



HAL
open science

Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes bas-normands

Élodie Kowal

► To cite this version:

Élodie Kowal. Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes bas-normands. Médecine humaine et pathologie. 2022. <dumas-03999150>

HAL Id: dumas-03999150

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03999150v1>

Submitted on 21 Feb 2023

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.



HAL Authorization

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2022

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 septembre 2022

par

KOWAL Elodie

Née le 21/11/1991 à Caen (*Calvados*)

TITRE DE LA THÈSE :

**DEPISTAGE DES CANCERS CUTANES EN MEDECINE GENERALE :
Etude qualitative auprès de 12 médecins généralistes bas-normands**

Président : Madame le Professeur DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne

Membres : Madame le Docteur NOEL-DE JAEGHER Sophie

Madame le Docteur ARMAND Audrey

Madame le Docteur DAULNE Anaële, directrice de thèse

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

AssesseursProfesseur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile

M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

M. VEYSSIERE Alexis Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. VILLAIN Cédric Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey Médecine générale
M. BANSARD Mathieu Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André Médecine générale
Mme NOEL-DE JAEGER Sophie Médecine générale
M. PITHON Anni Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas Médecine générale
Mme SCHONBRODT Laure Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle Pharmacologie fondamentale

Remerciements

A Madame le Professeur Domp martin-Blanchère,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse,
Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur NOEL-DE JAEGHER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assurée de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur ARMAND,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse,
Soyez assurée de ma gratitude.

A Anaële, ma directrice de thèse, sans qui ce travail ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui.

Merci de ton aide précieuse, ta gentillesse et ta bienveillance. Je t'en suis très reconnaissante.

Aux médecins généralistes interrogés, sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Merci à vous.

A mes maîtres de stage,

J'ai beaucoup appris à vos côtés. Merci pour votre bienveillance et votre accompagnement.

A ma maman, Merci pour ton amour et ton soutien. Je t'aime de tout mon coeur.

A mes sœurs,

Merci ma grande sœur pour ta contribution à l'analyse des entretiens. Je te souhaite plein de bonheur avec ta petite famille.

Merci à ma petite sœur, pour tous ces moments de complicité.

Je vous aime.

A mes amis, de Normandie et ceux rencontrés en Martinique, pour tous ces moments inoubliables partagés avec vous.

Abréviations

CBC : Carcinome BasoCellulaire

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

IA : Intelligence Artificielle

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

MG : Médecin Généraliste

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SNDV : Syndicat National des Dermatologues – Vénérologues

INDEX des figures et tableaux

Index des figures

Figure 1 : Densités régionales de Dermatologues en France en 2021.....	2
Figure 2 : Pyramides des âges des Dermatologues en 2021.....	2
Figure 3: Arbre thématique sur les facteurs influençant le dépistage des cancers cutanés par les médecins généralistes.....	24
Figure 4: Arbre thématique des pistes de solutions pour améliorer le dépistage des cancers cutanés en Médecine Générale.....	36

Index des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques de la population de l'échantillon (H=Homme et F=Femme).....	9
-----------------------------------------------------------------------------------------	---

Sommaire

Introduction.....	1
1. Contexte épidémiologique.....	1
1.1 Incidence des cancers cutanés.....	1
1.2 La démographie des dermatologues en France.....	1
2. Bases du dépistage dermatologique.....	3
3. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage des cancers cutanés.....	4
4. Objectifs de l'étude.....	4
Méthode.....	5
1. Type d'étude.....	5
2. Initiation à la recherche qualitative.....	5
3. Choix de la population.....	5
4. Constitution de l'échantillon.....	5
5. Prise de contact.....	6
6. Ethique.....	6
7. Réalisation des entretiens.....	6
8. Méthode d'analyse.....	7
Résultats.....	8
1. Caractéristiques de la population.....	8
2. Caractéristiques des entretiens.....	8
3. Analyse thématique.....	9
3.1 Facteurs influençant le dépistage dermatologique par les médecins généralistes.....	9
3.1.1 Facteurs limitant le dépistage dermatologique.....	9
3.1.1.1 Liés au dépistage.....	10
3.1.1.1.1 Source de difficultés.....	10
3.1.1.1.2 Non prioritaire.....	12
3.1.1.1.3 Ne relevant pas du rôle du médecin généraliste ?.....	14
3.1.1.2 Liés au médecin.....	15
3.1.1.2.1 Représentations du médecin.....	15
3.1.1.2.2 Nudité dans la relation médecin-malade.....	16
3.1.1.2.3 Troubles visuels.....	16
3.1.1.2.4 Manque d'intérêt.....	17
3.1.1.3 Liés au patient.....	17
3.1.1.3.1 Difficulté d'accès à la peau.....	17
3.1.1.3.2 L'âge.....	18
3.1.1.3.3 Absence de consultation pour dépistage cutané.....	18
3.1.2 Facteurs favorisant le dépistage dermatologique.....	20
3.1.2.1 Contextuel.....	20
3.1.2.2 Liés à l'investissement personnel du médecin.....	20
3.1.2.3 Liés au patient.....	21
3.2 Pistes de solution.....	24
3.2.1 Elargir les compétences du médecin généraliste.....	24
3.2.1.1 Formation.....	24
3.2.1.2 Biopsies cutanées.....	25
3.2.2 Améliorer l'acte de dépistage.....	27
3.2.2.1 Consultation dédiée.....	27
3.2.2.2 Campagnes publiques.....	27
3.2.2.3 Education thérapeutique.....	29
3.2.2.4 Revalorisation financière.....	29

3.2.2.5 Diminution de la charge administrative.....	29
3.2.3 Améliorer le travail en réseaux de soins.....	30
3.2.3.1 Avec les confrères généralistes au sein de CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé).....	30
3.2.3.2 Avec les infirmières en pratique avancée, infirmières Asalée et assistants médicaux.....	30
3.2.3.3 Avec les spécialistes.....	31
3.2.3.4 Avec d'autres professionnels de santé.....	32
3.2.4 S'appuyer sur des outils numériques.....	32
3.2.4.1 Télé-expertise.....	32
3.2.4.2 Intelligence artificielle.....	34
Discussion.....	37
1. Discussion des résultats.....	37
1.1 Facteurs influençant le dépistage.....	37
1.1.1 Le dépistage cutané, un exercice difficile.....	37
1.1.2 La place du dépistage dans les consultations de médecine générale.....	38
1.1.3 La dermoscopie.....	39
1.1.4 Les questions de la localisation géographique et de l'exposition solaire.....	40
1.1.4.1 Liens entre ensoleillement et incidence des cancers cutanés en France.....	40
1.1.4.2 Le cas de l'Australie.....	41
1.1.5 L'examen cutané et le déshabillage.....	41
1.1.5.1 Evolution des pratiques vis-à-vis de l'examen clinique.....	41
1.1.5.2 Le déshabillage.....	42
1.1.5.3 La nudité et la pudeur.....	42
1.2 Pistes de solutions.....	43
1.2.1 Améliorer la formation.....	44
1.2.1.1 Formation initiale.....	44
1.2.1.2 Formation continue et dermoscopie.....	45
1.2.2 Réorganiser les modalités du dépistage cutané.....	45
1.2.2.1 Campagnes publiques et journée nationale.....	45
1.2.2.2 Dépistage organisé national.....	47
1.2.2.3 Dépistage à l'initiative des médecins.....	47
1.2.3 Développer les outils numériques.....	48
1.2.3.1 Télé-expertise.....	48
1.2.3.2 Rôle des réseaux sociaux.....	49
1.2.3.3 Intelligence artificielle.....	50
2. Discussion de la méthode.....	51
2.1 Choix de la méthode qualitative.....	51
2.2 Recueil des données.....	51
2.3 Analyse des entretiens.....	51
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	54
Annexe.....	61

Introduction

1. Contexte épidémiologique

1.1 Incidence des cancers cutanés

Sous les termes « cancers cutanés » sont regroupés plusieurs types de cancers. On distingue le mélanome cutané, rare mais grave, des carcinomes basocellulaires et des carcinomes épidermoïdes cutanés, plus fréquents et dont la gravité est surtout liée à l'invasion loco-régionale.

L'incidence des cancers cutanés est en augmentation depuis plusieurs années et les cancers cutanés sont les plus fréquents des cancers humains, tellement fréquents qu'ils sont exclus des statistiques des cancers (1) (2). Au total, le risque cumulé d'incidence des cancers cutanés à l'échelle d'une vie peut être estimé à 15% (3). L'incidence serait 10 fois plus élevée entre 60 et 70 ans (4). En effet, environ 80% des cancers cutanés non-mélaniques surviennent après l'âge de 60 ans (5) (6). Un cancer diagnostiqué sur trois est un cancer de la peau, et un patient sur cinq présentera un cancer cutané au cours de sa vie (7).

La détection précoce des lésions cutanées tumorales améliore leur pronostic (8) (9). Le mélanome est plus rare (10% des cancers de la peau) mais il est potentiellement plus grave. Le taux de survie à 5 ans dépend de la précocité du diagnostic, variant de 95 % (Breslow < 1 mm) à 60 % (Breslow > 4 mm) (10) (11).

1.2 La démographie des dermatologues en France

On comptabilise 3144 dermatologues en France en 2021. Leur répartition sur le territoire est inégale (12). La densité de dermatologues pour 100 000 habitants en 2021 était de 5,6 dans le Calvados, 3 dans la Manche et 1,8 dans l'Orne (Figure 1), pour une densité moyenne nationale de 5,9 en 2018. L'évolution des effectifs est en diminution avec une variation entre 2010 et 2021 de - 3,4 % dans le Calvados, - 21,1 % dans la Manche et -25 % dans l'Orne. (13) (14)

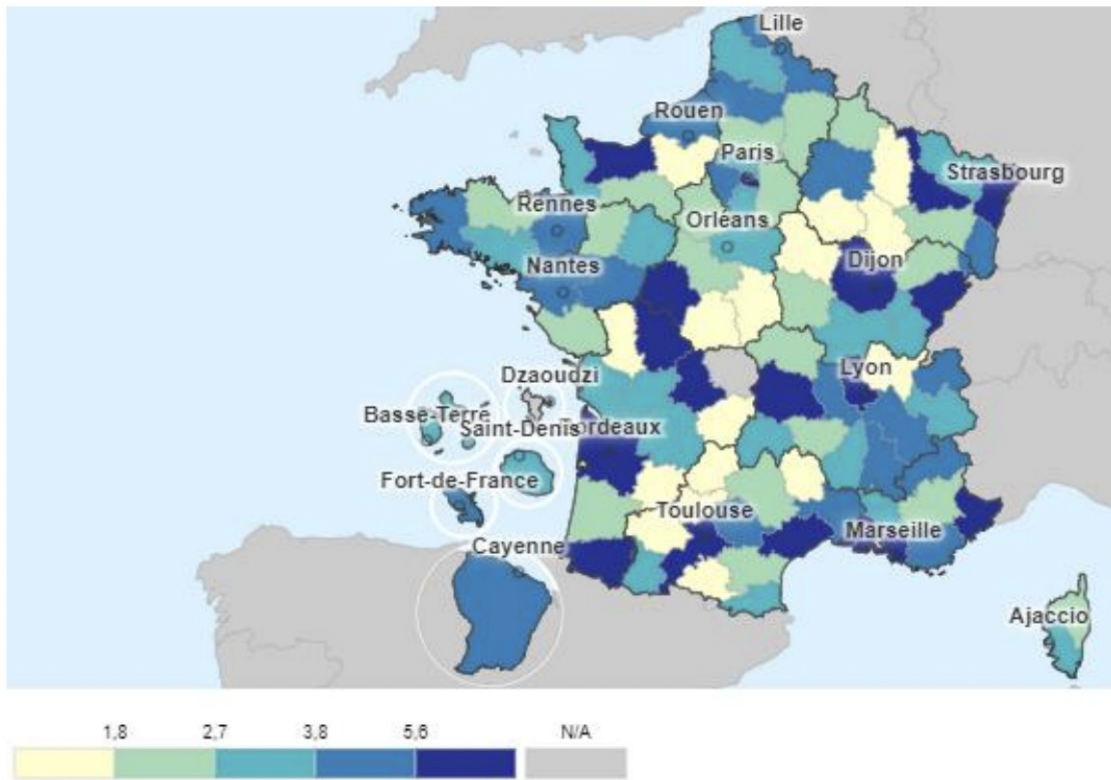


Figure 1 : Densités régionales de Dermatologues en France en 2021

Leur moyenne d'âge est de 54 ans avec une majorité de femmes (73 %) et de sujets de plus de 50 ans (59 %) (Figure 2).

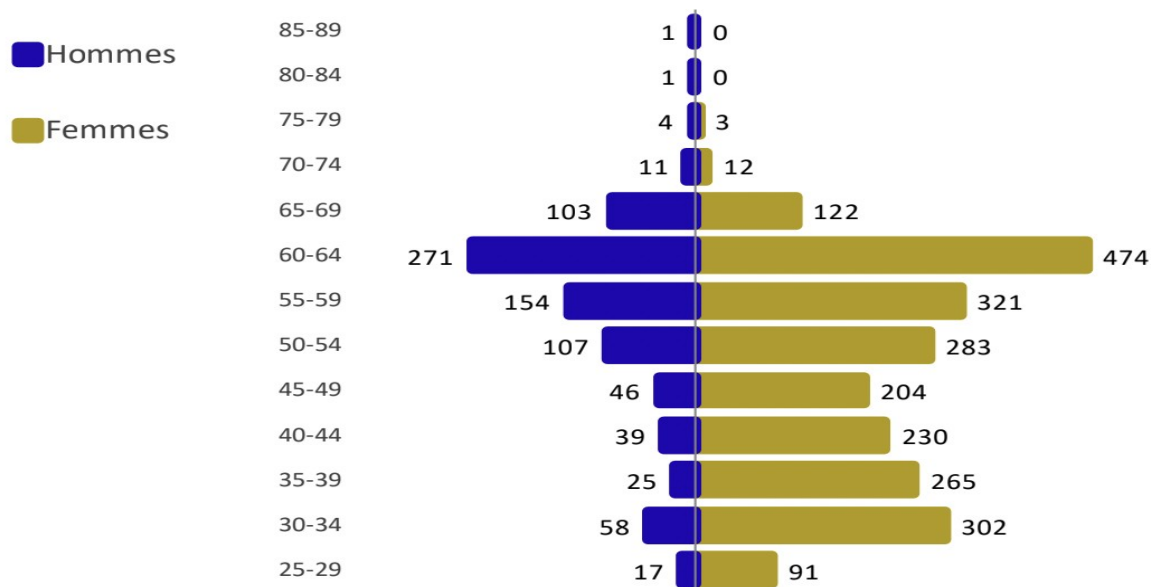


Figure 2 : Pyramides des âges des Dermatologues en 2021

La démographie médicale des dermatologues ne permet pas un accès équitable aux consultations spécialisées, et il a été démontré qu'une densité géographique élevée des dermatologues et la détection par des dermatologues étaient significativement associées à des stades diagnostiques de mélanomes moins avancés et donc de meilleur pronostic. (15)

2. Bases du dépistage dermatologique

Le dépistage est recommandé dans les populations ayant des facteurs de risque :

- un antécédent personnel ou familial de mélanome,
- un nombre de nævi supérieur à 40,
- la présence de nævi atypiques,
- un phénotype cutané I ou II,
- la présence d'éphélides,
- et des antécédents de coups de soleil dans l'enfance. (17)

Afin de repérer les lésions suspectes de **mélanome**, l'examen clinique à l'œil nu fait appel à une méthode analytique visuelle (règle ABCDE) et à une méthode cognitive visuelle.

La **règle ABCDE** (Asymétrie, Bords, Couleur, Diamètre, Évolutivité) est utilisée de manière consensuelle par les dermatologues français. Une lésion susceptible d'être un mélanome est (18) :

- Asymétrique
- de Bords irréguliers, encochés, polycycliques
- de Couleur hétérogène
- de Diamètre supérieur à 6 mm
- Évolutive en taille, couleur ou épaisseur

La méthode cognitive visuelle est fondée sur la reconnaissance globale de l'image et le **signe du « vilain petit canard »**. Une lésion qui ne partage pas les aspects morphologiques des autres nævi réalise le signe du « vilain petit canard » et sera considérée comme suspecte. (19)

D'autres signes plus inconstants tels que le prurit, la douleur, la sensation de brûlure, l'ulcération et le saignement doivent attirer l'attention.

La **dermoscopie** améliore la sensibilité du diagnostic de mélanome par rapport à l'examen clinique à l'œil nu. (20) (21) (22)

Toutes les lésions suspectes de mélanomes doivent être excisées en vue d'un examen anatomopathologique pour infirmer ou confirmer le diagnostic clinique.

Les lésions suspectes de **carcinomes cutanés** auront l'aspect d'une lésion perlée en relief de couleur rouge ou rosée, souvent télangiectasique, pour les **carcinomes basocellulaires**, et la forme d'une croûte qui bourgeonne et peut saigner, pour les **carcinomes épidermoïdes**. (23)

3. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage des cancers cutanés

Le médecin généraliste est en première ligne dans le parcours de soins et a l'avantage d'avoir une patientèle de tous âges. Cela lui confère un rôle primordial dans la démarche de détection précoce des lésions cutanées tumorales et des populations à risque, dans l'information et la prévention, ainsi que dans la coordination avec les dermatologues (24) (9).

Un médecin généraliste examine en moyenne 22 patients par jour. Cela fait entre 4 000 et 5 000 occasions par an de dépister des cancers cutanés. Soit 8 carcinomes et 1 mélanome par an en théorie.

Devant l'incidence des cancers cutanés en constante augmentation, associée à la baisse du nombre de dermatologues et leur répartition inégale sur le territoire, améliorer l'implication des médecins généralistes dans la prévention et le dépistage des cancers de la peau doit être une priorité.

4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de s'interroger sur les facteurs influençant la pratique du dépistage des cancers cutanés par les médecins généralistes, aussi bien les freins que les facteurs favorisants.

L'objectif secondaire était de faire émerger des pistes d'amélioration.

Méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude **qualitative** par **entretiens semi-dirigés**, individuels et de groupes.

2. Initiation à la recherche qualitative

La lecture de certains ouvrages a été nécessaire pour s'approprier la méthodologie d'une étude qualitative et le principe de l'analyse thématique. (25) (26)

3. Choix de la population

La population étudiée était celle de **médecins généralistes bas-normands** des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne, exerçant une activité libérale, ambulatoire, et installés.

Les praticiens avec activité hospitalière exclusive ou à activité particulière exclusive ou majoritaire (ostéopathie, homéopathie, échographie, nutrition, allergologie...) ont été exclus de la recherche.

4. Constitution de l'échantillon

Les praticiens ont été contactés grâce au « **bouche à oreille** » de façon à constituer un échantillon aussi diversifié que possible sur des critères qui étaient susceptibles d'influencer les habitudes de pratiques de dépistage des cancers cutanés :

- sexe
- âge
- zone d'exercice (rural ou urbain, entraînant un accès différent aux spécialistes)
- région (incidence différente des cancers cutanés)
- formations complémentaires en Dermatologie.

5. Prise de contact

La prise de contact s'est déroulée principalement par téléphone. Nous informions les médecins du type de méthode (qualitative par entretiens avec respect de l'anonymat) et du thème de recherche (les cancers cutanés) mais sans aborder la question de recherche concernant le dépistage des cancers cutanés et les facteurs l'influençant, de façon à ce que les réponses restent spontanées lors de l'entretien.

La prise de rendez-vous s'effectuait selon les disponibilités des médecins et l'entretien se déroulait à l'horaire et dans le lieu de leur choix.

Le recrutement de nouveaux médecins a cessé lorsque la **saturation théorique des données** au fil des entretiens a été obtenue.

6. Ethique

Le Guichet d'Orientation de Recherche en Santé a été consulté. Il a été estimé que ce travail de recherche ne nécessitait aucune démarche éthique.

7. Réalisation des entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé par le même enquêteur. Au moment de l'étude, il était médecin généraliste remplaçant dans le département du Calvados et du Var.

Un seul entretien a été réalisé par participant. Ils étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone personnel après consentement des médecins interrogés et s'appuyaient sur un guide d'entretien, disponible en annexe.

La réécoute a permis à l'enquêteur d'ajuster son attitude lors des entretiens suivants en laissant davantage de silences pour permettre aux médecins interrogés de développer plus aisément leurs points de vue.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits, de manière littérale à l'aide du logiciel de traitement de texte Pages® en dictée vocale selon les règles conventionnelles, par l'enquêteur, sous forme de verbatims. Le non-verbal était également retranscrit. Des lieux ou noms propres ont été retirés afin de préserver l'anonymat des répondants.

Chaque médecin s'est vu attribuer un code pour l'anonymisation des données. La numérotation correspondait à l'ordre dans lequel ont eu lieu les entretiens.

La retranscription a été effectuée par le même chercheur que celui ayant mené les entretiens.

Il n'y a pas eu de retour des transcriptions des entretiens vers les interviewés.

La saturation des données a été considérée comme atteinte après deux entretiens n'apportant pas de concept supplémentaire par rapport à ceux recueillis lors des analyses précédentes.

Nous avons choisi de ne pas joindre en annexe les verbatims, s'agissant de données personnelles, bien qu'anonymisées. Ils sont disponibles sur demande auprès de l'enquêteur.

8. Méthode d'analyse

Une analyse thématique a été réalisée pour l'ensemble des entretiens par l'enquêteur, permettant la construction d'**arbres thématiques**, répertoriant les thèmes et les sous-thèmes.

Cinq entretiens individuels et un focus-group ont bénéficié d'une double analyse par deux personnes, une ayant déjà réalisé une étude qualitative et l'autre non, permettant une **triangulation partielle des données**.

Des citations ont été utilisées pour illustrer les résultats. Chaque citation a été identifiée par le numéro du participant (attribué par ordre de réalisation chronologique des entretiens).

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Résultats

1. Caractéristiques de la population

Nous nous sommes attachés à avoir un échantillon **diversifié**. Neuf hommes et trois femmes ont participé à notre étude. Trois médecins avaient suivi au moins une formation complémentaire en Dermatologie (Diplôme Universitaire ou formation dans le cadre du Développement Personnel Continu).

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le Tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques de la population de l'échantillon (H=Homme et F=Femme)

Médecin	Sexe	Âge			Lieu d'exercice	Région	Formation
		< 40	40-50	> 50			
M1	H	X			Rural	Orne	X
M2	H		X		Urbain	Manche	X
M3	H			X	Rural	Manche	
M4	F	X			Rural	Manche	
M5	H		X		Urbain	Calvados	
M6	F		X		Urbain	Calvados	
M7	H		X		Urbain	Calvados	
M8	H			X	Urbain	Calvados	
M9	F	X			Urbain	Orne	X
M10	H		X		Urbain	Orne	
M11	H		X		Urbain	Calvados	
M12	H		X		Urbain	Calvados	

2. Caractéristiques des entretiens

Neuf entretiens individuels et un **focus-group** composé de trois praticiens ont été réalisés durant le mois de novembre 2021 pour un total de **douze médecins généralistes**, numérotés de M1 à M12.

Huit entretiens ont été réalisés en présentiel et quatre entretiens en visioconférence (M2-M3-M4-M12). Les entretiens en présentiel ont eu lieu principalement sur le lieu de travail des médecins. Un entretien s'est déroulé au domicile d'un médecin (M9).

Le focus-group regroupait trois médecins du même cabinet (M6-M7-M8).

Aucun participant ne s'est opposé à l'enregistrement des entretiens.

La durée moyenne d'un entretien était de trente minutes.

3. Analyse thématique

L'analyse a fait émerger 2 grands thèmes influençant le dépistage des cancers cutanés par les médecins généralistes :

- les facteurs limitants, liés au dépistage, au médecin ou au patient,
- les facteurs favorisants, liés au contexte, au médecin et au patient.

En lien avec notre objectif secondaire, différentes solutions pour l'amélioration de ce dépistage ont été proposées par les médecins et ont été divisées en 4 thèmes :

- élargir les compétences du médecin généraliste,
- améliorer l'acte de dépistage,
- améliorer le travail en réseaux de soins,
- développer les outils numériques.

Au total, **deux arbres thématiques** ont ainsi été construits.

D'autres thèmes ont été relevés mais exclus de l'analyse principale car ils ne répondaient pas aux objectifs de l'étude et ne semblaient pas avoir d'influence directe sur notre sujet.

Les résultats de l'analyse sont illustrés par des citations issues des **verbatim**, choisies pour leur pertinence ou leur représentativité. Les arbres thématiques s'y rapportant peuvent être retrouvés à la fin de chaque chapitre.

3.1 Facteurs influençant le dépistage dermatologique par les médecins généralistes

3.1.1 Facteurs limitant le dépistage dermatologique

3.1.1.1 Liés au dépistage

Les médecins considéraient le dépistage des cancers cutanés comme un acte difficile, non prioritaire et ne relevant pas de leur rôle propre.

3.1.1.1.1 Source de difficultés

- Manque de formation

Les médecins estimaient ne pas être suffisamment formés lors de leur cursus universitaire.

- M1 : « C'est vrai que j'ai pas l'impression qu'on soit super bien formés pendant nos études. »
- M3 : « ... parce que au début, on est quand même très pris au dépourvu, on est absolument incompetents. »
- M8 : « je pense que la dermato en mode dépistage, c'est pas raisonnable, ça demande du temps, des qualifications que, même si on s'amuse à se former, on aura pas après le temps parce qu'on a trop de travail de toutes façons. »

M9 expliquait que, même avec une formation complémentaire en dermatologie, le dépistage lui semblait difficile à réaliser : « Mon expérience personnelle euh, j'étais pas très à l'aise avec ça. J'avais fait une formation de dermatologie justement pour voir. J'avoue que ça ne m'a pas rassurée. [...] Tellement de formes différentes, tellement de choses, que quand à la fin, elle nous montre une photo d'un truc bénin, d'un truc malin, « pouh pouh pouh » c'est pas forcément rassurant parce qu'on se dit qu'on serait passé à côté tous les jours. ».

Ils relevaient également les limites de l'utilisation des règles ABCDE dans la pratique.

- M4 : « on fait dans notre tête les critères ABCDE qu'on a appris en tant qu'interne, donc euh ouais ben en pratique c'est pas toujours forcément fiable, ou en tous cas, ça nous aide pas à différencier, je trouve, ce qui pourrait être dangereux ou pas. »
- M5 : « Ce qui me gêne, c'est les critères ABCDE, je crois que c'est deux ou trois critères pour retenir un avis dermato, je crois qu'on les atteint très facilement sur des trucs qui sont un peu..., qui sont pas si gênant que ça visiblement »

- Expérience difficile à acquérir

D'après les médecins, la dermatologie requiert une expérience particulière, difficile à acquérir. Ils évoquaient la nécessité de "se faire l'oeil".

- M3 : « Petit à petit, on finit par s'habituer l'œil, c'est vrai qu'au départ c'est pas simple hein quand même, et on peut toujours se faire piéger. »

- *M4 : « Après juste à l'œil comme ça, je sais pas si on est vraiment..., est-ce qu'on est assez pertinent dans le dépistage précoce, je ne suis pas sûre, je ne suis pas sûre, je ne pense pas même oui. »*
- *M10 : « Moi j'ai pas l'œil assez aguerrri là-dessus. Peut-être que je pourrais éviter de surcharger le dermatologue avec un œil meilleur... »*

- Crainte de l'erreur de diagnostic

Les médecins généralistes manquaient de confiance en leur compétence de dépistage des cancers cutanés, et s'inquiétaient des répercussions, en terme de retard de diagnostic et de perte de chance pour leurs patients.

- *M9 : « Après toute la difficulté c'est qu'en fait, on ne sait pas à côté de quoi on passe. Donc en fait si on en a raté... »*
- *M10 : « Moi j'ai pas envie de passer à côté de quelque chose. »*
- *M11 : « Ensuite ça va être surtout ben la crainte d'exposer les patients à des retards diagnostiques et à des retards de prise en charge pour effectivement des tumeurs ou des interventions chirurgicales. »*

Le mélanome était particulièrement redouté par sa gravité et la difficulté de son dépistage.

- *M5 : « les mélanomes, c'est mon anxiété. »*
- *M8 : « un mélanome, je crois que c'est plus qu'une aiguille dans une botte de foin, même quand j'en vois un, je me dis « ah bon c'est ça ! », j'aurais jamais vu hein, et alors quand on le cherche pas, c'est même pas la peine, c'est terrible, c'est une maladie qui me fait peur en tant que médecin généraliste »*

- Accès difficile aux spécialistes

Les médecins estimaient que les actions de dépistage des cancers cutanés étaient freinées par le manque d'accès aux spécialistes en relais, pour plusieurs raisons :

- x les délais de rendez-vous

- *M1 : « Le problème c'est quand on ne peut pas gérer en Médecine Générale, qu'on envoie au dermatologue, le rendez-vous il est super loin » [...] « ... on ne sait pas où les envoyer les gens. C'est un peu cata. »*
- *M11 : « ... des délais de consultation qui vont être longs, très longs et même parfois, l'impossibilité d'accueillir de nouveaux patients »*

- x la difficulté d'obtenir un rendez-vous, où les courriers d'adressage ne suffisent plus

- *M5 : « On commence à devoir aller pleurer pour avoir des rendez-vous. »*

- M6 : « au prix d'un argumentaire qui prend du temps »
- M9 : « ça nous demande beaucoup plus d'énergie, parce que, en fait, c'est à nous de tout organiser, plutôt que de juste « courrier ». »
- M12 : « c'est compliqué, ça demande beaucoup d'énergie pour un avis spécialisé. »

x la difficulté d'accès, selon la mobilité du patient

- M9 : « ... l'accès au dermato, ça va être compliqué, du fait de la mobilité du patient, parce que maintenant, en fait, il faut aller à Caen... »

Cela entraînait un sentiment de solitude des médecins généralistes vis-à-vis de la dermatologie.

- M9 : « ... c'est plus stressant quand on a des gens qui ont des mélanomes et qu'on est les seuls à suivre. »
- M10 : « je pense effectivement qu'il y a forcément des couacs sur certains dossiers ou des trucs qui doivent être vus plus vite. »
- M12 : « on a un doute, et on envoie, tu vois. Le problème, c'est on l'envoie à qui ? »

M10 soulignait l'importance de pouvoir se référer au spécialiste, que même une bonne formation ne peut remplacer.

- M10 : « même si je suis bien formé, j'ai quand même besoin de ses compétences spécialisées »

- Responsabilité

Les médecins évoquaient les notions de responsabilité et de prise de risque, majorées par la difficulté d'accès aux spécialistes.

- M5 : « Quand c'est comme ça oui, oh oui, oui, là-dessus j'ai une crainte de ça, j'ai une phobie de ça, j'ai pas envie de me responsabiliser... »
- M8 : « Je crois aussi que le problème, c'est qu'on prend des risques, on prend sur nous-mêmes pour prendre des risques. » [...] « le jour où il y aura vraiment eu un risque de pris, qu'on aura pas fait le diagnostic rapidement, voilà qu'est-ce qu'on dira ? On reprochera au médecin généraliste de pas avoir trouvé en urgence un rendez-vous ? »

3.1.1.1.2 Non prioritaire

Les médecins généralistes considéraient que dans leur pratique, le dépistage des cancers cutanés n'était pas une priorité par rapport à toutes les missions déjà attendues d'eux.

- Dépistage secondaire par rapport aux soins

En effet, ils étaient principalement confrontés à des patients polyopathologiques, la prévention et le dépistage n'étant pas des motifs de consultation privilégiés.

- M1 : « C'est vrai que je dépiste pas, les gens ils viennent rarement pour un truc euh » [...] « Mais c'est vrai que si les gens ne viennent pas pour ça, c'est compliqué. »
- M3 : « Ils ont d'autres pathologies en plus, quand ils viennent, ils ne viennent pas que pour ça, je fais ça en plus de la consultation. »
- M5 : « On les voit 2-3 fois dans l'année, c'est déjà bien, on les voit souvent pour des problématiques aiguës, on a pas de moment de prévention. »

De plus, les médecins avaient un sentiment d'urgence moins important en Dermatologie, comparé à d'autres spécialités.

- M6 : « j'évoque effectivement la pneumo, la cardio, mais voilà, il y a aussi tous ces éléments là où il y a un risque effectivement vital qui est peut-être un peu plus rapide que pour la dermatologie »
- M8 : « on pense qu'effectivement la dermato il n'y a pas, y'a pas d'urgence. » [...] « on peut envoyer un patient aux urgences pour un motif de cardiologie, on va pas envoyer aux urgences un problème de dermato »

- Absence de consultation de dépistage dédiée

Les médecins identifiaient l'absence de consultation dédiée au dépistage comme un frein.

- M3 : « ... l'absence de consultation de dépistage, ça, c'est sûr. »
- M5 : « Le temps. Le temps, le temps, le temps. Oui, et l'absence de consultation dédiée, de consultation de prévention. »

La plupart du temps, le dépistage cutané se faisait de manière fortuite, ou était initié par le patient ou son entourage.

- M5 : « Euh le plus souvent c'est le grain de beauté qui a changé d'aspect. Dépistage par la personne, ou le conjoint, ou la personne. Il y a, de temps en temps, sur des aspects, au coup d'œil, de temps en temps, il y a des grains de beauté qui interpellent... »
- M6 : « mais ça arrive hein des fois qu'on voit des choses, on dit « oh c'est bizarre » » [...] « À l'occasion d'un examen comme ça, pour autre chose »
- M10 : « quand on examine les gens, on jette un coup d'œil effectivement, mais est-ce que je fais un examen spécifique dermatologique à chaque fois, non. Je vais avoir l'œil qui va se porter sur un truc pas joli, si, quand je l'examine » [...] « Effectivement, s'il ne me dit pas qu'il a un truc, je peux passer à côté. »

- *M12 : « Quand c'est le cuir chevelu, souvent c'est marrant, ils me le disent « Ah c'est le coiffeur qui m'a dit que j'avais une croûte, ça dure un peu, vous pouvez regarder ? » »*

- Exercice chronophage

Les médecins estimaient que le dépistage des lésions cutanées était particulièrement chronophage à l'échelle d'une consultation.

- *M1 : « Et on prend pas forcément le temps de les mettre tous tout nus tout le temps pour regarder... »*
- *M3 : Quelquefois l'hiver, ils ont pas mal de couches, vous voyez, c'est vite 10 minutes pour le déshabillage et pareil pour le rhabillage quoi, c'est pas rien quand même. »*
- *M4 : « ... ça prend quand même du temps d'analyser avec le dermatoscope, donc on ne peut pas le faire à l'occasion du renouvellement avec en plus toutes les autres choses... »*
- *M5 : « Et faire un examen de dermato corps entier, c'est long, c'est chronophage, perso je pense pas qu'il y ait beaucoup de généralistes qui le fassent. » [...] « Un examen de la tête aux pieds, c'est 15-20 minutes. »*

La problématique de la fréquence de ces consultations de dépistage entraine aussi en jeu.

- *M3 : « Regarder suffisamment souvent c'est ça le problème. »*

Pour toutes ces raisons, même au sein de leurs missions de dépistage, les cancers cutanés ne leur semblaient pas prioritaires vis-à-vis d'autres cancers.

- *M3 : « Euh, après nous, on a beaucoup de choses à dépister aussi, voilà on a pas que ça... »*
- *M5 : « ... le temps que ça prend pour une rentabilité toute petite je pense [...] il y aura très peu de cas où on va adresser, donc je sais pas, alors vu les incidences finalement on n'en aura pas si peu que ça, mais c'est vrai que si on doit surveiller 100 personnes pour avoir un résultat positif, c'est pas très motivant. »*

3.1.1.1.3 Ne relevant pas du rôle du médecin généraliste ?

Selon M11, le dépistage cutané revenait aux médecins généralistes davantage par défaut, du fait de la difficulté d'accès aux spécialistes que par compétence réelle.

- *M11 : « ... il y a un certain nombre de missions, je dirais, du dermatologue, qui nous reviennent, ce qui est tout à fait acceptable mais qui, du coup, vient solliciter des compétences parfois qui ne sont pas si faciles que ça à entretenir ou même à avoir, notamment en dermatologie. »*

En effet, face à la difficulté du dépistage des cancers cutanés, les médecins s'interrogeaient sur la pertinence de leur implication dans cet exercice. Cela ne relèverait-il pas plutôt du rôle propre des dermatologues ?

- *M7 : « voilà dans le dépistage, c'est une autre manière de penser, et c'est prendre du temps spécifiquement pour la dermato et systématique, ça ne peut pas rentrer dans notre fonction, trop de choses. »*
- *M11 « est-ce que des consultations de dépistage chez le médecin généraliste pour ce genre de tumeurs, est-ce que ça aurait une logique ? » [...] « il y a un gap entre l'expérience des dermatologues et celle des médecins généralistes »*
- *M12 : « dans la pratique, effectivement il y en a de plus en plus à gérer et clairement c'est pas notre boulot quoi enfin. »*

Ils ne se sentaient pas suffisamment compétents pour ce type de dépistage.

- *M4 : « moi je sais pas ce qu'ils en pensent les dermatos, de déléguer la dermatoscopie aux médecins généralistes [...] « moi personnellement je ne me sens pas avoir l'expertise de le faire. » [...] « on peut pas avoir toutes les compétences »*
- *M8 : « je vais pas par exemple, mettre quelqu'un en caleçon et le regarder sous toutes les coutures pour faire le rôle du dermato, non, moi je suis incapable »*
- *M12 : « Je pense que, quand tu es généraliste, c'est connaître ses limites, et clairement moi, c'en est une la dermato. »*

3.1.1.2 Liés au médecin

3.1.1.2.1 Représentations du médecin

Les représentations des médecins pouvant limiter le dépistage étaient liées principalement aux différents types de lésions qui amènent une vigilance différente, et à la météo de la région Normandie.

- Les carcinomes basocellulaires (CBC) considérés moins inquiétants donc moins anxiogènes

Ce qui pouvait conduire parfois à une baisse de vigilance.

- *M1 : « Mais oui pour les baso probablement. C'est vrai que ça reste des cancers, je pense qu'on néglige un peu, mais ça reste des cancers. »*
- *M8 : « Enfin les basocellulaires, est-ce que c'est considéré comme un cancer ? »*
- *M9 : « ...on a des basocellulaires, souvent ils sont enlevés, même quand on en suspecte on se dit bon ça va aller doucement, même si c'est vu que dans trois à six mois c'est pas dramatique... »*

- *M10 : « Alors après il y a entre guillemets les petits cancers, les petits carcinomes basocellulaires... »*

- **La Région de Normandie moins exposée**

Pour la majorité des praticiens interrogés, la région Normandie était considérée moins ensoleillée, minimisant le risque de cancers cutanés.

- *M1 : « On est en Normandie, donc déjà côté soleil ça va. »*
- *M8 : « Vu qu'on travaille sous les tropiques... »*
- *M11 : « ...on est dans une région au final on est pas très exposés... »*

Certains praticiens avaient conscience de ce « piège » et le critiquaient :

- *M2 : « ...même si les étés sont un peu pourris. Justement c'est un peu le piège en fait entre le « Oh il fait pas si beau que ça »... »*
- *M10 : « ...on est pas emmerdés par chez nous par des trop grosses expositions solaires, même si entre guillemets ça veut pas dire grand chose. »*

3.1.1.2.2 Nudité dans la relation médecin-malade

Un médecin s'interrogeait sur le frein de la mise à nue des patients avec qui le médecin traitant a une relation différente d'un spécialiste.

- *M5 : « Après y'a peut-être aussi un frein, c'est examiner de la tête aux pieds des gens qu'on côtoie régulièrement, c'est quand même un examen qui peut être très intime, et je sais pas si on rentrera dans l'intimité autant de certaine personne, tandis que quand ils vont chez le spécialiste, c'est une fois. »*

3.1.1.2.3 Troubles visuels

Les médecins évoquaient différents troubles visuels comme frein au dépistage, tels que la myopie et les dyschromatopsies.

- *M2 : « Depuis cette année, il a fallu que je me chausse de lunettes, parce que l'âge avance, même pour des sutures ou des choses comme ça, j'avais plus la bonne distance, j'arrivais plus à voir correctement »*
- *M8 : « De toutes façons moi je suis daltonien, c'est horrible ce truc là, j'appelle quand j'ai des problèmes de dyschromie, j'appelle [prénom d'un collègue], « tu vois rouge là ? » »*
- *M7 : « surtout [prénom d'un collègue], il est myope comme une taupe ! »*

3.1.1.2.4 Manque d'intérêt

Enfin, certains médecins admettaient ne pas avoir d'attrait particulier pour la dermatologie.

- *M4 : « il y en a de plus en plus des formations à la dermatoscopie mais je sais pas, est-ce que ça attire beaucoup, [...] on arrête pas de t'appeler pour nous vendre du matériel pour dépister le syndrome d'apnée du sommeil, pour la spiro, mais dermatoscope y'a personne qui a essayé de me vendre un dermatoscope encore... »*
- *M5 : « je pense le manque d'intérêt aussi, personnellement c'est pas un examen très intéressant pour moi, mais d'un point de vue..., regarder les grains de beauté, je suis pas très patient pour ça. »*

M7 expliquait même qu'un antécédent personnel de carcinome basocellulaire n'avait pas été une source de motivation suffisante pour s'impliquer davantage dans le dépistage des cancers cutanés.

- *M7 : « j'ai pas 50 ans, j'ai fait mon baso » [...] « Même moi qui suis donc impliqué personnellement, j'arrive pas à avoir cette rigueur là. J'ai une rigueur pour d'autres choses, mais en effet pour la dermato, je l'ai moins, ce qui n'est pas bien. »*

3.1.1.3 Liés au patient

Les médecins interrogés identifiaient des freins liés aux patients : la difficulté d'accès à leur peau, l'âge et l'absence de consultation pour ce motif.

3.1.1.3.1 Difficulté d'accès à la peau

Les médecins disaient inspecter en priorité la peau que les patients rendent accessibles spontanément, sans leur demander de se déshabiller.

- *M3 : « On fait pas toujours enlever le masque pendant la consult, c'est souvent sur le visage, donc récemment j'en ai vu, il était déjà bien avancé... [...] "c'est pas si simple d'avoir l'ensemble de la peau sous les yeux... »*
- *M5 : « Je pense qu'on a un œil attentif quand on fait l'examen, mais y'a certaines parties, non, on fait pas je pense. Je pense qu'on fait pas tout ce qui est caché sous vêtement, dans le dos à la limite, on voit parce qu'on écoute les poumons, sur le thorax, on écoute le cœur. Mais tout ce qui est caché, on ne le voit pas, ou on le verra trop tardivement. »*
- *M9 : « j'examine les zones photo exposées » [...] « j'ai jamais fait déshabiller complètement pour regarder, inspecter »*

3.1.1.3.2 L'âge

Des médecins remarquaient que les patients plus jeunes sont moins vus au cabinet, et le dépistage est donc moins réalisé les concernant.

- *M5 : « [les 25-65 ans] c'est des tranches d'âge où on est plus dans des besoins de santé aiguës, on a pas de pathologie chronique encore »*
- *M11 : « le patient qui vient vous voir une fois par an pour son certificat de sport, le patient de 40 ans, lui et ben on va pas lui demander de se déshabiller, on va pas regarder, s'il ne nous dit pas « bah là j'ai quelque chose qui est apparu docteur », voilà. Donc le dépistage pour l'ensemble des patients n'est pas le même. »*

Pour les mêmes raisons, M4 était ennuyée de ne pas pouvoir faire de prévention auprès de cette partie de la population.

- *M4 : « au cabinet médical on touche certainement pas la bonne population, parce qu'on va pas voir les plus jeunes ou les jeunes adultes, c'est surtout eux qui seront à faire la crêpe sur la plage. »*

Chez les patients âgés, c'était leur état cutané qui incitait les médecins à temporiser.

- *M9 : « En EHPAD aussi on voit souvent des gens qui ont des trucs suspects, on se dit « ooh pfff » on sait qu'on va pas trouver de dermato pour leur enlever facilement, on sait que la peau est hyper fragile, que la cicatrisation sera pas vraiment énorme, et c'est vrai qu'on a tendance à temporiser et on se dit bon bah ils vont rester avec ça »*

3.1.1.3.3 Absence de consultation pour dépistage cutané

D'après les médecins interrogés, les patients ne se présentaient pas au cabinet pour un motif cutané, pour plusieurs raisons :

- Peur du diagnostic
 - *M3 : « ... quand ils ont un truc, ils en parlent pas, parce que quand on n'en parle pas, ça bouge pas hein. »*
- Manque d'intérêt pour leur santé
 - *M3 : « [un patient] avait un ulcère creusant du bulbe, plus un néo du colon, voilà, énorme, occlusif, bah non il n'en parlait pas, là il est parti à l'hôpital, mais j'imagine qu'il avait quelques symptômes, donc il y a des gens comme ça, ils ne sont absolument pas vigilants »*

- Peur de déranger
 - M11 : « une dame qui est arrivée avec une grosse lésion et qui m'a dit oui j'ai pas osé venir vous voir avant »

- Manque d'inquiétude vis-à-vis des lésions cutanées
 - M1 : « Souvent c'est des tâches qui évoluent depuis longtemps donc ils ne s'inquiètent pas forcément donc ils ne nous les montrent pas forcément. » [...] « Dès lors que c'est pas symptomatique. Autant les douleurs les gens ils viennent assez vite, autant une tâche sur la peau, « pff », si ça devient très gros ou très moche ou très mal localisé, oui. Mais sinon, on en entend pas parler. »

- Médecin généraliste non identifié comme interlocuteur pour les problématiques dermatologiques
 - M6 : « il y a des freins aussi qui sont liés aux patients, c'est qu'ils ne s'attendent pas à ce qu'on fasse un dépistage non plus » [...] « je pense que même eux, ils n'ont pas le sentiment qu'on puisse faire » [...] « C'est pas inhabituel qu'on laisse un petit mot « vous pouvez me faire un courrier pour le dermatologue » »
 - M9 : « Après il y a aussi les habitudes des gens qui, en fait, ils ne passent par nous enfin... ils ne voient même pas... ils découvrent qu'il faut un courrier pour aller voir le dermatologue et à aucun moment ils ne se sont dit... et puis ils nous demandent ça comme ça, il faut qu'on leur fasse sans même les voir quoi, et voilà, et moi ça m'agace un peu. »

- Manque d'intérêt pour le dépistage et la prévention
 - M3 : « les caisses ne sont pas contre organiser des consultations de dépistage tout venant, mais en réalité les gens, ça les intéresse absolument pas, ils ne veulent pas venir pour ça »
 - M4 : « le patient il vient toujours pour quelque chose en fait, donc toi après il faut que tu fasses passer tes messages à toi de prévention et puis parfois, il est pas du tout... il est pas venu pour ça, donc il est pas du tout ouvert à ça. »

3.1.2 Facteurs favorisant le dépistage dermatologique

3.1.2.1 Contextuel

- Localisation géographique propice à l'exposition solaire

La localisation géographique, prenant en compte l'incidence des cancers cutanés et les pratiques à risque, jouait un rôle dans le dépistage des cancers cutanés. Les zones côtières étaient identifiées comme plus propices aux activités extérieures et donc à l'exposition solaire.

- *M2 : « Enfin ils nous rappellent quand même qu'on est dans une région de France où avec la Bretagne on a quand même beaucoup beaucoup de cas de cancers liés au soleil. Et en particulier avec toutes les activités en extérieur, ou activités nautiques ou de pêche. »*

- Incidence élevée des lésions cutanées

M2 expliquait s'être investi davantage dans la pratique de la Dermatologie car il était régulièrement confronté à cette problématique.

- *M2 : « Parce que je trouvais que j'en avais beaucoup dans la patientèle »*

- Environnement professionnel dynamique

Un environnement professionnel dynamique qui propose des formations de qualité était un facteur favorisant l'intérêt du médecin pour la Dermatologie.

- *M2 : « parce que c'était Dr [nom d'un dermatologue] à l'époque, [...] qui est particulièrement intéressante et pédagogue et qui a envie de transmettre ça, c'était vraiment chouette. »*

3.1.2.2 Liés à l'investissement personnel du médecin

L'intérêt du médecin pour le sujet, et notamment s'il avait reçu une formation complémentaire en Dermatologie ou s'il pratiquait des gestes dermatologiques, favorisait le dépistage des cancers cutanés.

- *M1 : « ... depuis que je me suis formé, j'ai plus tendance à regarder la peau des gens. »*

- M2 : « je fais partie du registre des cancers de la Manche donc j'ai aussi ces idées en tête. C'est aussi pour ça que j'essaie de sensibiliser pas mal mes internes à regarder ce qu'ils ont sous les yeux en fait, tout simplement. »
- M3 : « il y en a beaucoup qui nous demandent pour des verrues séborrhéiques » [...] « en enlevant un peu au bistouri, ça vient tout seul quoi, et du coup j'en profite pour leur apprendre les rudiments du dépistage du mélanome. »

3.1.2.3 Liés au patient

- Fréquence rapprochée des consultations de suivi

Un suivi régulier était un facteur favorisant le dépistage d'après les médecins généralistes.

- M2 : « en médecine générale on va les revoir, donc si c'est pas dit lors d'une consultation, ce sera dit de toutes façons. »
- M11 : « Quelqu'un qui va venir vous voir pour son diabète tous les trois mois c'est sûr que lui on va lui dépister beaucoup plus facilement »

- Présence de facteurs de risque de cancers cutanées

Les médecins étaient plus vigilants concernant le dépistage des cancers cutanés chez les patients présentant des facteurs de risque.

- x Phénotype clair

- M3 : « dès qu'il y a un phénotype clair je regarde partout, y compris entre les orteils, plantes, tout ça, cuir chevelu. »

- x Antécédent(s) personnel(s) ou familiaux de cancer cutané

- M3 : « Ceux qui ont des lésions à risque, je les connais quand même, ceux qui ont une peau particulière, donc ceux-là, je les regarde des pieds à la tête. »
- M5 : « Quand il y a eu un examen complet pour naevus dit à risque, je les envoie régulièrement chez le dermato. »
- M6 : « j'essaie de poser les questions quand même sur les antécédents familiaux voilà d'être un peu plus vigilante. »

x Signes cutanés d'exposition solaire

- M5 : « C'est surtout sur ceux qui ont eu des grosses expositions dans l'enfance. Si, de temps en temps, ceux tu sais qui ont tous les grains de beauté, les coups de soleil là, les marques d'exposition, de surexposition au soleil, où là, je fais un peu plus attention... »
- M10 : « Oui bah forcément oui j'ai une patiente ou deux qui sont fanas du bronzage et du machin, du soleil hein des UV naturels tout simplement, mais forcément ceux-là ça interpelle tellement qu'on leur dit quoi »

Les médecins se disaient aussi particulièrement vigilants à certaines expositions solaires professionnelles.

- M10 : « Si professionnellement quand même, nos agriculteurs, nos maçons, les trucs comme ça, qui sont facilement bras nus ou torse nu quand ils bossent l'été »

• Vigilance sur les lésions cutanées

La vigilance des patients qui alertaient leur médecin sur des lésions qui les inquiétaient, favorisait le dépistage.

- M1 : « ... faut que les gens ils nous montrent quoi. Sinon on va pas, enfin moi je ne vais pas les chercher très honnêtement. »
- M3 : « Après, il y a des gens qui signalent quand ils ont quelque chose de nouveau, parce que sur les jambes, ils le voient. »
- M11 : « sur le dépistage de ces trois types de tumeur c'est plutôt ce travail en relation avec les patients qui va être assez efficace. »

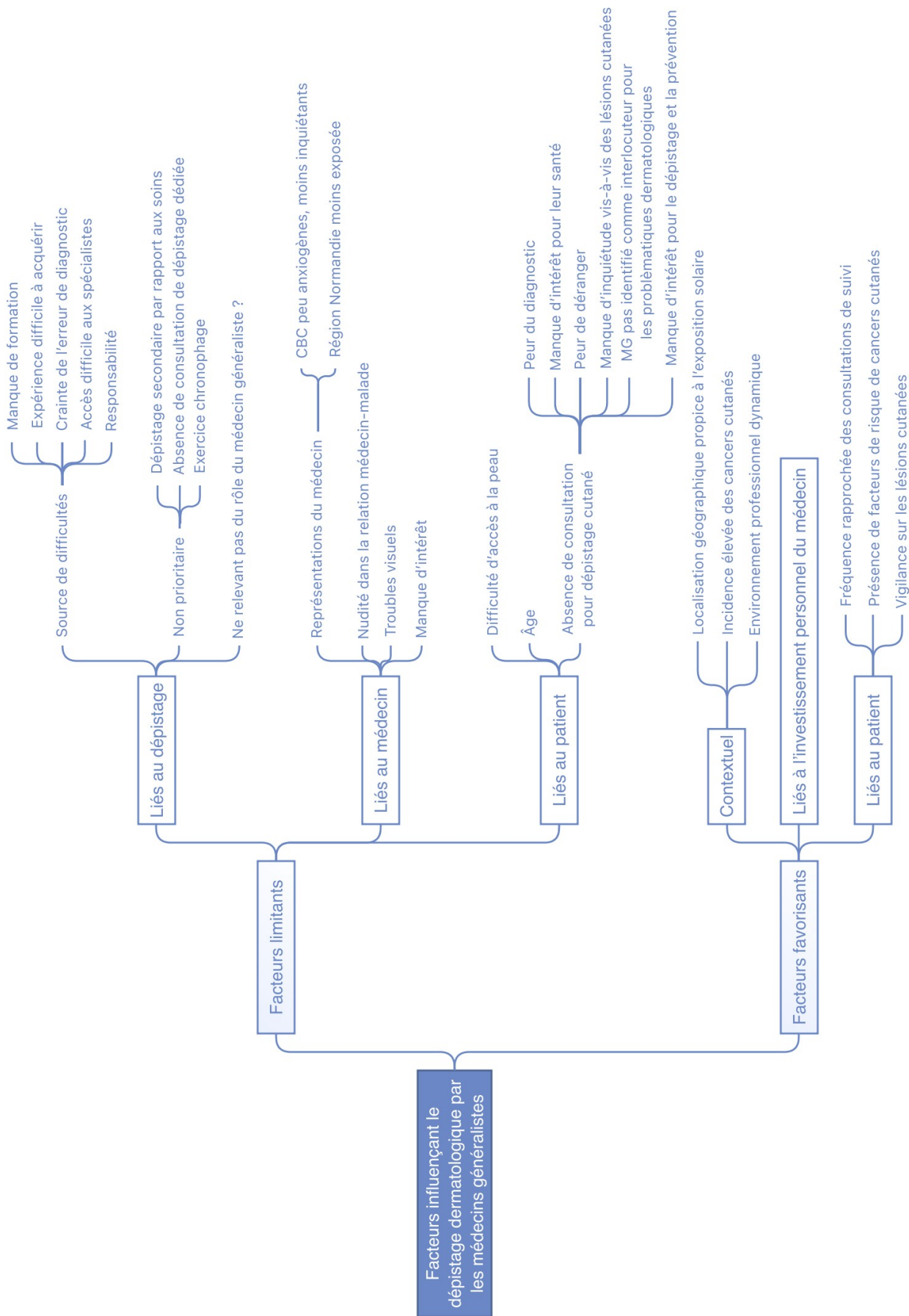


Figure 3: Arbre thématique des facteurs influençant le dépistage dermatologique par les médecins généralistes

3.2 Pistes de solution

3.2.1 Elargir les compétences du médecin généraliste

L'élargissement et l'amélioration des compétences du médecin généraliste était motivés par plusieurs raisons : le manque de spécialistes et l'incidence des cancers cutanés dans la patientèle.

- *M1 : [concernant la facilité d'accès au spécialiste] : « Non clairement pas. Donc du coup j'ai fait une formation sur la Dermato en Médecine Générale. Je fais des prélèvements, j'envoie des anapath, tout ça. Par nécessité du coup. »*
- *M3 : « Bah je fais les biopsies moi-même du coup. »*

3.2.1.1 Formation

- Intérêts

Les médecins pensaient qu'améliorer la formation initiale et la formation continue en Dermatologie était essentiel.

- *M3 : « Je pense qu'il faudrait que tous les étudiants fassent un stage en dermato, ou au moins passent deux mois, ou travailler avec des dermato de ville, peut-être dans le cadre des stages internat ou d'externat »*
- *M8 : « une formation post universitaire ou une meilleure formation au niveau de l'université ça aurait été quand même bien. »*
- *M11 : « je pense que ce qui peut améliorer c'est toujours la formation continue auprès des médecins, je pense qu'en dermatologie c'est indispensable. »*

Ils étaient demandeurs de recommandations claires et réalistes en pratique.

- *M5 : « faudrait peut-être qu'on ait des recos aussi sur un examen systématique, mais pas trop fréquent. » [...] « Mais il faut que ce soit des recos réalistes. »*

Ils proposaient pour améliorer leur expérience et « se faire l'oeil » d'avoir accès à des banques d'images auxquelles ils puissent se référer.

- *M1 : « avoir plus de dermatologues qui fassent des books sur les lésions brunes »*
- *M4 : « ça me plairait de pouvoir regarder de temps en temps une banque de photos juste pour se faire l'œil. »*

M3 pensait également que son implication en dermatologie augmentait sa crédibilité lors des demandes d'avis spécialisés, ce qui pouvait les faciliter : « *je les sollicite pas trop, du coup quand j'ai besoin d'un avis, je leur envoie, et en général ils répondent.* »

- Limites

Ils évoquaient plusieurs facteurs limitants la possibilité de formation.

Le manque de temps les poussait à prioriser leur temps de formation entre les spécialités.

- *M4 : « me former à la dermatoscopie, dans l'immédiat ça m'intéresse pas, parce qu'on peut pas tout faire »*
- *M6 : « En fait, faudrait qu'on ait de la formation sur tout. On peut pas. »*
- *M8 : « il faut faire des choix. C'est vrai que entre une formation sur la pédiatrie, la cardiologie, enfin je sais ..., y a tellement de trucs. »*

M3, étant en fin de carrière, ne souhaitait pas effectuer de formation supplémentaire : « *Je suis plutôt en fin de carrière donc je ferais pas ça maintenant* ».

Et s'interrogeait sur le contenu des formations, qui n'auraient pas comme sujet le dépistage en premier plan : « *je crois que le DU c'est plus sur les plaies, ulcères, tout ça non ? Sur le dépistage un peu ?* ».

3.2.1.2 Biopsies cutanées

- Intérêts

Certains médecins interrogés aimeraient pouvoir effectuer des biopsies cutanées afin d'améliorer leurs prises en charge.

- *M9 : « ce qui nous aiderait plus, c'est d'avoir le temps et savoir faire des biopsies quoi » [...] « il y a plusieurs fois où je me suis quand même posé la question de « si je savais faire des biopsies » »*

Cela permettrait également de limiter les adressages au dermatologue.

- *M4 : « ça c'est vrai que par exemple, les Pendulum, on pourrait, mais ça règle pas le problème du cancer ça, mais bon pour faire de la place en dermato, on pourrait les brûler ou les scalper nous-mêmes. »*

Et de varier les pratiques du médecin généraliste.

- *M9 : « ça varie aussi notre activité, nos gestes »*

- Limites

Les médecins relevaient les limites suivantes :

- x Une pratique pas assez fréquente pour garantir la qualité des gestes.
 - M2 : « *je ne m'autorisais pas à le faire si fréquemment que je puisse entretenir une pratique sûre de ce côté là, et puis il y avait aussi toute la problématique de l'adressage dans de bonnes conditions au laboratoire d'Anapath. »*
 - M12 : « *Dans l'état actuel des choses, je ne me lancerai pas à charcuter quelqu'un et à faire l'apprenti sorcier. »*

- x Certaines zones anatomiques à risque, requérant plus de compétence.
 - M3 : « *c'est pas un gros problème de faire des biopsies, sauf dans des zones comme une paupière par exemple, ou sur un canthus où là c'est plus compliqué à faire, donc là je fais pas »*

- x Une exérèse complète parfois d'emblée nécessaire.
 - M9 : « *je ne me lancerai pas à faire des biopsies sur un truc où je sais pertinemment que c'est pas bon, parce que je me dis que je maîtrise pas assez et qu'il faut peut-être tout enlever d'emblée »*

- x Des contraintes matérielles et organisationnelles.
 - M4 : « *Après faire de la micro chirurgie, c'est-à-dire enlever l'exérèse, les marges etc, moi personnellement je ne me lancerai pas là-dedans ou alors il faudrait vraiment avoir une salle dédiée, presque un mini bloc, voire une assistante peut-être, je sais pas, donc ça demande toute une infrastructure » [...] « les conséquences sur les assurances aussi, ça peut avoir un impact aussi, et alors si on fait de la micro chirurgie encore plus »*

3.2.1.3 Dermoscopie

- Intérêts

Les médecins généralistes montraient leur intérêt à se former à la dermatoscopie : acquérir de l'autonomie dans le dépistage cutané et pallier le manque de spécialistes.

- M5 : « *Je vais essayer de me former à la dermatoscopie pour voir et pour pouvoir être plus à l'aise. » [...] « ça peut être un outil et c'est toujours intéressant d'adresser avec des arguments »*
- M2 : « *je suis pas persuadé de passer au dermatoscope. » [...] « Je sais pas peut-être que sur les années qui viennent avec éventuellement des difficultés d'accès aux spés, je changerais peut-être ma pratique. »*

- Limites

Plusieurs limites à l'utilisation du dermatoscope étaient évoquées : le coût financier, la nécessité d'une formation complémentaire et d'acquérir de l'expérience, et l'existence d'autres alternatives.

- M2 : « La formation remonte déjà à quelque temps donc je pense que si j'avais dû le faire, je l'aurais fait dès le début, ça me prend encore régulièrement de regarder les tarifs et puis je me dis non »
- M3 : « je suis équipé d'une loupe, donc c'est pas un dermatoscope mais ça revient exactement au même. J'ai eu un dermatoscope, c'est une loupe avec un éclairage, donc c'est rien de plus, sauf que ça me coûte bien moins cher comme ça. »
- M4 : « je sais même pas combien ça coûte un dermatoscope »

3.2.2 Améliorer l'acte de dépistage

3.2.2.1 Consultation dédiée

Organiser une consultation dédiée paraissait être, pour la majorité des médecins interrogés, une solution afin d'améliorer le dépistage des cancers cutanés.

- M3 : « c'est vrai que ça serait très bien d'une façon générale qu'il y ait au moins une consultation de dépistage par an. »
- M4 : « Il faudrait une consultation dédiée oui, et puis du coup avec une formation à la dermatoscopie. »
- M5 : « avoir vraiment une consultation dédiée pour évaluer le risque et prévoir un planning de surveillance en fonction des différents facteurs de risques »

3.2.2.2 Campagnes publiques

- À destination de la population

Les médecins généralistes soulignaient l'importance d'organiser des campagnes publiques à destination des patients.

- M1 : « des campagnes de prévention ponctuellement en disant bah les cancers cutanés c'est les cancers les plus fréquents, donc parlez-en à votre médecin. Vous avez une tache qui vous inquiète, parlez-en à votre médecin. »
- M4 : « plutôt des messages destinés au grand public donc je pense qu'il faut que ça sorte de toutes façons des murs des cabinets médicaux »

- M9 : « ce serait des campagnes en disant « montrez vos lésions cutanées au médecin » »

En effet, M12 considérait que la dermatologie était peu exposée dans les campagnes de prévention : « *Il y a beaucoup, tu sais, de campagne sur le tabac, mais c'est vrai que sur la peau, il ne se passe pas grand chose.* ».

M10 estimait plutôt que les messages étaient déjà été bien passés au grand public mais qu'il était important de les entretenir : « *Le message au grand public je pense qu'il faut l'entretenir parce qu'il est passé et il est bon et les gens nous demandent de regarder.* ».

Pour cela les médecins préconisaient tout type de supports possibles.

- M4 : *Parce qu'on pourrait afficher ça, faire des affiches, que ce soit au cabinet médical mais aussi sur les publicités en ville ou en pharmacie.* » [...] « *que ce soit la radio, la télé, les publicités, les réseaux sociaux* »
- M11 : « *c'est les messages publiques, c'est les publicités, ça c'est sûr que ça a un impact énorme. C'est les messages publicitaires télévisuels, sur les réseaux sociaux* »

M4 proposait également une journée de nationale de dépistage : « *une journée de dépistage qui est dédiée à l'année, une journée d'information sur les cancers cutanés* ».

Et M11 évoquait des "journées de dépistage chez le dermatologue".

- À destination des médecins

M7 craignait que le développement de ce type de campagnes ne surcharge encore plus les médecins généralistes : « *si il y a un afflux de patients qui ont entendu la pub « aller voir votre généraliste pour faire un dépistage dermato », alors là, je claque la porte, donc on n'en veut pas.* ».

Une campagne de sensibilisation auprès des médecins directement leur semblait peut-être davantage indiquée.

- M7 : "par contre, éventuellement, faire un rappel pourquoi pas, je ne sais pas comment, pour nous médecin »
- M8 : « il faudrait des campagnes et une mobilisation des esprits, pas obligatoirement des patients, [mais plutôt] des médecins généralistes »

- À visée préventive

M4 rappelait également l'importance des campagnes de prévention, notamment auprès des enfants et de leurs parents : « à l'école aussi peut-être, je ne sais pas, la médecine scolaire, est-ce qu'il y a des flyers qui circulent bah le jour où il y a les consultations de médecine scolaire par exemple ».

M2 évoquait son expérience avec des patients australiens, dont les habitudes de prévention et de dépistage sont différentes.

- M2 : « on voit quand même une réelle différence d'éducation à l'exposition solaire, à la surveillance de la peau par rapport à ce qu'on peut avoir en France, même si on a l'impression de bien faire » [...] « je vois quand même bien la différence des messages qui ont été intégrés par les patients chez mes Australiens »

3.2.2.3 Education thérapeutique

Améliorer l'apprentissage de l'autosurveillance cutanée par les patients était important.

- M3 : « faire des consultations de groupe ou de développer l'éducation thérapeutique »
- M6 : « cette vigilance que peuvent avoir les patients sur une lésion qui va se modifier, enfin voilà, peut-être d'être attentif à leur corps, enfin voilà, d'en prendre soin »
- M9 : « je pense que l'auto surveillance, c'est quand même essentiel »

3.2.2.4 Revalorisation financière

Les médecins estimaient qu'une implication plus importante dans le dépistage cutané et notamment l'utilisation du dermatoscope justifierait une revalorisation financière de ces consultations, soit par la majoration du tarif de la cotation spécifique à la dermatoscopie, soit par l'intégration d'un item dans les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

- M4 : « il faudrait revaloriser la consultation de dermatoscopie »
- M10 : « dans les putains de ROSP là » [...] « Ils pourraient pondre un item là-dessus »
- M12 : « revaloriser une cotation là-dessus »

3.2.2.5 Diminution de la charge administrative

M3 estimait qu'il pourrait accorder davantage de temps au dépistage cutané s'il pouvait « être déchargé de bon nombre de tâches administratives ».

3.2.3 Améliorer le travail en réseaux de soins

3.2.3.1 Avec les confrères généralistes au sein de CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé)

Certains médecins évoquaient comme piste d'amélioration du dépistage cutané des actions dans le cadre de parcours coordonnés au sein de CPTS.

- M4 : « pour éventuellement même travailler en réseau, même entre confrères de médecins généralistes, de se dire « mon collègue il le fait, donc allez le voir » [...] « avec le réseau de la CPTS par exemple, on pourrait étiqueter quelques uns pour la dermatoscopie, pour la spirométrie, pour la gynéco »
- M5 : « si on arrive à fluidifier les parcours et surtout à les coordonner, les rémunérer, peut-être que c'est une solution »

3.2.3.2 Avec les infirmières en pratique avancée, infirmières Asalée et assistants médicaux

- Infirmières à formation spécifique

Les médecins s'interrogeaient sur le rôle des infirmières en pratique avancée (IPA) ou infirmières Asalée dans le dépistage cutané et la prévention. Asalée est un dispositif de coopération entre médecins généralistes et infirmiers intégré au cabinet des praticiens permettant la délégation d'actes de santé publique (éducation thérapeutique, dépistages et suivis de pathologies chroniques).

- M3 : « avoir effectivement une infirmière en pratique avancée au cabinet ou qu'il y ait de l'éducation thérapeutique »
- M5 : « pourquoi pas avoir quelqu'un de formé, [...] qui fasse un examen systématique [...] « une infirmière elle fait l'examen complet, si, une infirmière Asalée, elle a un doute, elle prend 3-4 photos, 3-4 photos en dermatoscopie, le médecin est là pour au cas où il y ait besoin, et puis le dermato en deuxième recours pour avoir un avis »

M5 s'inquiétait toutefois des aspects logistiques de ce type de pratique : « Mais d'avoir les locaux, parce qu'il faut un local professionnel avec tout l'équipement, et puis c'est pas du petit équipement. ».

M3 évoquait également le risque d'opposition au fait de déléguer ce travail : « *mais il y a encore beaucoup de médecins qui sont opposés.* » [...] « *beaucoup de gens ne sont pas prêts à déléguer* ».

Et M8 relevait le risque de déplacement de compétence sans réellement diminuer la charge de travail : « *on se faisait enlever des tâches mais il y en a d'autres qui arrivent* » [...] « *c'est des vases communicants* ».

- Assistants médicaux

M9 évoquait la possibilité de travailler en collaboration avec un assistant médical pour que les consultations de dépistage soit moins chronophages pour le médecin : « *Je pense que de faire systématiquement, rien que mettre en sous-vêtements les gens, c'est quand même un sacré point de départ. Mais du coup, il faut un petit peu de temps. Soit un petit peu de temps, soit il faut des assistants en fait, qui font déshabiller, voilà.* ».

3.2.3.3 Avec les spécialistes

Les médecins généralistes rappelaient que les spécialistes restaient indispensables à la prise en charge des patients dans le processus de dépistage. Aussi, ils insistaient sur l'importance de faciliter l'accès et la communication avec les dermatologues.

- Amélioration de la démographie des dermatologues

Pour les médecins généralistes, une meilleure démographie régionale des dermatologues favoriserait une prise en charge plus efficace.

- M1 : « *un dermatologue à proximité ? Un ou deux ce serait bien* »
- M2 : « *Après c'est vrai qu'il va falloir réussir à convaincre des dermato de se former et puis d'exercer en ville, ou à l'hôpital d'ailleurs, peu importe, mais qu'on ait plus de dermato, voilà, dans les années à venir.* »
- M10 : « *d'avoir plus de ressources spécialisées. Ça c'est sûr.* »

M12 estimait qu'un nombre non négligeable de dermatologues formés n'avaient finalement pas d'activité dans le soin et uniquement dans l'esthétique, plus rémunérateur : « *Tu veux te prendre rendez-vous pour te faire épiler des poils, tu as rendez-vous dans la semaine, ça coûte 400 balles et là bizarrement, tu as un rendez-vous, tu as un cancer cutané, c'est trois mois d'attente quoi.* ».

- L'adressage aux chirurgiens : une alternative

Certains médecins signalaient qu'ils avaient un accès plus aisé aux chirurgiens qu'aux dermatologues, pouvant pallier partiellement au manque de ces derniers.

- M3 : « Les dermato enlèvent assez peu, sauf ce qui est petit, donc ce que j'enlève aussi, voilà sinon tout le reste, souvent c'est un ORL qui fait les exérèses, la plupart du temps c'est le visage donc euh. Ou un orthopédiste si c'est sur le dos de la main, si il y a un spino- sur le dos de la main, j'envoie à un orthopédiste. »
- M9 : « Quand vraiment on trouve que c'est suspect, en fait, on adresse directement à l'O.R.L. ou chirurgien autre si... Je sais pas si ils aiment pas trop, mais en tout cas, ils sont plus dispos. »

- Faciliter les échanges entre médecins généralistes et spécialistes

M11 insistait sur l'importance de faciliter la communication entre médecins généralistes et spécialistes dans le but de diminuer la perte de temps.

- M11 : « un bon réseau, un bon travail entre un médecin généraliste, les spécialistes, les spécialistes en Dermatologie, les services de Dermatologie, je pense que faciliter cette communication, de transmission d'images et tout ça avec un retour rapide je pense que mettre les moyens là-dessus ce serait l'idéal. »

- Rôle des réseaux sociaux

M11 évoquait l'existence de groupes sur certains réseaux sociaux, censés être destinés aux professionnels médicaux, dont l'objectif est de permettre la demande d'avis à des confrères de toutes spécialités et d'obtenir une réponse plus rapide qu'en s'adressant aux spécialistes de leur réseau local.

- M11 : « des réseaux sociaux de médecins sur lesquels on peut demander des avis, donc c'est « le divan des médecins » pour ne nommer qu'eux, sur Facebook, sur lesquels vous pouvez demander des avis et puis on vous répond dans l'heure par les collègues. »

3.2.3.4 Avec d'autres professionnels de santé

M3 soulignait l'importance du rôle de tous les intervenants de santé dans le dépistage des cancers cutanés, étant au plus près des patients.

- M3 : « c'est-à-dire que toutes les professions soient formées aussi à ça, tous les intervenants de santé en fait, que ça ne repose pas uniquement sur les médecins, [...] il y a quand même bon nombre de pathologies où on est alertés par tous les intervenants, y compris les aides ménagères, les aidants familiaux, c'est pas forcément des soignants qui repèrent. »

3.2.4 S'appuyer sur des outils numériques

3.2.4.1 Télé-expertise

Pour les médecins généralistes, les outils numériques pouvaient être une aide au dépistage, telle que la télé-expertise.

- *M3 : « Il y a également la télé expertise. Chez nous c'est pas très répandu. Je sais qu'au CHU de Caen, [...] Madame [nom d'un dermatologue], elle est quand même très partante pour développer la télé expertise, le suivi des plaies, des ulcères, tout ça, je crois qu'elle est très avancée sur le sujet et qu'elle travaille déjà avec des infirmières. »*

- Intérêts

Les principaux intérêts attendus étaient la rapidité de réponse à une demande d'avis, le partage de responsabilité, et la facilité d'échange avec le spécialiste.

- *M5 : « pouvoir avoir une télé expertise rapide sur les grains de beauté, je sais pas si une photo ou une photo de dermatoscopie pourrait aider à trancher avec le côté d'avoir un professionnel derrière qui se responsabilise. »*
- *M10 : « La télé expertise oui, ce que je fais de façon artisanale, ça peut être intéressant surtout en dermato. »*
- *M11 : « Moi si demain vous me dites il y a une plate-forme sur laquelle, sur Internet, je peux envoyer mes images et je peux avoir une réponse dans la journée, je vous dis nickel, nickel. »*

- Limites

La limite principale évoquée par les médecins était la lourdeur administrative et donc le côté chronophage des plateformes de télé-expertise.

- *M8 : « tu sais le Domoplaies, moi j'ai essayé, ça a été compliqué. » [...] « il y a une lourdeur administrative qui va avec »*
- *M12 : « « TELAP » là, tu sais, « Domoplaies » et compagnie, [...] c'est hyper compliqué tout ça parce que il faut te connecter à e-santé, machin, Normandie, truc, enfin tout ça c'est du temps en fait, à chaque fois c'est pareil, c'est pas je fais une photo je vous l'envoie, c'est tout un protocole »*

De plus, ils se questionnaient sur la qualité d'un diagnostic dermatologique effectué via la télé-médecine et doutaient que le dermatologue puisse se passer d'un examen clinique.

- *M6 : « bah tu peux pas faire tout en télé-médecine de toutes façons, ça me paraît compliqué. » [...] « une suspicion de mélanome ou de baso- ou de spino-, je ne sais*

pas si c'est si simple que ça. Comme ça, par Visio, je sais pas, je sais pas pour le le dermatologue, c'est peut-être compliqué quand même. »

- *M7 : « il faut regarder aussi l'ensemble du corps, donc on voit bien les limites. »*
- *M9 : « la plupart du temps quand même en fait ils font venir les gens, c'est difficile de faire à distance »*

Ils soulignaient que la télé expertise nécessite un spécialiste, et que dans ce sens, elle serait limitée par le manque de dermatologues.

- *M8 : « c'est bien d'avoir des appareils, il faut de l'humain derrière pour les faire fonctionner. »*
- *M11 : « encore une fois le nombre de patients dépasse totalement le nombre de dermatologues qui peuvent être en mesure de faire ça. »*

M12 craignait d'être limité par ses compétences en informatique : *« je suis peut-être déjà très vieux dans ma tête sur tout ce qui est informatique ».*

Enfin, M6 relevait l'échec de son expérience de la téléconsultation durant la pandémie de COVID-19 : *« la téléconsultation, on ne fait plus du tout, on y a eu accès durant le Covid, et puis on a tous complètement arrêté, ça veut dire qu'on n'a pas trouvé non plus notre satisfaction ».*

Ainsi, les médecins interrogés montraient une ambivalence concernant la télé-expertise : la majorité ne remettait pas en cause son intérêt mais restait finalement assez réticente à l'heure actuelle à son utilisation en pratique.

- *M6 « ouais ça reste compliqué, mais ça peut être une solution aussi. »*
- *M9 : « alors après ça nous permet d'avoir des rendez-vous plus rapidement » [...] « par contre, ça prend du temps. »*

3.2.4.2 Intelligence artificielle

Certains médecins évoquaient le développement d'une intelligence artificielle comme un moyen efficace de dépistage des cancers cutanés.

- *M4 : « on aurait par exemple une cabine, vu qu'on fait de plus en plus de cabines pour les téléconsultations, avec un scanner ou photo, [...] pour justement prendre en photo la lésion et puis la comparer à des banques d'images pour sortir un diagnostic »*
- *M8 : « on aura l'application dermato, on fera un scan et puis on pourra même le faire avec un dermato qui sera je ne sais pas où, mais ça doit pouvoir se faire, même limite avec une intelligence artificielle qui pourra faire ça »*

D'après M4, les résultats de l'intelligence artificielle pouvaient s'avérer plus fiables qu'un dépistage effectué par un être humain : *"ils avaient fait des tests avec l'intelligence artificielle pour des diagnostics sur scanner/I.R.M., des diagnostics d'imagerie, qui des fois étaient beaucoup plus performants que l'oeil humain."*

Les médecins rappelaient toutefois la nécessité de moyens humains pour effectuer la suite de la prise en charge, notamment pour les gestes chirurgicaux.

- *M4 : « faudra quand même des mains pour opérer »*
- *M7 : « on remplacera pas l'humain par des machines. »*

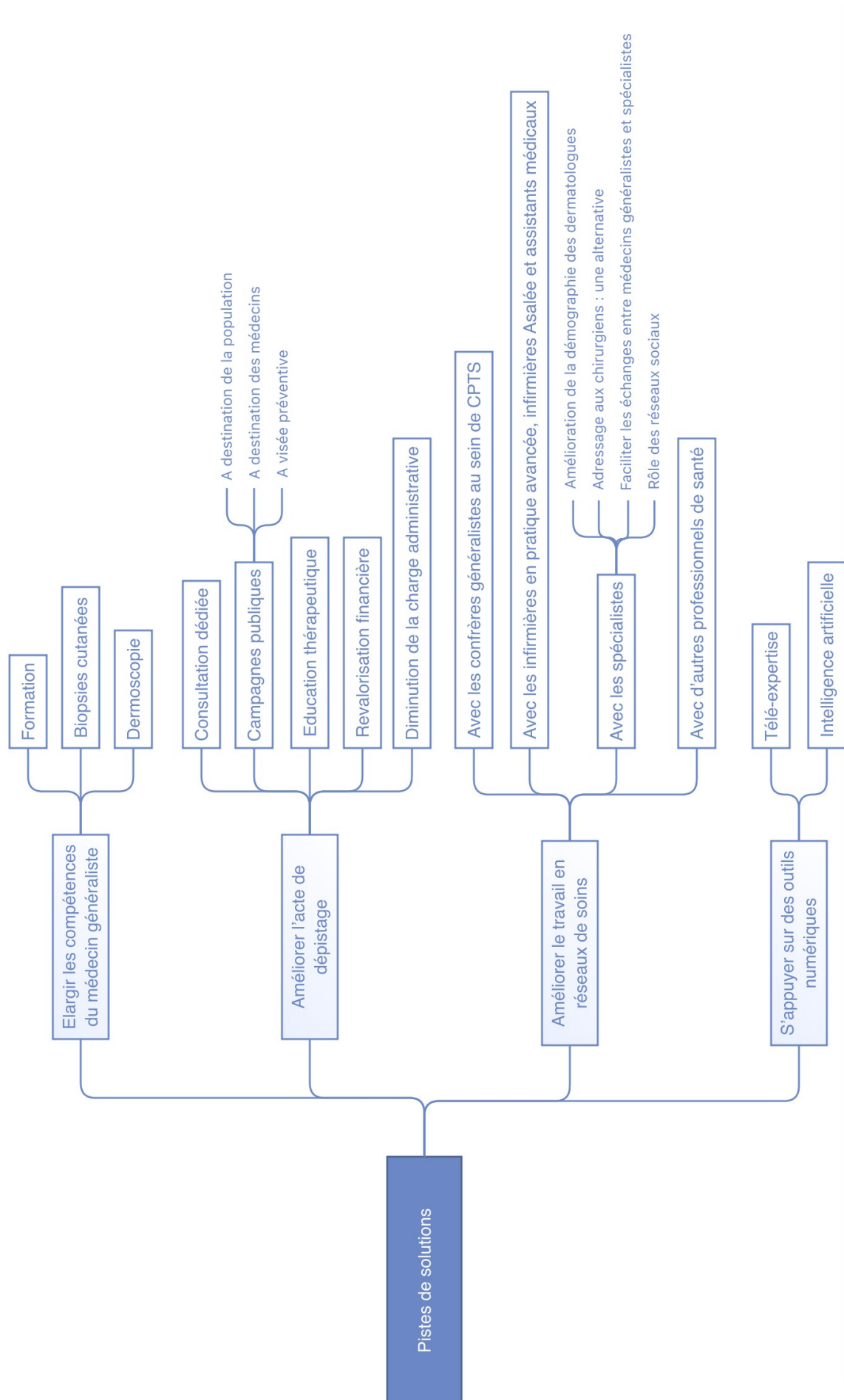


Figure 4: Arbre thématique des pistes de solutions pour améliorer le dépistage des cancers cutanés en Médecine Générale

Discussion

1. Discussion des résultats

1.1 Facteurs influençant le dépistage

1.1.1 Le dépistage cutané, un exercice difficile

L'article de Valérie Zimmerlé de 2017, sur la reconnaissance et la prise en charge initiale du mélanome par des médecins généralistes, énumérait divers obstacles évoqués par les médecins généralistes (MG) : le manque de temps, une formation insuffisante et la difficulté d'accès au dermatologue. (27)

Ces résultats corroborent les freins évoqués par les médecins de notre étude.

Houd, dans son étude sur la prévention et dépistage des cancers de la peau datant de 2015, s'interrogeait sur l'implication des médecins généralistes dans la pratique de tous les jours (28). Dans cette étude, les médecins généralistes adressaient leurs patients chez le spécialiste dans 39% des cas lorsque la consultation impliquait une lésion cutanée, soit 3 fois plus souvent que pour des consultations n'ayant pas un motif en lien avec la dermatologie. Cela était cohérent avec les résultats d'une étude précédente. (29)

Une étude qualitative complémentaire serait intéressante pour explorer les motivations des médecins à adresser davantage leurs patients chez les dermatologues que chez les autres spécialistes. Nous pouvons toutefois supposer que le sentiment de compétence insuffisante des MG vis-à-vis de l'examen de lésions suspectes entre en jeu, comme cela a pu être mis en évidence dans certaines études. (30) (31)

Paradoxalement, l'article de Zimmerlé montre de bonnes connaissances théoriques des MG concernant des facteurs de risque de développer un mélanome et la reconnaissance des lésions pigmentées suspectes de correspondre à un mélanome par la méthode ABCDE. (27)

Une étude néozélandaise datant de 1994 (32) a montré une très bonne identification par les médecins généralistes des lésions à biopsier (alors qu'il y avait certaines erreurs dans la reconnaissance des diagnostics). Deux études australiennes datant de 1994 et 2005 (33) (34) ont mis en évidence la forte compétence des MG dans le diagnostic et la prise en charge des lésions cutanées sur des questionnaires incluant des photographies.

Une étude belge datant de 2001, évaluant la performance diagnostique des médecins généralistes en la comparant à celle des dermatologues, a montré que la

capacité des médecins généralistes à reconnaître les maladies malignes est correcte, même si évidemment les dermatologues ont une précision diagnostique plus élevée (les médecins généralistes ont correctement identifié les lésions dans 71 % des évaluations, contre 88 % pour les dermatologues). (35)

Il serait intéressant d'avoir des études françaises plus récentes évaluant les compétences des médecins généralistes dans le dépistage des cancers cutanés.

1.1.2 La place du dépistage dans les consultations de médecine générale

Les médecins de notre étude remarquaient que le dépistage des cancers cutanés n'était pas un motif principal de consultation.

L'étude de Houd évoquait en effet que les situations où le patient consulte pour montrer une lésion cutanée suspecte sont minoritaires. Il s'agissait en général d'un motif supplémentaire lors de la consultation. (28)

Les MG interrogés avaient également le sentiment que le dépistage était plus souvent déclenché à l'initiative de leur patient que d'eux-mêmes. L'étude de Houd évoque à l'inverse que les procédures de prévention et de dépistage étaient réalisées 2.4 fois plus fréquemment à l'initiative du médecin généraliste que du patient, particulièrement après 50 ans. D'autres auteurs avaient précédemment trouvé des résultats similaires, particulièrement chez les patients de plus de 60 ans. (28) (36)

Les données de la littérature montrent que les facteurs ayant retardé la consultation d'un sujet ayant une lésion cutanée suspecte (qu'elle soit identifiée par lui ou par son médecin traitant) étaient : l'apparence de non-évolutivité de la lésion, l'absence de signes généraux, la méconnaissance de l'urgence, la négligence, l'absence de douleur, le manque de motivation, la peur du résultat, une information insuffisante et le manque de temps. (37)

De nombreuses études ont démontré que l'appartenance à certaines populations de patients était associée à une plus faible implication dans le dépistage cutané, ainsi que le risque de mélanome épais, à savoir les hommes et les personnes plus âgées ou atteintes de pathologies chroniques (38) (39) (40). Ainsi, Buster *et al* ont décrit que les personnes âgées se percevaient à plus bas risque de développer un cancer cutané. (41)

Malgré un dépistage réalisé en complément d'un motif principal de consultation et à l'initiative du médecin, Houd évoquait que ces consultations n'étaient finalement plus longues que de 90 secondes environ. Ce délai supplémentaire semble trop court pour permettre un examen cutané total. On suppose donc que la découverte d'une lésion suspecte dans ces conditions est incompatible avec la réalisation d'un examen cutané complet trop chronophage, d'où l'importance d'anticiper le dépistage cutané au sein d'une consultation dédiée. (28)

1.1.3 La dermoscopie

La dermoscopie est reconnue pour améliorer la précision du diagnostic du mélanome sous réserve d'une formation à la sémiologie des images dermoscopiques de mélanome.

Une étude sur les représentations et l'expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires a permis de mettre en évidence que les médecins avaient une représentation positive de la dermoscopie. Pour eux, elle constituait une aide au diagnostic renforçant la confiance des médecins généralistes dans l'analyse des lésions pigmentées et leur prise en charge. Elle permettait d'améliorer le dépistage précoce, de réduire le nombre de recours aux spécialistes (dermatologues et chirurgiens) et donc le nombre de biopsies ou d'exérèses inutiles.

Couplée à la téléexpertise en dermatologie, elle offrait un gain de temps dans la démarche diagnostique et thérapeutique, d'où une optimisation du parcours de soins.

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

Ainsi, elle reste peu utilisée par les médecins généralistes en France.

L'étude de Mme Venchi sur l'état des lieux de la dermatoscopie en médecine générale en région PACA, a montré que seuls 6.4% des médecins généralistes déclaraient posséder un dermatoscope, 73.9% d'entre eux se serviraient de cet outil au moins une fois par semaine mais aucun d'entre eux ne facturerait d'acte technique lors de son utilisation. (42)

Pourtant, le code de cotation correspondant à l'examen dermatoscopique pour surveillance de lésion à haut risque (QZQP001) est utilisable par toutes spécialités médicales. Il concerne les patients ayant un antécédent personnel ou familial de mélanome, un syndrome de naevus atypique chez les patients à haut risque (phototype clair, antécédents de coups de soleil, etc). La tarification est de 54,10 euros mais il est nécessaire d'avoir une formation spécifique à la dermatoscopie pour ce type de patient et l'examen doit durer environ 30 minutes. (43)

Il serait intéressant de connaître les motifs de non-utilisation de cette cotation par les MG utilisant le dermatoscope. On peut s'interroger si c'est par manque de connaissance de la cotation ou par absence de remplissage des conditions attendues, notamment la durée d'examen de 30 minutes, difficilement réalisable en pratique de routine.

En effet, une consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes. (44)

1.1.4 Les questions de la localisation géographique et de l'exposition solaire

La localisation géographique des médecins interrogés a été évoquée à la fois comme un frein au dépistage et comme un facteur favorisant. Les MG se sentaient moins concernés quand ils vivaient dans des zones réputées moins ensoleillées, comme la Normandie ou la Bretagne. A l'inverse, ils se disaient davantage sensibilisés quand ils habitaient près de la côte ou quand ils étaient confrontés à des personnes à risque d'exposition solaire.

1.1.4.1 Liens entre ensoleillement et incidence des cancers cutanés en France

Pour les médecins interrogés, la Normandie serait moins exposée au risque de développer un cancer cutané car moins ensoleillée.

D'après les données de Météo France, les régions les plus ensoleillées de France en 2021 seraient les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Corse, et le Languedoc-Roussillon avec plus de 2400 heures d'ensoleillement annuelles, contre environ 1870 heures en Bretagne et en Basse-Normandie. Pourtant, parmi ces régions les plus ensoleillées, seul un département, le Var (83), montre une sur-mortalité par mélanome cutané chez les hommes.

Paradoxalement, il est observé une sur-mortalité par mélanome cutané qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans le Nord-Ouest chez les femmes. 8 départements sont concernés, dont les départements du Calvados (14) et de la Manche (50). Plusieurs départements de Bretagne présentent également une mortalité de 10 % supérieure à la moyenne nationale chez les deux sexes. (45) L'incidence des cancers cutanés est 3 fois plus élevée en Bretagne que dans le reste de la France. (46)

Cela s'explique justement par une méconnaissance des UV par la population, qui lie souvent risque solaire avec chaleur et beau temps. Or, les rayons UV sont aussi présents, même par temps nuageux, que dans d'autres régions plus au sud. (46)

Beck *et al* dans leur étude de 2009 sur les représentations et attitudes du public vis-à-vis du cancer, montraient que, bien que l'exposition au soleil soit le deuxième facteur de risque le plus souvent cité, des idées reçues persistent, pouvant soutenir des conduites à risques. En effet, un quart des Français pensait que s'exposer aux UV en cabine avant les vacances protège des coups de soleil, un tiers pensait que les coups de soleil de l'enfance bien soignés sont sans conséquence à l'âge adulte, et un quart estimait que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil. Seuls 63 % des interrogés disaient utiliser de façon systématique au moins un moyen de protection, dont seulement 14 % qui mettaient de la crème solaire toutes les heures. (47)

1.1.4.2 Le cas de l'Australie

Le lien direct entre exposition solaire et incidence des cancers cutanés reste vrai. Un MG interrogé évoquait notamment l'exemple de ses patients australiens.

La population australienne a l'incidence des cancers de la peau la plus élevée au monde (48), due en partie à une exposition solaire très importante et à une population majoritairement de phototype clair. La forte implication des MG australiens dans la surveillance et le traitement du mélanome contraste avec l'approche des pays d'Europe.

Les MG australiens ne se forment pas systématiquement à la surveillance et au traitement du mélanome, mais ceux qui ont un intérêt particulier peuvent bénéficier d'une formation complémentaire sur le diagnostic et la prise en charge des cancers cutanés par le Skin Cancer College of Australasia et l'Australian Skin Cancer Academy.

Dans une cohorte de plus de 787 patients nouvellement diagnostiqués avec des mélanomes primaires à haut risque de propagation dans le Queensland en 2012-2014 (49), 81 % ont été diagnostiqués par des médecins généralistes.

1.1.5 L'examen cutané et le déshabillage

Les MG interrogés disaient regarder la peau exposée au cours de la consultation sans chercher à déshabiller le patient spécifiquement pour réaliser un examen cutané complet.

1.1.5.1 Evolution des pratiques vis-à-vis de l'examen clinique

Pendant longtemps, lorsque les connaissances médicales et les thérapeutiques étaient limitées, l'examen du corps était le seul outil des médecins (52). Avec l'évolution des connaissances, de la physiopathologie, des examens complémentaires et de la thérapeutique, les maladies sont mieux connues et diagnostiquées. Bien qu'important, l'examen clinique n'est plus seul à être pris en compte. D'autre part, les motifs de consultation évoluent.

L'Observatoire de Médecine Générale répertorie les 50 motifs de consultations les plus fréquents de l'année 2009 (53). On relève des éléments médicaux, nécessitant un examen physique, notamment en première position « examens de santé et prévention » ou en 4ème position « rhinopharyngite ». Nous notons aussi des motifs ne nécessitant pas d'examen comme en 12ème position « Réaction à une situation éprouvante » ou en 19ème position « procédure administrative ». Selon une étude nationale de 2011 à 2012 ECOGEN sur la médecine générale (54), les patients consultent aussi pour des souffrances psychiques, liées à des événements de vie, au travail, autant de raisons qui ne nécessitent pas toujours d'examen physique, et qui limitent donc les opportunités d'examiner la peau.

Cette même étude relève que l'examen clinique est toutefois réalisé dans 90,4% des consultations mais ne précise pas de quel examen il s'agit, ni du déshabillage qui l'accompagne. Pour une rhinopharyngite par exemple, il paraît peu utile d'effectuer un examen complet, et le déshabillage peut être remis en question.

1.1.5.2 Le déshabillage

L'étude de Houd montre un faible taux d'examens cliniques cutanés, qu'ils soient partiels ou *a fortiori* détaillés, ce qui est un résultat intéressant bien que paradoxal, le dépistage des cancers cutanés étant basé avant tout sur l'examen cutané, lequel nécessitant le déshabillage du patient.

Le déshabillage joue un rôle dans les différentes phases de la prise en charge du patient (diagnostique, thérapeutique, préventive, éducative). Le déshabillage partiel peut s'envisager pour les visites courantes et le suivi des patients.

Une étude observationnelle menée en France dans le département des Bouches du Rhône a montré que la peau du patient n'était vue partiellement que dans 45% des consultations et n'était vue totalement que dans 6% des consultations. (55)

En 2012, la HAS rapportait que les médecins généralistes déclaraient faire déshabiller leurs patients régulièrement mais pas systématiquement et pas toujours entièrement. Ils demandaient aux patients de se déshabiller quand ils jugeaient cela nécessaire (77 %) mais aussi à la demande du patient (46 %) : deux tiers des médecins généralistes demandaient souvent (47 %) ou systématiquement (19 %) à leurs patients de se déshabiller pour un examen cutané. Par contre, seul un médecin sur deux (46 %) demandait au patient de se déshabiller entièrement. Par ailleurs, l'examen des organes génitaux n'était réalisé que par un quart des médecins (24 %). (37)

Les patients interrogés dans l'étude de Manas datant de 2019 (56) percevaient positivement le déshabillage comme le garant de la qualité de l'examen physique et d'un certain professionnalisme du médecin. Le déshabillage et l'examen physique sont presque perçus comme indissociables, les faisant se confondre par les patients.

Dans son travail de thèse étudiant le déshabillage auprès de médecins, Dr Bry-Griviau explorait les motivations et les freins au déshabillage et l'on peut constater la part individuelle à la décision médicale, expliquant les grandes disparités dans les pratiques. La relation de proximité qui s'installe entre médecin traitant et patient est identifiée comme une situation à risque de faire passer le déshabillage au second plan au profit de discussions ou à cause d'une routine, une baisse de la vigilance du praticien. Le médecin peut donc avoir une attitude de non déshabillage, qui peut s'installer au fil du temps. (57)

1.1.5.3 La nudité et la pudeur

Un des médecins de notre étude s'interrogeait sur le frein de la mise à nue des patients, nécessaire pour un examen cutané complet, possiblement plus important avec le médecin traitant qu'avec un spécialiste, du fait d'une relation différente.

Le déshabillage représente un moment symbolique de transition vers un état dénudé de vulnérabilité, d'abandon de soi qu'il est important de prendre en compte.

La pudeur est propre à chacun et joue un rôle dans l'acte de déshabillage. En effet, elle peut rendre le vécu du déshabillage plus difficile, mais elle n'est pas un obstacle insurmontable, la priorité étant souvent donnée à la nécessité de l'examen du corps et à la confiance dans le professionnel médical.

En effet, une étude qualitative sur le vécu et les représentations des patients lors du déshabillage en médecine générale montre à l'inverse que cet acte de déshabillage est rendu possible car il est réalisé dans un climat de confiance, avec un médecin référent qui réalise un suivi médical, avec qui justement un lien particulier se crée. Dans cette étude, plusieurs patients reconnaissent que la sensibilité du médecin à la problématique de déshabillage serait remarquée et appréciée. Même si celle-ci peut paraître secondaire, elle est importante à prendre en compte, car elle fait partie d'un tout dans le processus dynamique de l'examen physique et de la relation médecin-patient. (56)

Le déshabillage soulève des difficultés matérielles et psychologiques, dont la gêne, surtout présente entre acteurs qui ne se connaissent pas, de sexes opposés, lors du dévoilement de zones intimes, ou en présence d'un tiers accompagnant le patient ou le médecin (étudiant). Enfin, l'acte d'enlever ses vêtements est un point plus critique que la nudité elle-même. Ainsi, la pudeur conduit certains patients à anticiper la consultation, en se préparant spécifiquement : lavage du corps, choix des vêtements et des sous vêtements. Nous pouvons imaginer aussi que cela conduise certains patients à éviter la consultation médicale. (56)

Dans le travail de thèse des Drs Lazort et Guiges (58), les patients exprimaient le désir d'avoir plus d'explications pour faciliter le déshabillage, tandis que les médecins souhaitaient que les patients le fassent spontanément pour rendre ce moment moins gênant. Cette dernière idée surprenante témoigne du malaise des médecins, et peut expliquer pourquoi les explications et la communication manquent à ce sujet.

Pourtant dans le travail de thèse du Dr Bry-Griviau, les médecins semblaient attentifs à leur communication pour éviter que leur demande soit mal interprétée, pour justifier et expliquer l'importance du déshabillage dans l'examen. Plus notable, leur objectif est aussi de permettre la participation des patients à la consultation.

Un tel décalage nous laisse à penser qu'il reste encore beaucoup de travail à faire sur cette communication.

1.2 Pistes de solutions

Une étude française de 2010 suggère que l'accès facilité des patients aux dermatologues, les campagnes d'information ciblant les personnes âgées et la formation des médecins généralistes sont des approches complémentaires pour améliorer le dépistage précoce. (15)

1.2.1 Améliorer la formation

Les médecins de soins primaires jouent un rôle important dans le diagnostic de mélanome cutané, en particulier chez les patients âgés, mais orientent fréquemment les patients atteints de mélanomes cutanés épais vers des dermatologues. (15) Leur formation aux examens cutanés complets et au diagnostic des tumeurs cutanées, en étroite collaboration avec les dermatologues, doit être encouragée.

1.2.1.1 Formation initiale

Certains médecins de notre étude proposaient d'améliorer la formation initiale en dermatologie, notamment en effectuant des stages en dermatologie lors de l'internat.

Lors d'une enquête réalisée aux Etats-Unis en 2006 sur 659 étudiants en médecine, 23% d'entre eux n'avaient jamais observé d'examen d'une lésion cutanée cancéreuse et 26.7% n'y avaient jamais été formés. Comparativement aux étudiants sans formation, les étudiants qui avaient été formés au moins une fois au dépistage des cancers cutanés étaient 7 fois plus susceptibles de se considérer comme assez ou très qualifiés pour ce dépistage. (59)

De nombreuses études ont évalué l'acquisition des compétences concernant l'examen clinique cutané, dont une étude portant sur 233 étudiants en médecine de Boston. Elle constatait que 52% des étudiants n'avaient pas les compétences pour la réalisation d'un examen clinique cutané, 35% n'en avaient jamais réalisé et 28% n'en avaient jamais vu la pratique au cours de leurs études. (60)

En France, une étude quantitative de 2018 évaluant l'importance accordée par les internes de médecine générale au dépistage du mélanome montre que 82% des internes répondants estimaient que la formation des internes de médecine générale en matière de dépistage des lésions cutanées était insuffisante. Les internes ayant répondu à cette étude étaient d'ailleurs peu nombreux à avoir effectué un stage en dermatologie hospitalière. Les internes ayant réalisé un stage de dermatologie se sentaient plus concernés par le dépistage du mélanome que les autres et étaient plus nombreux à envisager d'intégrer le dépistage dans leur pratique future. (61)

D'autres études françaises proposent d'intégrer l'enseignement de la sémiologie dermoscopique et l'utilisation du dermoscope dès la formation initiale. (62) (63)

1.2.1.2 Formation continue et dermoscopie

Plusieurs pistes étaient proposées pour améliorer les compétences des MG dans le dépistage cutané : optimiser la formation continue en dermatologie et élargir l'utilisation de la dermoscopie en proposant des formations appropriées.

Les données en faveur de l'utilisation du dermoscope en contexte de soins primaires sont limitées, mais la dermoscopie pourrait aider à trier les lésions suspectes en vue d'une orientation en urgence vers un spécialiste, lorsqu'elle est pratiquée par des cliniciens dûment formés. (64)

Afin de pallier la problématique de formation, Friche évalue l'utilisation du e-learning répété dans l'apprentissage de la dermoscopie. Une amélioration des compétences en 3 mois est montrée. Le e-learning a pour avantage d'être moins chronophage et est d'autant plus plébiscité du fait des conditions sanitaires actuelles. (62)

Malgré tout, les médecins évoquaient un frein financier majeur, lié à l'équipement en lui-même et à la faible opportunité de pouvoir valoriser financièrement son utilisation, la cotation requérant actuellement un examen de 30 minutes. Il faudrait pouvoir développer une cotation différente de celle existante, davantage adaptée aux médecins généralistes.

1.2.2 Réorganiser les modalités du dépistage cutané

1.2.2.1 Campagnes publiques et journée nationale

En France, une journée nationale du dépistage des cancers de la peau a été créée en 1998 par le Ministère de la Santé, soutenue également par l'Institut National du Cancer, et organisé par le syndicat national des dermatologues – vénérologues (SNDV).

Depuis 2 ans, c'est une campagne entièrement digitale qui est menée : des médecins, dermatologues, oncologues, patients et influenceurs prennent la parole sur les réseaux sociaux pour informer et sensibiliser le public sur la prévention, l'incitation au dépistage précoce pour les publics à risques, la prise en charge et les traitements via des livres, des témoignages, des astuces et des bonnes pratiques.

Cette journée préfigure la semaine de dépistage organisé qui repose sur le volontariat de centaines de dermatologues qui assurent des consultations de dépistage anonymes et gratuites dans toute la France, dans des centres dédiés. (65) (66)

Aucun médecin interrogé n'a évoqué ces journées nationales de dépistage des cancers cutanés, pouvant nous faire penser qu'ils ne sont pas au courant de cet évènement. Seul un médecin a évoqué une journée de dépistage national mais en proposant cette idée comme une piste de solution. Une meilleure communication notamment auprès des médecins généralistes pourrait permettre à ce genre d'évènement d'avoir plus de visibilité.

Toutefois, la portée de ces campagnes reste limitée. Reen *et al*, lors de leur étude sur l'impact d'une campagne de détection précoce des cancers de la peau en médecine générale, ont décrit que les répondants trouvaient les ressources disponibles utiles mais que les personnes les plus âgées ne consultaient pas malgré les campagnes de dépistage. En effet, les médecins généralistes ont signalé une augmentation plus importante des demandes d'examens pour cancer de la peau de la part des populations jeunes par rapport au groupe cible de personnes âgées de plus de 50 ans. (67)

On s'interroge alors si les campagnes de prévention ne sont finalement pas plus efficaces dans la lutte contre le cancer de la peau, à l'échelle nationale, que les campagnes de dépistage.

Depuis les années 80, les Australiens ont été exposés à des campagnes de marketing social pour sensibiliser à la prévention du cancer de la peau (68). Ces campagnes, notamment le programme « SunSmart » dans l'état de Victoria, ont utilisé les médias de masse (publicités télévisées, imprimées et radiophoniques) parallèlement à des interventions dans les écoles, les lieux de travail et dans les lieux communautaires et de loisirs pour motiver les comportements de protection solaire et l'aménagement de zones d'ombre dans les espaces publics. Leurs buts étaient de sensibiliser le public sur le lien entre cancer de la peau et exposition solaire par l'éducation et la communication publique et de changer les normes sociales et culturelles sur le bronzage.

Les écoles se sont engagées à exiger que tous les enfants portent un chapeau à larges bords (pendant les mois les plus ensoleillés) lorsqu'ils sont à l'extérieur, en s'assurant qu'il y ait suffisamment d'ombre dans la cour de l'école et que les enfants apprennent à se protéger du soleil. Ces mesures ont été encouragées par les parents, eux-mêmes alertés par les campagnes médiatiques.

Une étude a montré que les comportements de protection solaire changeaient avec le temps en fonction des fluctuations du niveau de publicité des campagnes de protection solaire. En effet, les données ont montré qu'il y avait une augmentation de la préférence pour l'absence de bronzage, pour le port de chapeau et d'écran solaire et une augmentation de la surface corporelle protégée du soleil lorsque le nombre de publicités à la télévision était plus élevé. (69)

L'efficacité de ces programmes a été démontrée, non seulement en termes de sensibilisation accrue à la prévention du cancer de la peau, mais aussi et surtout en termes d'amélioration du comportement de protection solaire (augmentation significative de l'utilisation de chapeaux, de vêtements de protection et d'écran solaire et une

diminution des proportions globales de peau non protégée) et de réduction des taux de cancer de la peau.

Ces campagnes étaient financées par des associations à but non lucratif, puis également par le gouvernement australien lui-même. Au vu de l'efficacité de ces programmes sur la santé publique australienne, le gouvernement a eu un retour sur investissement financier positif.

Le succès des programmes de lutte contre le cancer de la peau en Australie est en grande partie dû à un investissement continu à long terme, afin de maintenir les améliorations de comportement de la population.

Cela fait écho à la proposition des MG interrogés de développer les campagnes de prévention, similaire à celle réalisée auprès de la population Bretonne actuellement (46), et de faire passer ce message directement en milieu scolaire.

1.2.2.2 Dépistage organisé national

En 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) estimait que le mélanome cutané ne répondait pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé (70) :

- absence de lésion précancéreuse identifiable (on ne peut connaître le stade de gravité du mélanome cutané sur le seul aspect clinique/il n'existe aucune corrélation entre le diamètre du mélanome cutané et son stade de gravité) ;
- données épidémiologiques incomplètes et suggérant que la prévalence du mélanome cutané est faible par comparaison à d'autres cancers pour lesquels un dépistage systématique a été mis en place ou est envisagé (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal) ;
- modélisation de l'efficacité et du rapport coût/efficacité impossible à construire du fait des nombreuses données manquantes.

De plus, une recommandation néo-zélandaise publiée en 2008 (71) évoquait que le dépistage du mélanome cutané ne diminuait pas la mortalité spécifique liée à ce cancer cutané et concluait à la non-pertinence de son dépistage en population générale.

En 2010, aucun pays n'a mis en œuvre de dépistage du mélanome cutané en dehors de l'Allemagne (72) où un dépistage opportuniste des cancers cutanés, dont le mélanome cutané, a été mis en place sur l'ensemble du territoire national en 2008.

1.2.2.3 Dépistage à l'initiative des médecins

Plusieurs études ont montré que des conseils donnés par un médecin étaient finalement plus efficaces que des modalités de communication plus impersonnelles. (73) (74) (75)

Dans les situations de prévention, Hollands a montré le bénéfice de faire de l'éducation à la santé et de conseiller en appuyant son discours sur l'objectivation de lésions sur le patient. (76)

Cela confirme l'importance de la mise en place de consultations dédiées évoquées par les MG interrogés dans notre étude. Un examen cutané complet de dépistage annuel pourrait être proposé aux patients présentant des facteurs de risque de cancer cutané.

Mais les patients se mobiliseraient-ils pour participer à ce type de consultation ? Plusieurs études ont montré le manque d'implication des patients dans les dépistages organisés déjà existants en France.

Une étude montrait un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans le Val-de-Marne de 45,3% en 2007-2008, bien en dessous de l'objectif recommandé pour obtenir une baisse de la mortalité (70%). L'oubli, le dépistage non considéré comme prioritaire et la peur de la découverte du cancer faisaient partie des motifs de non participation. (77)

Une autre étude montrait un taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal de 31,7% en France et 31,9% en Haute-Normandie en 2011-2012 alors que l'efficacité de ce programme nécessite un taux de participation d'au moins 45%. La résonance du cancer sur l'individu était là encore rapportée parmi les obstacles au dépistage. (78)

On retrouvait certains freins similaires dans une étude française datant de 2021 qui évoquait que le retard de consultation était la principale cause de carcinome basocellulaire avancé. Les facteurs psychosociaux impliqués dans le report de la consultation identifiés étaient : première lésion banalisée, le déni, et la peur du diagnostic ou du traitement. (79)

1.2.3 Développer les outils numériques

Les médecins interrogés espéraient un développement des outils numériques de façon à obtenir un avis dermatologique rapide et fiable sans avoir à surcharger le système de soins en adressant leur patient en consultation chez le spécialiste devant toute lésion suspecte.

1.2.3.1 Télé-expertise

La télé-dermatologie, principalement la télé-expertise dermatologique, est une solution prometteuse qui pourrait accélérer les parcours de soins et ainsi permettre une détection plus précoce du cancer de la peau. Mais plusieurs limites sont à évoquer.

Une étude de 2022 posait la question de l'efficacité et de la fiabilité de la télé-expertise en indiquant un taux de concordance faible entre télé-dermatologues lorsqu'ils

évaluaient des photographies de lésions pigmentées suspectes prises par un MG avec un smartphone (discordance dans 38 % des prises en charge). Ces résultats appellent à réaliser des travaux supplémentaires. (80)

Inversement, lors d'une autre étude, la télé-dermatologie a montré une concordance correcte avec les diagnostics cliniques en face à face pour les lésions cutanées pigmentées. La précision du diagnostic était augmentée lorsque la dermoscopie était combinée à la télé-dermatologie. (81)

Une des limites évoquées est l'impossibilité d'effectuer un examen du corps entier chez les patients présentant des lésions cutanées préoccupantes, ce qui peut entraîner un sous-diagnostic. Une autre limite préoccupante concerne les risques juridiques entraînés par les erreurs de diagnostic avec la télé-dermatologie. (81)

Une enquête auprès des MG creusois sur la télé-expertise en dermatologie révélait un taux de satisfaction très encourageant, montrant l'intérêt des MG pour la télé-dermatologie et motivant son développement. Pour les MG, l'utilisation de la télé-dermatologie permettait d'obtenir un avis rapide (en 3 à 5 jours), de limiter les consultations spécialisées non justifiées et de sécuriser les échanges interprofessionnels, par rapport aux demandes informelles chronophages, non valorisées actuellement et qui n'entrent pas dans le cadre médico-juridique définissant la télémédecine. (82) (83)

Les limites principales étaient : la réponse dépassait le délai de 3 jours et n'était pas donnée par le dermatologue du secteur d'exercice du MG, les dermatologues n'avaient pas vu leur exercice facilité et répondre aux avis avait été très difficile à conjuguer avec un emploi du temps déjà surchargé. (82)

Une étude complémentaire serait intéressante à mener afin de connaître les freins des dermatologues à la télé-expertise.

Une étude normande sur la télémédecine pour la gestion des plaies chroniques a montré une amélioration de la prise en charge des patients avec un temps de guérison plus court et une diminution des coûts de frais de transports. (84)

1.2.3.2 Rôle des réseaux sociaux

Un des médecins interrogés expliquait que devant l'allongement des délais pour une consultation dermatologique, des médecins généralistes utilisaient les réseaux sociaux pour obtenir un avis.

Une étude datant de 2017 analysait la concordance diagnostique entre les réseaux sociaux et des centres de télé-dermatologie. Malgré l'absence de sécurisation des données, les résultats de concordance diagnostique des images anonymisées sur les réseaux sociaux montraient que cet outil de télémédecine pouvait être un moyen fiable de pallier les difficultés d'accès aux consultations de dermatologie. (85)

Les réseaux sociaux ont atteint la pratique médicale et ont plusieurs applications notamment dans le cadre de la formation médicale des professionnels de santé et des

patients, la dissémination de l'information scientifique en touchant un large public, la possibilité d'interagir entre médecins et d'avoir des avis tiers ouverts au monde entier et la recherche (permettant une épidémiologie nouvelle). (86) (87)

Par leur attractivité et leur généralisation, il est probable qu'ils prendront davantage d'importance à l'avenir dans la communication entre médecins et entre médecins et patients, ce qui entraîne de nouvelles problématiques légales et déontologiques.

En effet, l'absence de sécurité des réseaux informatiques expose les praticiens à des risques médico-juridiques. (83)

Du fait de leur dématérialisation, les réseaux sociaux donnent une fausse impression de confidentialité. Une étude suédoise a montré que 6% des médecins et étudiants en médecine suédois ayant un compte Twitter avaient envoyé des messages portant atteinte à la confidentialité des patients (88). Une étude américaine a montré que la plupart des facultés de médecine avaient déjà été confrontées à des messages émis par les étudiants qui violaient la confidentialité des patients. (89)

Les réseaux sociaux ont été conçus pour le grand public, et n'ont été utilisés qu'ultérieurement dans la pratique médicale. De ce fait, ils ne sont pas adaptés aux exigences de la communication médicale (sécurité et confidentialité des données, fiabilité de l'information et des participants, non accès par des tiers) et ne devraient être utilisés qu'avec un minimum de précautions. (90)

Une sensibilisation à leur emploi pourrait être proposée en rappelant les applications mais aussi les limites de ces nouveaux médias.

1.2.3.3 Intelligence artificielle

Une étude française sur l'intérêt de l'intelligence artificielle (IA) pour le diagnostic des cancers cutanés non mélaniques effectuée auprès des médecins généralistes conclut que les médecins généralistes rencontrent des difficultés pour diagnostiquer les NPST (tumeurs cutanées non pigmentées) et seraient intéressés par un outil d'intelligence artificielle qui pourrait les aider à y parvenir. Comme l'orientation vers des cabinets de dermatologie peut être éprouvante, des aides au diagnostic de l'intelligence artificielle devraient être développées pour aider les médecins généralistes dans leur rôle de dépistage, mais à un coût limité. (91)

Un article datant de 2020 sur la collaboration homme-ordinateur pour la reconnaissance des cancers de la peau a constaté que l'aide d'une IA pour la prise de décision clinique améliore la précision du diagnostic par rapport à celui de l'IA seule ou des médecins seuls, et que ce sont les cliniciens les moins expérimentés qui tirent le meilleur parti du soutien de l'IA. Par ailleurs, il a été constaté qu'une IA défectueuse peut induire en erreur l'ensemble du spectre des cliniciens, y compris les experts. (92)

Actuellement, il n'existe pas d'application utilisant une IA accessible aux médecins généralistes. Google se prépare à lancer une application sur smartphone « Derm Assist », adressée au grand public, qui fonctionnera grâce à un système de reconnaissance d'image, associant la prise de photos et un questionnaire, afin de fournir un diagnostic.

2. Discussion de la méthode

2.1 Choix de la méthode qualitative

La méthodologie qualitative semblait la plus adéquate afin de répondre à notre question de recherche.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés paraissait la méthode la plus adaptée afin de permettre aux médecins généralistes d'exprimer leur opinion et leur ressenti sur leur pratique quotidienne le plus librement possible.

2.2 Recueil des données

Il s'agissait d'un premier travail qualitatif. Le manque d'expérience a pu constituer un biais dans le recueil des informations, et la richesse des entretiens a pu être parfois limitée par un défaut de relances appropriées. La méthodologie de conduite des entretiens a été acquise au fur et à mesure du travail. Un chercheur plus expérimenté dans ce domaine aurait pu mettre en évidