires (pour 3 d'entre eux) et le temps de réalisation (pour 5 d'entre eux). Aucun médecin n'a déclaré que le coût ou le manque de formation avaient été un frein à la pratique de la biopsie cutanée.

19 des 25 médecins sont favorables à une formation complémentaire à la pathologie cutanée et 20 sont favorables à une formation complémentaire à la dermatoscopie.

4. Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la formation entreprise. Un plus grand nombre de médecins pratiquaient la biopsie après la formation (19 des 25) qu'avant la formation (4 des 25).

Notre action de formation a donc permis à ces médecins, insuffisamment formés dans leur formation initiale, de pratiquer la biopsie cutanée malgré les freins mentionnés au début de la formation (manque de temps, manque de matériel, risque de complications).

Les connaissances théoriques des médecins généralistes étaient plutôt bonnes au début de la formation, ce qui laisse à supposer que le format de la formation que nous avons choisi (une formation apportant des connaissances pratiques en complément des connaissances théorique) était donc adapté.

Nos objectifs secondaires portaient sur la performance des médecins généralistes.

La qualité des informations cliniques était bonne dans 80% des cas. Elle était jugée bonne ou intermédiaire dans 58% des cas dans la littérature médicale existante⁽¹⁶⁾. Il se peut que les médecins participants à notre étude aient apporté des informations de meilleure qualité grâce aux fiches cliniques que nous avons utilisé pour l'étude.

La biopsie était jugée comme appropriée dans 92% des cas. Elle était jugée appropriée dans 97% des cas dans la littérature médicale existante⁽¹⁶⁾. Nous n'avons pu trouver dans l'article que nous avons utilisé comme comparaison les critères utilisés pour déterminer le caractère approprié ou non d'une biopsie cutanée.

L'exérèse était complète dans 84% des cas. Elle était jugée complète dans 64% des cas dans la littérature médicale existante⁽¹⁶⁾.

Ces résultats témoignent une base de connaissances et de compétences satisfaisante dans le champ de la sémantique, des indications et de la petite chirurgie.

La corrélation anatomoclinique était correcte dans 56% des cas. Elle était de 41% à 44% dans la littérature médicale existante^(16,19). Toutefois, il faut rappeler que le diagnostic clinique étant manquant ou l'examen anatomopathologique non contributif dans 9 cas, nous n'avons pu étudier ce critère que dans 41 des 50 cas.

La petite taille des échantillons dans les indications « dermatoses atypiques » et « ulcère chronique » ne permet pas de déterminer si la corrélation anatomoclinique est meilleure dans l'une ou l'autre des indications.

En particulier, la corrélation anatomoclinique dans l'indication « dermatoses atypiques » était de 40% sur un échantillon de 5 biopsies. Elle était de 27% dans les travaux publiés⁽¹⁹⁾.

Ces résultats sont le reflet des difficultés éprouvées par les médecins généralistes dans le champ du diagnostic clinique et montrent une infériorité de performance des médecins généralistes par rapport aux spécialistes dans ce domaine. Selon la littérature médicale anglaise toujours⁽¹⁹⁾, la performance diagnostique des médecins généralistes s'améliore avec la pratique. En effet, une étude sur la biopsie cutanée réalisée en Angleterre publiée en 1992 avait comparé les performances des médecins généralistes avant et après l'adoption du GP contract. Comme vu plus haut, l'adoption du GP contract avait encouragé les médecins généralistes à pratiquer la biopsie cutanée. Les résultats de cette étude montraient une augmentation de la corrélation anatomoclinique (de 38% à 46%) suite à l'augmentation de la fréquence de la pratique de la biopsie cutanée.

Cependant, ces chiffres restaient inférieurs à ceux des spécialistes dermatologues. Ils peuvent et doivent être améliorés au moyen de formations adaptées.

Les performances des médecins généralistes décrites dans notre étude semblent démontrer la non-infériorité des médecins généralistes, en l'occurrence vosgiens, par rapport aux médecins généralistes britanniques, ce qui ne surprend pas.

La pratique de la biopsie cutanée par les médecins généralistes peut donc permettre de rétablir l'offre de soins dans des régions sous-dotées où l'accès aux soins est limité, en marchant dans les pas des médecins généralistes britanniques.

Cependant, notre étude suggère que cette pratique doit s'accompagner d'une formation continue supplémentaire mettant l'accent sur la reconnaissance des pathologies cutanées.

PERSPECTIVES ET CONCLUSION

1. Perspectives d'amélioration de la formation médicale continue

Comme nous l'avons vu précédemment, la formation médicale continue que nous avons proposée est conforme aux recommandations et aux données existantes de la littérature médicale, et répond aux attentes des médecins généralistes et à un besoin spécifique du département de notre étude faisant face à une situation démographique complexe.

Cependant, il n'est pas certain que les données et recommandations existantes soient suffisantes pour délivrer un enseignement de qualité.

Les données existantes de la littérature médicale étant à ce jour principalement britanniques et australiennes, il se peut qu'elles soient en partie inadaptées à la formation des médecins français, la formation initiale étant différente par certains aspects en Angleterre et en Australie.

Les recommandations françaises existantes, éditées principalement par la HAS^(5,9), s'adressent plus volontiers aux médecins spécialistes qu'aux médecins généralistes, la pratique de la petite chirurgie en médecine générale étant pourtant répandue⁽³⁰⁾.

La pratique de la biopsie cutanée est peu enseignée lors de la formation initiale dans les facultés de médecine françaises⁽¹⁸⁾. Les médecins remplaçants et médecins installés sont donc demandeurs d'une formation complémentaire afin d'avoir une attitude adaptée lorsqu'ils rencontrent une indication de biopsie cutanée.

La seule façon d'améliorer la FMC est de travailler en collaboration avec les médecins généralistes, les dermatologues et les anatomopathologistes, afin de détecter les besoins de formation et d'y répondre de manière adaptée. Ces FMC doivent être organisées selon les règles d'évaluation et d'amélioration des pratiques publiées par l'HAS et faire systématiquement l'objet d'une évaluation selon le modèle de Kirkpatrick⁽³²⁾. Cependant, cela peut s'avérer difficile en pratique, l'organisation de FMC étant perçue comme chronophage par des médecins généralistes et spécialistes dont la charge de travail croît continuellement.

2. Perspectives d'amélioration des performances des médecins généralistes

Les performances des médecins généralistes peuvent et doivent être améliorées, en particulier dans le champ de la reconnaissance clinique des pathologies cutanées, domaine où les médecins généralistes éprouvent le plus de difficultés.

L'amélioration de la reconnaissance des lésions cutanées par les médecins généralistes est essentielle car elle permet de diminuer le nombre de biopsies cutanées jugées « inutiles ».

Les performances diagnostiques des médecins généralistes sont inférieures à celles des dermatologues mais peuvent être améliorées grâce à des formations complémentaires, à l'utilisation de scores diagnostiques et à l'utilisation d'autres outils diagnostics comme le dermatoscope.

Comme vu précédemment, des formations à la reconnaissance clinique des pathologies cutanées sont nécessaires.

Des scores diagnostics sont disponibles sur le site de la SFD pour le diagnostic de certaines pathologies cutanées pour lesquelles une biopsie cutanée peut se justifier (exemples : critères diagnostiques de Hanifin⁽³³⁾ et Rajka et de l'UK Working Party⁽³⁴⁾ pour la dermatite atopique). Cependant, ils ne sont disponibles que dans un nombre limité de pathologies cutanées. D'autres outils comme les critères ABCDE⁽⁴⁾ dans le diagnostic du mélanome sont largement connus et doivent être utilisés.

Des actions de FMC portant sur l'éducation à la dermatoscopie de médecins généralistes ont été menées au Canada⁽³⁵⁾, aux Pays-Bas⁽³⁶⁾ avec de très bons résultats.

La dermatoscopie est un outil diagnostic permettant la visualisation *in vivo* non invasive des structures cutanées. La sémiologie des images dermatoscopiques est basée sur l'analyse de la distribution et de l'architecture de la mélanine dans l'épiderme et le derme, ainsi que sur l'analyse de la disposition et de l'aspect des vaisseaux capillaires cutanés. L'application principale de la dermatoscopie est le diagnostic des tumeurs pigmentées mais elle peut également être utilisée dans le diagnostic de la gale et des alopecies⁽³⁷⁾. Plus récemment, des applications dans le champ des dermatoses inflammatoires⁽³⁸⁾ (psoriasis, dermatite atopique, lichen plan, pityriasis rosé de Gibert, pityriasis rubra pilaire) ont été décrites.

L'utilisation de la dermatoscopie a permis, lorsqu'elle était accompagnée d'une formation adéquate, l'amélioration de la performance diagnostique et du ratio tumeurs malignes/tumeurs malignes biopsiées par des médecins généralistes⁽³⁹⁾. Cet outil, contrairement à la cartographie corps entier⁽⁴⁰⁾, permet donc de limiter le risque de biopsies « inutiles ».

Le monitoring par photographies dermatoscopiques à intervalles réguliers permet d'améliorer encore la puissance diagnostique des médecins utilisateurs. D'autres outils, comme la photographie dermatoscopique avec diagnostic assisté par ordinateur, ou la microscopie confocale *in vivo* en réflectivité, sont utilisées de manière plus marginale, mais pourraient bien être utilisées de manière courante à l'avenir⁽⁴¹⁾.

Les outils diagnostiques utilisés en dermatologie sont en constante amélioration. Cependant, leur utilisation en pratique est limitée par leur coût, par le manque de formation disponible et par le caractère chronophage de leur utilisation.

3. Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins

Les médecins généralistes exerçant en zone rurale sont le seul recours pour de nombreux patients pour lesquels l'accès aux soins devient de plus en plus difficile.

La baisse de la démographie que nous avons évoquée plus haut est à l'origine d'une transformation majeure et durable de la répartition des médecins généralistes et spécialistes sur le territoire^(28,29).

Ainsi, dans le département des Vosges, les dermatologues et plus particulièrement les dermatologues libéraux ont connu une baisse d'effectif majeure.

L'accès à une consultation spécialisée est donc devenu particulièrement difficile pour les patients habitant loin d'un centre hospitalier ou d'une ville à plus forte densité médicale libérale.

L'augmentation de la mobilité des patients ne peut être une solution satisfaisante, le système de santé devant garantir l'accès aux soins pour tous, y compris pour les patients à mobilité réduite.

La télémédecine pourrait faire partie de la solution. En France, elle n'est développée que dans quelques régions⁽⁴²⁾ et dans une faible mesure. Seul un projet de téléexpertise a vu le jour dans le champ de la médecine libérale⁽⁴³⁾. La plupart des projets de télédermatologie sont jusqu'à présent destinés aux patients détenus ou institutionnalisés, pour lesquels la nécessité d'une solution adaptée pour rétablir l'accès aux soins est impérative.

Les projets de télédermatologie sont difficiles à mettre en place. Le coût du matériel dédié, de l'abonnement à une plateforme de partage sécurisé de données entre praticiens, du stockage sécurisé des données peut être dissuasif. De plus, les médecins généralistes et spécialistes doivent disposer de temps dédiés, que cela soit pour la téléconsultation ou la téléexpertise, temps dont ils manquent cruellement.

L'accès au dermatologue dans les zones rurales est devenu difficile, et en attendant que les projets d'innovation en la matière se mettent en place, les médecins généralistes doivent être formés pour acquérir de l'autonomie dans la prise en charge des pathologies cutanées les plus fréquentes.

4. Perspectives d'aménagement du territoire

Les médecins dermatologues ont un mode d'exercice libéral pour 62% d'entre eux, salarié pour 20,3% d'entre eux et mixte pour 17,7% d'entre eux. En revanche, les nouveaux inscrits ont tendance à choisir préférentiellement un mode d'exercice salarié (67% d'entre eux)⁽²⁸⁾. L'accès aux consultations de dermatologie se répartit entre les cabinets (seuls ou en groupe) et les établissements hospitaliers (publics ou privés). Si la plupart des dermatologues exercent pour le moment en cabinet, la tendance pourrait bien s'inverser dans les années à venir et cela pourrait avoir des conséquences pour l'accès aux soins.

L'aménagement du territoire pourrait être la réponse à ces mutations dans la démographie médicale pour maintenir l'accès aux soins.

La notion d'aménagement du territoire pour répondre aux besoins de santé est assez récente. Ce n'est qu'à partir de la loi Boulin du 31 décembre 1970 que la « carte sanitaire » a permis de découper le territoire français en 256 secteurs sanitaires, répartis en 21 régions avec un plateau technique minimum pour chaque secteur.

L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, plus connue sous le nom de Plan Mattei, supprime la carte sanitaire et crée les « territoires de santé ».

En 2003, la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 visant à réformer le système de santé s'oriente vers une rationalisation de l'offre de soins, privilégiant la maîtrise des coûts et mettant en concurrence les établissements de santé. Elle initie le passage à la tarification à l'activité (T2A). Auparavant, les établissements hospitaliers recevaient depuis 1983 une « dotation globale de fonctionnement » annuelle, sans lien avec leur activité. Avec la T2A, il s'agit pour l'assurance maladie de payer au « juste coût » les activités effectuées à l'hôpital, en incitant les établissements à gagner en performance et en productivité.

Les recettes des établissements de santé (publics et privés) étant générées par le niveau d'activité, ce sont les petits hôpitaux qui éprouvent le plus de difficultés financières. Les activités considérées comme étant plus « rentables » (chirurgie ambulatoire, chirurgie de l'obésité, canal carpien, cataracte, dialyse) nécessitent un plateau technique conséquent auquel les petits hôpitaux n'ont pas accès. De nombreux services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie sont menacés de fermeture dans les petits hôpitaux, leur activité n'atteignant pas les objectifs fixés par l'HAS, menaçant davantage le financement de ces petits hôpitaux.

Plus récemment, le « Plan Santé 2022 » projette la revalorisation des « hôpitaux de proximité ». Ces derniers sont bien définis par le code de la santé publique (CSP) : il s'agit d'établissements de santé publics ou privés qui participent à l'offre de soins de premiers recours des territoires qu'ils desservent.

Ces établissements de premier recours seront réorientés vers des activités plus restreintes (gériatrie, rééducation, imagerie, biologie) et ne disposeront pas de salles d'opération et ne réaliseront plus d'accouchements.

Cela renforce les peurs de la précarisation de l'accès aux soins dans les zones rurales, les patients se trouvant encore plus éloignés des centres hospitaliers dits « spécialisés ».

Si cela peut s'avérer inquiétant pour l'avenir de la médecine dans les zones rurales, le plan santé cite également dans la description des missions hospitalières de proximité des « consultations spécialisées » et des « équipements en télémédecine », ce qui pourrait permettre de palier au déficit d'accès à des consultations spécialisées, et pourquoi pas de dermatologie.

5. Conclusion

La pathologie cutanée est de diagnostic difficile en médecine générale.

Dans le département des Vosges, souffrant tout particulièrement de la situation démographique médicale, il peut s'avérer difficile pour les médecins généralistes d'orienter un patient vers un dermatologue, ceci en raison de l'allongement des délais de rendez-vous et de l'éloignement géographique des cabinets de dermatologie.

L'accès aux consultations de médecine générale étant plus aisé en zone rurale que l'accès aux spécialistes, lorsque l'alliance thérapeutique et la relation médecin-patient sont bien établies, certains patients se tournent vers leur médecin traitant pour la prise en charge de leur pathologie cutanée.

Cette demande peut s'avérer délicate à gérer pour le médecin traitant, en particulier lorsqu'il estime sa formation initiale insuffisante.

Les performances diagnostiques des médecins généralistes concernant la pathologie cutanée sont statistiquement moindres.

L'organisation de FMC portant sur le diagnostic des pathologies cutanées est chronophage et peut s'avérer décourageante pour les dermatologues, le champ de la pathologie cutanée étant très vaste et sa sémiologie très riche.

Cependant, la formation reste le moyen le plus efficace d'améliorer la performance diagnostique des médecins généralistes. De nombreux outils ont été développés dans ce but, dont des outils d'aide au diagnostic en ligne (dermatologic.fr) et des outils d'auto-formation en ligne (e-dermato.fr).

En nous inspirant du modèle anglais, nous avons organisé cette FMC portant sur la biopsie cutanée afin d'apporter aux médecins généralistes un autre outil concret d'aide au diagnostic (pouvant s'avérer être également un outil thérapeutique dans le cadre des tumeurs cutanées).

Cette FMC a également permis d'enseigner aux médecins généralistes la pratique de la biopsie cutanée. Les performances des médecins généralistes ayant participé à notre étude ne sont pas inférieures à celles des médecins généralistes anglais, mais peuvent être améliorées, en particulier dans le champ de la performance diagnostique.

Nous sommes convaincus que la pratique de la petite chirurgie en médecine générale, et en particulier de la biopsie cutanée, doit être encouragée.

La pratique de la biopsie cutanée par les médecins généralistes peut permettre en outre le diagnostic précoce de pathologies cutanées cancéreuses dans certains territoires où, lorsqu'un mélanome est suspecté, le délai de prise en charge en moins de 3 semaines ne peut être respecté.

Elle peut permettre l'exérèse en outre l'exérèse de carcinomes basocellulaires avant qu'ils atteignent un stade délabrant chez des patients ne pouvant se rendre en consultation chez le dermatologue.

Elle peut être un outil diagnostique supplémentaire lorsque des présentations cliniques atypiques sont rencontrées et que l'accès au dermatologue est difficile.

Nous sommes également convaincus que la pratique de la biopsie cutanée doit s'accompagner de FMC complémentaires et régulières. Une FMC ayant pour thème la dermatoscopie serait indispensable pour les médecins généralistes ayant un intérêt particulier pour la pathologie cutanée et qui souhaiteraient améliorer leurs compétences en la matière.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) C Nezelof, JM Guinebretière. 1879, Ernest Besnier invente le mot « biopsie ». Rev. prat. 2006 ; 56 : 2081-5
- 2) JB Walter. The Value Of Skin Biopsy In Dermatological Diagnosis. College of Family Physicians of Canada. 1972 : 57-60.
- 3) Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. Recommandations pour la pratique clinique. Service des recommandations professionnelles. 2006 : 1-23.
- 4) Haute Autorité de Santé. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Service évaluation médico-économique et santé publique. 2006 : 1-108
- 5) Haute Autorité de Santé. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? Service évaluation des actes professionnels. 2010 : 1-104
- 6) American Society of Anesthesiologists. Scores : ASA Physical Status Classification System. Disponible sur : <https://sfar.org/scores/asa.php>
- 7) J André, B Richert. Prélèvement cutanés en médecine générale. Rev. Med. Brux. 2015 ; 36 : 273-7
- 8) M Llamas-Velasco, BE Paredes. La biopsia cutánea : bases fundamentales. Parte I. Actas Dermosifiliogr. 2012 ; 103 : 12-20
- 9) Haute Autorité de santé. Conditions de réalisation des actes d'exérèse de lésion superficielle de la peau. Service évaluation des actes professionnels. 2007 : 1-76
- 10) Haute Autorité de Santé. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Service des recommandations professionnelles. 2007 : 1-33.
- 11) JM Amici, AM Rogues, A Lasheras, JP Gachie, P Guillot, C Beylot, and al. A prospective study of the incidence of complications associated with dermatological surgery. Br J Dermatol. 2005 ; 153 : 967-971.
- 12) Lowry A, Brazier J, Fall M, et al. Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload. BMJ 1992; 307: 413-417
- 13) RM Herd, JAA Hunter, KM McLaren, U Chetty, ACH Watson, JM Gollock. Excision biopsy of malignant melanoma by general practitioners in South East Scotland. BMJ. 1992 ; 305 : 1476-8
- 14) JS Brown, RR Smith, T Cantor, D Chesover, R Yearsley. General practitioners as providers of minor surgery — a success story?. Br J Gen Pract. 1997 ; 47 : 205-210
- 15) MCM Bricknell. Skin biopsies of pigmented skin lesions performed by general practitioners and hospital specialists. Br J Gen Pract. 1993 ; 49 : 199-201.
- 16) LJ Mc William, F Knox, N Wilkinson, P Oogarah. Performance of skin biopsies by general practitioners. BMJ. 1991 ; 303 : 1177-9
- 17) RB Williams, AH Burdge, S Lewis Jones. Skin biopsy in general practice. BMJ. 1991 ; 303 : 1179-80.
- 18) E Drouard Daulier. L'enseignement des gestes et techniques en France: entre disparités et consensus.[thèse] Paris : Faculté de Créteil ; 2014. 90p.
- 19) NH Cox, R Wagstaff, AW Popple. Using clinicopathological analysis of general practitioner skin surgery to determine educational requirements and guidelines. BMJ. 1992 ; 304 : 93-6
- 20) C Rosendahl, A Cameron, I McColl, D Wilkinson. Dermatoscopy in routine practice : 'Chaos and Clues'. Aust Fam Physician. 2012 ; 41 : 482-7
- 21) National Institute for Health and Care Excellence. Improving Outcomes for People with Skin Tumours Including Melanoma. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2006.

- 22) P Stevenson, K Rodins. Improving diagnostic accuracy of skin biopsies. *Aust J Gen Pract.* 2018 ; 47(4) : 216-220
- 23) P Murchie, E Amalraj Raja, DH Brewster, L Iversen, AJ Lee. Is initial excision of cutaneous melanoma by General Practitioners (GPs) dangerous? Comparing patient outcomes following excision of melanoma by GPs or in hospital using national datasets and meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2017 ; 86 : 373-384.
- 24) S Avogadro-Leroy. Analyse de l'activité de dermatologie en médecine générale en Haute Normandie. [Thèse d'exercice]. Université de médecine de Rouen ; 2012. 99p
- 25) Haute Autorité de Santé. Facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané. INCa, département dépistage/HAS, service évaluation économique et santé publique. 2012 : 1-8
- 26) D Penso-Assathiany, E Bourdon-Lanoy, C Derancourt, JC Roujeau, S Bastuji-Garin. Demandes de rendez-vous en urgence en dermatologie libérale : ETude Urgences en DERmatologie libérale (ET.U.DE). *Ann Dermatol Venereol.* 2007 ; 134 : 23-9
- 27) V Bureaux. Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes. [thèse] Médecine humaine et pathologie. 2012. 110p
- 28) Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. *Atlas démogr. méd. Fr.* 2017 ; 10 : 1-326
- 29) La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, détaillées. *Doss Solidar Santé.* 2009 ; 12 : 1-66
- 30) J CETIER. Etude de la petite chirurgie en cabinet de médecine générale dans le département du Loir-et-Cher. [thèse]. 2014. 63p
- 31) M Landthaler, O Braun-Falco, A Leidl, B Konz, D Holzer. Excisional biopsy as the first therapeutic procedure versus primary wide excision of malignant melanoma. *Cancer.* 1989 ; 64 : 1612-6
- 32) Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC) – Fiche méthode – Formation Présentielle. Evaluation et amélioration des pratiques. 2014 : 1-3
- 33) Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1980 ; 92 : 44-7
- 34) Williams HC, Burney PGJ, Hay RJ, et al. The UK working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1994 ; 131 : 383-96
- 35) Herschorn A. Dermoscopy for melanoma detection in family practice. *Can Fam Physician* 2012; 58: 740-745
- 36) LJ Secker, PAJ Buis, W Bergman, NA Kukutsch. Effect of a Dermoscopy Training Course on the Accuracy of Primary Care Physicians in Diagnosing Pigmented Lesions. *Acta Derm Venereol.* 2017 ; 97 : 263-265
- 37) E Moscarella, C Catricalà, I Zalaudek, G Argenziano. The Dermatoscope as the Dermatologist's Stethoscope. *Pract Dermatol.* 2010 : 34 : 38
- 38) K Souid. Diagnostic différentiel des dermatoses inflammatoires : place de la dermatoscopie. *Ann Dermatol Venereol.* 2011 ; 138 : A141-A142
- 39) Impact of dermoscopy and short-term sequential digital dermoscopy imaging for the management of pigmented lesions in primary care : A sequential intervention trial. *Br J Dermatol* 2009;161:1270-7.
- 40) Risser J, Pressley Z, Veledar E, et al. The impact of total body photography on biopsy rate in patients from a pigmented lesion clinic. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57:428-34
- 41) P Guitera-Rovel, ME Vestergaard. Les outils diagnostiques du mélanome cutané. *Ann Dermatol Venereol.* 2008 ; 135 : 828-834
- 42) M Bataille. Télédermatologie en zone sous-dotée : téléconsultations avec les structures sanitaires & téléexpertises pour permettre un accès rapide et filiarisé aux patients ambulatoires. [thèse]. Lille : Faculté de médecine et Maïeutique ; 2017. 47p

43) R Rouquet, J Cuchval, D Charleux. La téléexpertise en dermatologie, un outil pour faciliter le dépistage de tumeurs. Evaluation à mi-parcours d'une expérimentation en Hauts-de-France. Ann Dermatol Venerol. 2016 ; 143 : S173-4

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire initial

Nom		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Lieu d'exercice	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Semi-rural <input type="checkbox"/> Urbain	Mode d'exercice	<input type="checkbox"/> Cabinet seul <input type="checkbox"/> Cabinet en groupe <input type="checkbox"/> Maison de santé <input type="checkbox"/> Activité partagée : libérale et hospitalière <input type="checkbox"/> Remplacement uniquement
Âge			

1. Dans votre pratique, à quelle fréquence pratiquez-vous des biopsies cutanées ?

- Une à plusieurs fois par semaine
- Une à plusieurs fois par mois
- Une à plusieurs fois par an
- Rarement
- Jamais

2. Disposez-vous dans votre lieu d'exercice du matériel suivant ?

- Autoclave
 - Dispositif d'électrocoagulation (bistouri électrique, stylo à cautériser...)
 - Punchs à biopsie
 - Sets de suture à usage unique
 - Fil de suture
 - Seringues
 - Aiguilles SC
 - Xylocaïne
 - Pharmacie d'urgence
 - Boîte pour objets piquants, coupants et tranchants
 - Pots d'anapath (formol)
-

-
3. Disposez-vous dans votre lieu d'exercice d'une pièce dédiée à la petite chirurgie (sutures, etc...) séparée de votre cabinet de consultation ?
- Oui
 - Non
-
4. Dans votre pratique, les facteurs suivants vous semblent-ils être un frein à la pratique de la biopsie cutanée ?
- Le coût
 - Le temps de réalisation
 - Les conditions matérielles nécessaires
 - Le risque de complications
-
5. Y a-t-il un dermatologue installé à proximité de votre cabinet ?
- A moins de 15km
 - Entre 15 et 30km
 - A plus de 30km
-
6. Dans quel délai pouvez-vous obtenir un rendez-vous auprès d'un dermatologue (lorsqu'un cancer cutané est suspecté) ?
- Moins de 3 semaines
 - 3 semaines à 3 mois
 - Plus de 3 mois
-
7. Pensez-vous avoir une formation suffisante pour réaliser des biopsies cutanées ?
- Oui
 - Non
-
8. Pensez-vous que les médecins généralistes doivent réaliser des biopsies cutanées ?
- Oui
 - Non

Annexe 2

Pré-Test de connaissances

Nom	
Date	11/09/2018

1. Parmi ces lésions, lesquelles sont des indications à la biopsie cutanée ?

- Lésion asymétrique, à bords irréguliers, de couleur hétérogène, ayant récemment augmenté de taille



- Ulcère d'évolution défavorable à 6 mois de protocoles pansements adaptés



- Lésion symétrique, de couleur homogène, de petite taille, n'évoluant pas



- Ulcère d'apparition récente, contexte d'insuffisance veineuse



- Lésion d'évolution défavorable sous traitement bien conduit



- Lésion d'apparition récente, non traitée, 1^{ère} consultation



- Lésion évoluant favorablement sous traitement bien conduit



2. Devant cette lésion, quelle type de biopsie est indiquée ?



- Au punch
- Exérèse
- A la curette
- Par rasage

3. Devant ces lésions, quel type de biopsie est indiquée ?



- Au punch
- Exérèse
- A la curette
- Par rasage

4. Lesquelles des propositions suivantes sont des contre-indications de l'anesthésie locale adrénalinée ?

- Biopsie des extrémités
- Traitement par anticoagulant
- Traitement par antidépresseur de type IMAO 1^{ère} génération
- Cardiopathie ischémique mal compensée
- Glaucome

5. Suite à la biopsie-exérèse d'une tumeur cutanée avec critères de malignité, je reçois les résultats de l'anatomopathologie : il s'agit d'un mélanome, l'exérèse est complète avec des marges de 2mm, l'indice de Breslow est de 3mm. Que fais-je ?

- L'exérèse est complète, je considère la prise en charge thérapeutique terminée, je revois mon patient pour le retrait des fils puis pour son suivi habituel
- Je m'assure que le dossier de mon patient soit discuté en RCP en urgence
- Je m'assure que le dossier de mon patient soit discuté en RCP sans urgence

Annexe 3

<p><u>Identité du patient :</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance : ___/___/___</p> <p>Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/></p> <p>Numéro de sécurité sociale :</p> <p>Caisse de sécurité sociale : _____</p>	  <p style="font-weight: bold; margin-top: 5px;">Réservé au Service de Pathologie</p>
<p>N° d'enregistrement :</p> <p>Date de réception :</p> <p>Heure de réception :</p>	

<p><u>Identité du médecin préleveur :</u></p> <p>Nom :</p> <p>Signature et tampon :</p>

Dermatose atypique

<p><u>Renseignements cliniques :</u></p> <p>Disposition de la / des lésion(s) cutané(e)s</p> <p>Lésion unique <input type="checkbox"/></p> <p>Lésions multiples <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Isolées <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">En bande <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">En bouquet <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">En filet <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">En arc de cercle <input type="checkbox"/></p> <p>Erythème généralisé <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Scarlatiniforme <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Morbiliforme <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Roséoliforme <input type="checkbox"/></p> <p>Erythrodermie <input type="checkbox"/></p>	<p>Topographie de la lésion :</p> <p>Zones photo-exposées <input type="checkbox"/></p> <p>Zones déclives <input type="checkbox"/></p> <p>Plis de flexion <input type="checkbox"/></p> <p>Zones de frottement <input type="checkbox"/></p> <p>Signes généraux :</p> <p>Altération de l'état général <input type="checkbox"/></p> <p>Fièvre <input type="checkbox"/></p> <p>Signes fonctionnels :</p> <p>Douleur <input type="checkbox"/></p> <p>Prurit <input type="checkbox"/></p>	<p>Caractéristique de la lésion primitive :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Macule <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Desquamation <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Papule <input type="checkbox"/></td> <td>Erosion <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nodule <input type="checkbox"/></td> <td>Ulcération <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Végétation <input type="checkbox"/></td> <td>Atrophie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vésicule <input type="checkbox"/></td> <td>Sclérose <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bulle <input type="checkbox"/></td> <td>Nécrose <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pustule <input type="checkbox"/></td> <td>Purpura <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Erythème <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <p>Mode d'apparition :</p> <p>Brutale <input type="checkbox"/></p> <p>Progressive <input type="checkbox"/></p> <p>Ancienne <input type="checkbox"/></p> <p>Traitements antérieurs et leur efficacité :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Macule <input type="checkbox"/>	Desquamation <input type="checkbox"/>	Papule <input type="checkbox"/>	Erosion <input type="checkbox"/>	Nodule <input type="checkbox"/>	Ulcération <input type="checkbox"/>	Végétation <input type="checkbox"/>	Atrophie <input type="checkbox"/>	Vésicule <input type="checkbox"/>	Sclérose <input type="checkbox"/>	Bulle <input type="checkbox"/>	Nécrose <input type="checkbox"/>	Pustule <input type="checkbox"/>	Purpura <input type="checkbox"/>	Erythème <input type="checkbox"/>	
Macule <input type="checkbox"/>	Desquamation <input type="checkbox"/>																	
Papule <input type="checkbox"/>	Erosion <input type="checkbox"/>																	
Nodule <input type="checkbox"/>	Ulcération <input type="checkbox"/>																	
Végétation <input type="checkbox"/>	Atrophie <input type="checkbox"/>																	
Vésicule <input type="checkbox"/>	Sclérose <input type="checkbox"/>																	
Bulle <input type="checkbox"/>	Nécrose <input type="checkbox"/>																	
Pustule <input type="checkbox"/>	Purpura <input type="checkbox"/>																	
Erythème <input type="checkbox"/>																		

<p><u>Diagnostic suspecté :</u></p>

<p><u>Nature du prélèvement :</u></p> <p>Site du prélèvement :</p> <p>Date du prélèvement : ___/___/___</p> <p>Heure du prélèvement : ___h___</p>

Annexe 4

<p><u>Identité du patient :</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance : ____/____/____</p> <p>Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/></p> <p>Numéro de sécurité sociale :</p> <p>Caisse de sécurité sociale : _____</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <small>www.chu-nancy.fr</small> </div> <div style="text-align: center;">  <small>pôle laboratoires</small> </div> <div style="text-align: right;"> Réservé au Service de Pathologie </div> </div> <p>N° d'enregistrement :</p> <p>Date de réception :</p> <p>Heure de réception :</p>	
<p><u>Identité du médecin préleveur :</u></p> <p>Nom :</p> <p>Signature et tampon :</p>		
<h3><u>Tumeur cutanée</u></h3>		
<p><u>Renseignements cliniques :</u></p> <p>Phototype : I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/></p> <p>Peau à risque :</p> <p>Exposition solaire <input type="checkbox"/></p> <p>Photothérapie <input type="checkbox"/></p> <p>Exposition aux carcinogènes <input type="checkbox"/></p> <p>Radiothérapie <input type="checkbox"/></p> <p>Ulcération chronique <input type="checkbox"/></p> <p>Immunodépression <input type="checkbox"/></p> <p>Antécédent personnel de cancer cutané <input type="checkbox"/></p> <p>Topographie de la lésion :</p> <p>Zones photo-exposées <input type="checkbox"/></p> <p>Lésion pré-existante <input type="checkbox"/></p>	<p>Caractéristiques de la lésion :</p> <p>Nodule <input type="checkbox"/></p> <p>Végétation <input type="checkbox"/></p> <p>Ulcération <input type="checkbox"/></p> <p>Sclérose <input type="checkbox"/></p> <p>Nécrose <input type="checkbox"/></p> <p>Saignement <input type="checkbox"/></p> <p>Ancienneté de la lésion : _____</p> <p>Coloration de la lésion :</p> <p>Erythémateuse <input type="checkbox"/></p> <p>Pigmentée <input type="checkbox"/></p> <p>Achromique <input type="checkbox"/></p> <p>Polychrome <input type="checkbox"/></p>	<p>Taille de la lésion :</p> <p>_____</p> <p>Informations complémentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><u>Diagnostic suspecté :</u></p>		
<p><u>Nature du prélèvement :</u></p> <p>Site du prélèvement :</p> <p>Date du prélèvement : ____/____/____</p> <p>Heure du prélèvement : ____h____</p>		

Annexe 5

Questionnaire final

Nom	
-----	--

Les 3 premières questions concernent les docteurs ayant réalisé des biopsies au cours de la formation

-
1. Vous avez réalisé des biopsies exérèses (si non, passez à la question suivante) : Avez-vous rencontré des difficultés particulières avec les étapes suivantes ?
- Le geste en lui-même
 - La gestion des complications
 - L'interprétation des résultats d'anatomopathologie
 - L'organisation d'une reprise chirurgicale si nécessaire
 - L'organisation du suivi du patient
 - Aucune difficulté
-
2. Vous avez réalisé des biopsies au poinçon (si non, passez à la question suivante) : Avez-vous rencontré des difficultés particulières avec les étapes suivantes ?
- Le geste en lui-même
 - La gestion des complications
 - L'interprétation des résultats d'anatomopathologie
 - L'adaptation de la thérapeutique si nécessaire
 - Aucune difficulté
-
3. Vous avez réalisé des biopsies (si non passez à la question suivante) : Avez-vous rencontré les situations suivantes ?
- Votre patient ne pouvait se rendre en consultation chez le dermatologue (pas de moyen de transport et/ou pas de famille et/ou patient grabataire)
 - Votre patient ne pouvait se rendre en consultation chez le dermatologue dans un délai acceptable
 - Après avoir réalisé la biopsie, vous avez adressé le patient à dermatologue pour la suite de la prise en charge
-
4. Après cette formation, pensez-vous avoir une formation suffisante pour réaliser des biopsies cutanées ?
- Oui
 - Non

5. Après cette formation, pensez-vous que les médecins généralistes doivent réaliser des biopsies cutanées ?

- Oui
- Non

6. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous renoncé à effectuer une ou plusieurs biopsies ?

- Oui
- Non

7. Si oui, pour quelles raisons ?

- Le coût
- Le temps de réalisation
- Les conditions matérielles nécessaires
- Le risque de complications
- Le manque de formation

8. Aimerez-vous participer à une formation complémentaire à la pathologie cutanée ?

- Oui
- Non

9. Aimerez-vous participer à une formation complémentaire à la dermatoscopie ?

- Oui
- Non

Annexe 6

Post-Test de connaissances

Nom	
Date	18/12/2018

1. Parmi ces lésions, lesquelles sont des indications à la biopsie cutanée ?

- Lésion asymétrique, à bords irréguliers, de couleur hétérogène, ayant récemment augmenté de taille



- Ulcère d'évolution défavorable à 6 mois de protocoles pansements adaptés



- Lésion symétrique, de couleur homogène, de petite taille, n'évoluant pas



- Ulcère d'apparition récente, contexte d'insuffisance veineuse



- Lésion d'évolution défavorable sous traitement bien conduit



- Lésion d'apparition récente, non traitée, 1^{ère} consultation



- Lésion évoluant favorablement sous traitement bien conduit



2. Devant cette lésion (<1cm), quelle type de biopsie est indiquée ?



- Au punch
- Exérèse
- A la curette
- Par rasage

3. Devant ces lésions, quel type de biopsie est indiquée ?



- Au punch
- Exérèse
- A la curette
- Par rasage

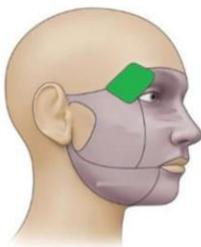
4. Lesquelles des propositions suivantes sont des contre-indications de l'anesthésie locale adrénalinée ?

- Biopsie des extrémités
- Traitement par anticoagulant
- Traitement par antidépresseur de type IMAO 1^{ère} génération
- Cardiopathie ischémique mal compensée
- Hypertrophie bénigne de la prostate

5. Suite à la biopsie-exérèse d'une tumeur cutanée, je reçois les résultats de l'anatomopathologie : il s'agit d'un carcinome basocellulaire de pronostic intermédiaire, l'exérèse est complète sans marge de sécurité. Que fais-je ?

- L'exérèse est complète, je considère la prise en charge thérapeutique terminée, je revois mon patient pour le retrait des fils puis pour son suivi habituel
- J'organise la reprise chirurgicale pour assurer des marges de sécurité suffisantes
- J'organise un bilan complémentaire pour m'assurer de l'absence de métastases à distance

6. Une lésion cutanée se situant dans la zone verte semble être une indication à une biopsie cutanée. Que fais-je ?



- J'informe mon patient des risques et j'organise la réalisation du geste à mon cabinet
- J'adresse mon patient à un spécialiste.

Annexe 7

LA PRESSE MEDICALE
en ligne sur / on line on
www.em-consulte.com/revue/lpm
www.sciencedirect.com

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

**Le respect des présentes recommandations est un prérequis à l'évaluation des manuscrits.
Tout manuscrit ne respectant pas ces règles sera renvoyé aux auteurs.**

L'objectif de *La Presse Médicale* est de promouvoir l'excellence dans la pratique médicale en diffusant les résultats de travaux de recherche clinique et en proposant une formation médicale continue de qualité. Les articles peuvent être soumis en français ou en anglais (sauf pour les *articles originaux* et les articles destinés au *Quarterly medical review*, exclusivement en *anglais*).

POLITIQUE DE PUBLICATION

En soumettant un article pour publication, tous les auteurs et leurs éventuels co-auteurs garantissent qu'ils ont approuvé ledit article, que cet article n'a pas été soumis pour publication à une autre revue et n'a pas été publié auparavant. Les travaux soumis doivent être conformes aux recommandations éthiques de la déclaration d'Helsinki. Ils doivent avoir été soumis, s'ils le requièrent, soit à un comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB), soit à un comité d'éthique. Quand un travail a été soumis à l'une de ces institutions, il doit en être fait mention dans le texte.

La Presse Médicale adhère aux recommandations pour les manuscrits soumis aux journaux internationaux, proposées par le groupe de Vancouver¹. Les auteurs sont encouragés à les consulter pour des compléments d'information. Destinées aux auteurs, rédacteurs et lecteurs, elles proposent

des normes de présentation des manuscrits, des règles de responsabilité et d'éthique à respecter et édictent des bonnes pratiques en matière de conflit d'intérêts et de double publication.

SOUSSION DES MANUSCRITS

La soumission des manuscrits doit se faire exclusivement par l'intermédiaire du système Elsevier Editorial System (EES) sur le site <http://ees.elsevier.com/lpm/>

- Le nouvel utilisateur accède à la page d'accueil du site de soumission en ligne et clique sur le bouton Register dans le menu figurant en haut de l'écran, pour compléter les informations demandées : first name (prénom), last name (nom) et adresse e-mail. Il recevra peu après un mail de confirmation contenant son username (nom d'utilisateur) et son password (mot de passe).
- L'enregistrement ne s'effectue qu'une seule fois, lors de la toute première utilisation. À chaque utilisation suivante, il suffit de cliquer directement sur Login pour s'identifier, de saisir le nom d'utilisateur et le mot de passe puis de cliquer dans la case Author login pour entrer dans le système.
- Une fois identifié et entré dans le système, l'auteur souhaitant soumettre un manuscrit suit le cheminement indiqué pour saisir les différentes informations afférant à la soumission, ainsi que pour télécharger les fichiers de son manuscrit.

¹ International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. Version mise à jour en 2010. www.icmje.org

Attention ! La soumission électronique nécessite l'envoi de fichiers distincts obligatoires comprenant :

1. Le manuscrit
2. Les tableaux et les figures (schémas, dessins, photos en couleur ou noir et blanc), qui doivent toujours être fournies en fichiers séparés, à raison d'un fichier par figure.

Consignes pour la remise de l'iconographie sous format numérique

Attention : les figures ne doivent pas être élaborées avec les logiciels bureautiques Microsoft Powerpoint®, Paintbrush®, MacDrawPro®. Sous ces formats, les figures ne sont ni récupérables, ni exploitables en édition professionnelle. Pour la remise de l'iconographie sous format informatique, respectez impérativement les consignes suivantes :

- Les figures doivent impérativement être transmises au format EPS (.eps), JPEG (.jpeg ou .jpg) ou TIFF (.tif) avec une résolution de 300 dpi minimum pour une largeur de 85 millimètres. Les formats Word® et Excel® sont également acceptés;
- les fichiers des figures numériques doivent être clairement identifiés et nommés en conformité avec les appels dans le texte (figure 1A, figure 2, figure 3C, etc.).

Pour tout problème technique, merci de vous adresser à notre service d'aide aux auteurs : authorsupport@elsevier.com

RUBRIQUES

Les manuscrits soumis doivent correspondre à l'une des rubriques suivantes.

Éditoriaux

Le(s) auteur(s) expose(nt) un thème ou présente(nt) leur(s) opinion(s) en expliquant leur position sur un sujet qu'il(s) connaît(en)t bien. L'éditorial peut attirer l'attention sur un sujet d'actualité ou un article de la revue ; il peut poser une question et apporter une réponse avec des arguments ; il peut traiter

d'un sujet polémique, et dans ce cas les auteurs se doivent de prendre position.

Les thèmes peuvent être médicaux ou concerner l'évolution du système de santé, voire l'organisation des soins ou des professions médicales. Les éditoriaux ne doivent pas contenir de résultats originaux ou des observations cliniques. Les éditoriaux doivent être brefs (7 000 signes, espaces compris) et avoir moins de 10 références. Ils peuvent être soumis spontanément ou sollicités par le Comité de Rédaction.

Articles originaux

Il s'agit de la présentation de résultats scientifiques originaux dans un format qui permet de comprendre et, si possible, de refaire le travail. Les articles originaux ont moins de 35 000 signes, espaces compris, et moins de 40 références. Le comité de rédaction vérifie **dix points essentiels** avant d'envoyer un article original aux lecteurs-experts².

- L'article doit être rédigé en **langue anglaise**
- Le plan est-il de type **IMRAD** (Introduction, Méthodes, Résultats And Discussion) ?

Cela, pour répondre à 4 questions :

- pourquoi ce travail a-t-il été fait? (introduction) ;
- comment avons-nous fait ce travail? (méthodes) ;
- qu'avons-nous observé ? (résultats) ;
- que pensons-nous de notre travail? (discussion).

- La (les) dernière(s) phrase(s) de l'introduction précis(ent)-elle(s) la **question posée**, s'il s'agit d'une **étude expérimentale**?

- Dans le cas d'une étude descriptive, les **points d'intérêt du travail** sont-ils indiqués?

- Le début de la **discussion** répond-il à la question de la fin de l'introduction (ce qui rend inutile une conclusion à la fin du travail) ? Pour une étude descriptive, la discussion débute-t-elle par les points essentiels mis en évidence ?

² Maisonneuve H, Letonturier P, Lorette G. Analyse des articles de La Presse Médicale, de nouvelles procédures. Presse Med 2004;33:1158-9.

- Toutes les **données chiffrées** sont-elles homogènes dans les tableaux et le texte ? Les sommes des pourcentages sont-elles égales à 100 ? Y a-t-il des modifications d'effectifs inexpliquées dans le texte ?
- Un **style** précis et simple est-il utilisé dans la revue ? (phrases courtes ; faits passés exposés au passé composé, voire à l'imparfait ; données générales exposées au présent ; mots précis, etc.)
- Le **titre** est-il en parfaite adéquation avec le contenu de l'article ?
- Le **résumé** est-il structuré en 5 paragraphes
 - Objectif(s)
 - Méthodes(s)
 - Résultats
 - Discussion
 - Conclusion

En cas d'étude descriptive, s'agit-il des paragraphes :

- Intérêt du travail
- Méthodes
- Résultats
- Perspectives
- Les **références** sont-elles citées par ordre d'apparition dans le texte ?

Enfin, **La Presse Médicale** demande aux auteurs de proposer un encadré « Ce qui était connu » et « Ce qu'apporte l'article » sous la forme de 3 à 5 points essentiels.

Evaluation et progrès

Objectif de cette rubrique : mieux informer les praticiens français sur les problématiques de la recherche clinique qui n'est pas limitée aux médicaments et aux produits de santé mais englobe toutes les méthodes de recherche sur la personne humaine, épidémiologiques, économiques, qualitatives... Les thématiques abordées sont diverses : méthodologies de recherche, recherches interventionnelles et observationnelles, comités d'éthique, droit à la recherche, risques versus bénéfices, financement, liens d'intérêts, compétitivité, métiers de la recherche clinique, rôle des sociétés de service, rôle des institutions, attractivité et valorisation avec des partenariats

public/privé, organisation dans les établissements de santé, communication, registres de protocoles, accès aux données sources, notes sur des points d'histoire, opinions sur des concepts nouveaux et sur des innovations, place des associations de patients, etc. Ces articles n'ont pas de titre anglais, ni de résumé français et anglais. Ils sont rédigés en français.

Opinion / Partage d'expérience/ Enjeux de Santé Publique/ Avis d'expert

Comme leur nom l'indique, ces rubriques sont des lieux d'expression pour des travaux de qualité, présentant un intérêt certain pour notre lectorat, qu'il s'agisse de la thématique abordée et/ou de l'argumentaire scientifique utilisé et qui :

- ne sont pas des articles originaux au sens propre et/ou méthodologique ;
- et/ou relatent des expériences de soins d'intérêt collectif ;
- et/ou reflètent des opinions ou un avis d'expert non conventionnels
- et/ou traitent de l'organisation de la santé et des grands enjeux qui nous attendent.

Ces articles ont un titre en anglais et en français, mais pas de résumé. Ils sont rédigés en français et comprennent au maximum 15 000 signes et 10 références. Comme pour un éditorial, la partialité et la prise de position sont possibles, voire recommandées.

Revue systématique

Les revues systématiques sont des synthèses de données publiées dans des articles originaux et commentées par l'auteur qui en évalue la valeur scientifique. La revue systématique est exhaustive et souvent consacrée à un vaste sujet³. Ces revues systématiques sont présentées comme des articles scientifiques originaux.

Elles ont moins de 50 000 signes, espaces compris. L'auteur doit exposer pourquoi il a fait

³ Maisonneuve H, Boiteux A, Letonturier P, Lorette G. Revues systématiques et mises au point dans La Presse Médicale, de nouvelles instructions pour les auteurs. Presse Med 2004;33:1558-60.

une revue de la littérature, comment il a travaillé, ce qu'il a observé et ce qu'il en pense. La réalisation de cette revue générale suit donc la structure IMRAD (Introduction, Méthodes, Résultats And Discussion) et répond à certaines exigences.

En effet, elle doit :

- traiter d'un **sujet précis** dont l'énoncé est clairement exprimé dans l'introduction ;
- dans le chapitre « **méthodes** » ou son équivalent, exposer les sources utilisées pour collecter l'information (sources documentaires, langues, mots-clés, etc.) et indiquer les critères retenus pour sélectionner certaines références parmi l'ensemble des travaux qui ont été lus ; par exemple, l'auteur d'une revue générale sur le traitement d'une maladie peut ne sélectionner que les études prospectives contrôlées ou d'un niveau de preuve scientifique déterminé ;
- détailler les **résultats** obtenus ;
- **commenter** ces résultats et leur pertinence et, le cas échéant, suggérer des orientations de recherche pour des travaux futurs ; lorsque des résultats sont contradictoires, l'opinion personnelle des auteurs, ainsi que des suggestions pour résoudre les points controversés, permettent aux lecteurs de clarifier leurs idées sur le sujet.

Le nombre des **références** n'est pas limité.

Le **résumé** est structuré avec les paragraphes suivants :

- Contexte
- Objectif
- Sources documentaires (mots clés et langue)
- Sélection des études
- Résultats
- Limites du travail
- Conclusion

Une revue systématique peut dans certains cas faire l'objet d'un travail de compilation de données et d'analyses statistiques sous forme d'une méta-analyse. Les points essentiels en termes de qualité de rédaction, détaillés ci-dessus pour les articles originaux, s'appliquent aux revues systématiques.

Les revues systématiques peuvent être soumises en français ou en anglais.

Mises au point

La mise au point consiste, comme son intitulé l'indique, à faire le point sur un sujet dans un but de synthèse pédagogique³. C'est un article d'**enseignement**.

Certains sujets, d'actualité par exemple, ne nécessitent pas un exposé trop long. Il s'agit d'une forme plus concise de revue de la littérature que les revues générales, avec moins de 40 000 signes, espaces compris et des références sélectionnées en nombre limité (inférieur à 30).

Le **plan** de l'exposé est libre, mais doit faire apparaître clairement la logique pédagogique de l'article par l'usage des différents niveaux de titres et sous-titres de paragraphes.

L'auteur focalise son propos sur un **point particulier ou nouveau** qui mérite d'être porté à la connaissance des lecteurs. Les mises au point émanent d'auteurs qui ont une bonne connaissance pratique du sujet, et leur expérience personnelle enrichit la discussion.

La différence entre les commentaires des auteurs d'articles publiés et cités, et l'opinion personnelle des auteurs de la mise au point doit apparaître clairement.

La Presse Médicale demande aux auteurs de proposer un **encadré** avec les 5 à 7 points essentiels (en français et en anglais) de la mise au point, qui remplace le résumé.

Histoire de la médecine

Pour les articles de cette rubrique le plan est libre, mais **La Presse Médicale** invite les auteurs à structurer leur texte, en titrant chaque partie et sous-partie.

L'article peut être accompagné, de tableaux ou figures. Il n'y a pas de résumé.

Lettres à la rédaction

Les lettres à la rédaction peuvent porter sur des résultats préliminaires d'une étude, une information scientifique ou professionnelle.

Les lettres à la rédaction peuvent aussi aborder des sujets d'actualité.

Les lettres à la rédaction ne doivent pas excéder 5 000 signes + 1 tableau ou figure. Le nombre des auteurs ne doit pas dépasser 5 et le nombre de références doit être limité à 10.

Il n'y a pas de résumé.

Si la lettre est l'objet d'un cas clinique, il doit rapporter un fait original : première observation d'un fait clinique, effet thérapeutique inattendu, effet secondaire inattendu, etc.

Il n'est pas utile de rapporter un fait relativement rare déjà publié à plusieurs reprises, ni l'association fortuite de 2 maladies rares (voire plus !).

Le texte doit avoir moins de 10 000 signes, espaces compris. Il n'a pas de résumé.

Un cas clinique a moins de 15 références.

La **rédaction** du cas clinique doit être structurée en 2 parties :

- l'observation doit être rapportée brièvement, en limitant les données marginales non utiles au diagnostic ou à la discussion, et rédigée dans un style simple, avec des phrases courtes et des verbes au passé (si possible au passé composé) ;
- la discussion a pour but de commenter le cas. Cette discussion doit donc être relativement courte et ne pas dépasser la moitié de l'article. Elle débute en rappelant l'originalité de l'observation et indique ensuite ce qu'elle apporte de nouveau par rapport à la littérature, mais ce n'est pas une revue de la littérature. Une critique de l'observation est faite si nécessaire (examens manquants, etc.). Le paragraphe se termine sur les perspectives ouvertes par cette observation, sans bien sûr conclure sur des conseils ni des conduites à tenir : un cas clinique ne devant en aucun cas être rapporté pour faire de l'enseignement, les commentaires ne doivent pas avoir un but didactique.

La discussion ne doit pas être une revue de la littérature.

Vignettes remarquables
(ex-Images en médecine)

Il s'agit de présenter une à deux photographies typiques de manifestations cliniques ou d'examens complémentaires (imagerie) avec un texte de moins de 3 000 signes (espaces compris), un tableau diagnostique systématique et moins de 5 références.

Les documents iconographiques soumis doivent être des originaux d'excellente qualité et d'intérêt didactique ; il est souhaitable d'indiquer par une flèche l'anomalie à remarquer. Le titre doit être informatif.

En pratique

Les articles de la rubrique **En pratique** ont pour objectif d'exposer une observation, mais de laisser le lecteur établir son diagnostic.

L'article se compose en **trois parties** :

- Une observation contenant les éléments cliniques et les examens complémentaires nécessaires au diagnostic. Cette partie rédigée au passé et avec des phrases courtes doit se terminer par la mention « Quel est votre diagnostic ? »
- Un court paragraphe révélant le diagnostic, avec un commentaire éventuel.
- Une discussion relativement courte incluant une définition de la maladie, un commentaire du cas (sans se lancer dans une revue de la littérature), les possibles pièges ou difficultés diagnostiques soulevées par l'observation rapportée.

Le diagnostic ne doit bien sûr apparaître ni dans le titre, ni dans la première partie de l'article. L'article ne comporte pas de résumé, il se limite à 15 000 signes espaces compris, et 15 références au maximum.

Correspondance

La Presse Médicale incite les lecteurs à s'exprimer sur un article publié. Ces avis doivent être envoyés dans les **2 mois suivants** la publication de l'article commenté. Ils sont en général transmis à l'auteur de l'article qui peut exercer un droit de réponse, qui sera publié avec la correspondance initiale. Les lettres à la rédaction peuvent aussi porter sur des sujets d'actualité. Il peut s'agir aussi d'un résultat

préliminaire, d'une information scientifique ou professionnelle.

PRESENTATION GENERALE DES MANUSCRITS

Dactylographie

Les manuscrits doivent être saisis dans un logiciel de traitement de texte, Microsoft Word® de préférence, justifiés, dans la police de caractères « Times New Roman », en corps 12, avec un interlignage double.

Si l'auteur utilise des abréviations dans le corps du texte, il est indispensable de les expliciter lors de leur première apparition (sauf s'il s'agit d'une unité de mesure internationale) et de les regrouper, si elles sont nombreuses, sous la forme d'un glossaire.

Les médicaments doivent être mentionnés selon leur dénomination commune ou leur nom chimique.

Page de titre

La page de titre contient :

- le titre de l'article (titre français et titre anglais), avec éventuellement un sous-titre,
- les noms et prénoms des auteurs dans l'ordre dans lequel ils apparaîtront lors de la publication,
- les affiliations de chacun des auteurs,
- un décompte du nombre de signes du corps du texte (excluant le résumé, les illustrations et les références),
- le nom et l'adresse de l'auteur en charge de la correspondance avec son adresse e-mail (impératif),
- les remerciements,
- les sources de financements et les liens d'intérêts⁴.

Figures et tableaux

Les documents iconographiques – figures et tableaux – sont obligatoirement appelés dans le

texte et conformes aux recommandations suivantes.

- **Les figures** sont numérotées en chiffres arabes, par ordre d'apparition dans le texte où elles sont appelées (figure 1).

- **Les tableaux** sont numérotés en chiffres romains, par ordre d'apparition dans le texte : (tableau I).

- **Les légendes** des figures sont portées les unes à la suite des autres en fin d'article, sur une feuille séparée.

- **Les figures** doivent être présentées chacune sur un feuillet séparé, et fournies en fichiers séparés à raison d'un fichier par figure ; elles sont toutes accompagnées d'une légende.

Des explications ou notes diverses nécessaires à la compréhension figurent au-dessous de chaque tableau.

- **La reproduction** de documents déjà publiés doit être accompagnée de l'autorisation de l'éditeur ou de l'auteur possesseur du copyright.

- **Les abréviations** sont à éviter. Si la figure et/ou le tableau comporte des abréviations, il faut les expliciter dans la légende.

- **Les médicaments** doivent être mentionnés selon leur dénomination commune internationale ou leur nom chimique. Les noms commerciaux doivent être mentionnés entre parenthèses après la DCI.

Les symboles, chiffres et textes des figures sont clairs et de taille suffisante pour que chaque élément soit parfaitement lisible.

En aucun cas les figures ne doivent être intégrées directement dans le corps du texte.

La publication d'illustrations en couleur est recommandée.

Références

Les références bibliographiques, limitées selon la rubrique retenue, sont portées en fin d'article, numérotées selon l'ordre d'apparition dans le texte. Toutes les références doivent être appelées dans le texte (y compris celles appelées dans les figures et tableaux) : le numéro de la référence bibliographique citée est mentionné entre crochets.

⁴ Maisonneuve H, Boiteux A, Letonturier P, Lorette G, Guillemin L. Conflits d'intérêts : transparence plutôt que chasse aux sorcières. Presse Med 2005;34:1052-4.

- **Les références d'articles parus dans un périodique** doivent comporter le nom des 6 premiers auteurs avec les initiales des prénoms (suivis de « et al. » à partir du 7^e auteur), le titre complet de l'article dans la langue originale, le nom de la revue selon les abréviations de l'Index Medicus, l'année, le numéro du tome, la première et la dernière page abrégée du texte.

La présentation – style et ponctuation suit scrupuleusement les 3 exemples suivants :

[1] Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. *Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Ann Intern Med 2005;143:659-72.*

[2] Champault A, Dagher I, Vons C, Franco D. *Laparoscopic hepatic resection for hepatocellular carcinoma. Retrospective study of 12 patients. Gastroenterol Clin Biol 2005;29:969-73.*

[3] Guilpain P, Chanseaud Y, Tamby MC, Mahr A, Servettaz A, Guillevin L et al. *Pathogénie des vascularites systémiques primitives (I) : vascularites ANCA-positives. Presse Med 2005;34:1023-33.*

- **Les citations de livres** doivent comporter les noms des auteurs, le titre du livre, la ville, le nom de la maison d'édition et l'année de publication.

La présentation – style et ponctuation suit scrupuleusement les 2 exemples suivants :

[3] Danowski RG, Chanussot JC. *Traumatologie du sport. 7e ed. Paris: Masson; 2005.*

[4] Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. *Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.*

Liens d'intérêts

La revue suit les pratiques internationales relatives aux liens d'intérêts. Toute soumission de manuscrit doit être accompagnée d'une déclaration de lien d'intérêts. Toutes les sources de financement du travail doivent être mentionnées.

Tous les auteurs doivent donc signaler tout lien d'intérêts que pourrait susciter leur travail de manière générale en suivant les recommandations ci-dessous citées :

Un lien d'intérêts existe quand un auteur et/ou un coauteur a des relations financières ou personnelles avec d'autres personnes ou organisations qui sont susceptibles d'influencer ses jugements professionnels concernant une valeur essentielle (bien du patient, intégrité de la recherche...). Les principaux liens d'intérêts étant les intérêts financiers, les essais cliniques pour le compte d'un industriel de la santé, les interventions ponctuelles, les relations familiales...

1. Au cas où il n'existe aucun lien d'intérêts, la mention suivante doit être ajoutée directement en fin de manuscrit (avant les références bibliographiques) :

L'auteur [Les auteurs] déclare[ent] ne pas avoir de liens d'intérêts.

2. Au cas où il existe un (ou plusieurs) lien(s) d'intérêts pour un ou plusieurs des auteurs de l'article, la liste complète de ceux-ci doit être mentionnée en fin de manuscrit (avant les références bibliographiques) et ce conformément à la présentation ci-dessous. Les initiales de(s) l'auteur(s) concerné(s) et le nom de l'entreprise associée sont à ajouter à la liste exhaustive figurant ci-après des liens d'intérêts potentiels qui sont à déclarer.

Exemples :

C.R., E.L. Intérêts financiers dans l'entreprise Barbot S.A. E. L. Propriétaire, dirigeant, employé, participation à un organe décisionnel d'une entreprise - Autres activités régulières dans l'entreprise Chups SAS

J.-J.E. Essais cliniques : en qualité d'investigateur principal, coordonnateur ou expérimentateur principal pour RTM SARL

P.L. Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude pour Light & Co

F.W. Interventions ponctuelles : rapports d'expertise pour EFS Associated

M.D. Interventions ponctuelles : activités de conseil pour SFC

C.G. Conférences : invitations en qualité d'intervenant pour KKS & Son

M.S. Conférences : invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise) pour Régis SA

C.-A. S. Versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable : Aphelion

M.F. Proches parents salariés dans les entreprises visées ci-dessus

3. Au cas où aucun lien d'intérêt n'a été

transmis par l'auteur (les co-auteurs) la mention suivante sera publiée dans l'article :
L'auteur [Les auteurs] n'a [n'ont] pas précisé ses [leurs] éventuels liens d'intérêts.

CORRECTION D'ÉPREUVES, TIRES À PART

Lors de la mise en production du manuscrit accepté pour publication, l'éditeur enverra à l'auteur correspondant un formulaire de transfert de droits par courrier électronique, qui sera dûment complété et signé par l'auteur responsable de l'article pour le compte de tous les auteurs, puis retourné à l'éditeur dans les plus brefs délais.

L'auteur correspondant recevra les épreuves électroniques de son article sous format PDF. Les modifications portant sur le fond ne sont pas acceptées sur les épreuves. Les corrections se limiteront à la typographie. Les auteurs feront le nécessaire pour retourner à l'éditeur les épreuves corrigées, dans les 48 heures suivant leur réception et ce à toute période de l'année.

En cas de retard, l'éditeur se réserve le droit de procéder à l'impression sans les corrections de l'auteur.

Dès parution de l'article, l'auteur est réputé avoir transféré ses droits à l'éditeur, à qui devront être adressées les demandes de reproduction.

À parution, l'auteur correspondant recevra son tiré à part sous format électronique (.pdf).

COMPLÉMENTS ÉLECTRONIQUES

La Presse Médicale invite les auteurs à soumettre avec leur article des compléments électroniques. Il peut s'agir de tableaux, figures, vidéos, QCM ...

Les compléments électroniques ont pour but d'offrir au lecteur une meilleure condition de lecture d'un élément de l'article (par exemple : grand tableau, trop nombreuses figures), ou d'approfondir un point de l'article, ou encore d'élargir le travail des auteurs.

Il est désormais possible de soumettre des éléments multimédia complémentaires pour accompagner et enrichir vos articles. Ces éléments (images, vidéo, audio, archives, tableaux, présentations...) seront accessibles uniquement en ligne (le lien vers la page de référence étant indiqué dans la version papier de votre article) et seront signalés par un pictogramme figurant en première page de l'article ainsi qu'au sommaire. Vous pourrez ainsi proposer des images (.gif, .tif, .jpg, .svg, .png, etc.), des vidéos (.mov, .avi, etc.), des podcasts (.mp3, .wma, .wav), des documents (.doc, .pdf, etc) des tableurs (.xls, .csv, etc.) ou des présentations (.ppt, .pps, etc.).

Les compléments électroniques disponibles sont identifiés par les pictogrammes ci-dessous.

Le logo CrossMark ne correspond pas à un complément électronique : en cliquant sur le logo, le lecteur connaît le stade du document lu. *(voir tableau page suivante)*

RÉSUMÉ

Dans le département des Vosges, l'accès aux consultations de dermatologie est devenu difficile en raison d'une démographie médicale en constant déclin. Les médecins généralistes font face à une demande croissante de leurs patients pour le diagnostic et la prise en charge de leurs pathologies cutanées. La biopsie cutanée est un geste simple et sûr, et est un outil diagnostique et parfois thérapeutique utile. Elle est pratiquée de manière courante par les médecins généralistes au Royaume-Uni et en Australie. Notre étude avait pour objectif d'évaluer une formation médicale continue à la formation de la biopsie cutanée à destination des médecins généralistes.

Nous avons organisé 2 séances de formation à la biopsie cutanée espacées de 3 mois pour un public de 25 médecins généralistes vosgiens et avons comparé leurs connaissances théoriques avant et après la formation sur 4 grands thèmes : les indications, les contre-indications, les types de biopsies et les marges d'exérèses recommandées en fonction des diagnostics suspectés. Nous avons également analysé les biopsies cutanées qu'ils ont réalisées sur cette période afin d'étudier leurs performances sur 4 grands critères : qualité des informations cliniques, corrélation anatomoclinique, caractère complet de l'exérèse le cas échéant, et caractère approprié de la biopsie.

Des 25 médecins formés, 19 ont pratiqué la biopsie cutanée pour un total de 50 biopsies cutanées. L'apprentissage des médecins généralistes a été jugé significatif pour 2 des 4 thèmes : les contre-indications et les marges d'exérèses recommandées. L'étude des performances des médecins généralistes a montré une bonne qualité des informations cliniques dans 80% des cas, une bonne corrélation anatomoclinique dans 56% des cas, une exérèse complète dans 84% des cas et une biopsie appropriée dans 92% des cas. Ces données ont été comparées aux données existantes de la littérature médicale et montrent des performances non inférieures à celles des médecins généralistes britanniques pour 3 des 4 critères.

La pratique de la biopsie cutanée par les médecins généralistes est possible avec de bons résultats sans perte de chance pour le patient, bien que leurs performances soient inférieures à celles des médecins spécialistes. Elle peut permettre de palier au déficit d'offre de soins dans des régions sous-dotées et doit s'accompagner d'une formation continue appropriée.

TITRE EN ANGLAIS

Creation and evaluation of a cutaneous biopsy training in general medicine.

THESE : MEDECINE GÉNÉRALE ANNÉE 2019

MOTS CLÉS

Biopsie cutanée, médecine générale, médecins généralistes, formation médicale continue, exérèse, punch.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye, 54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY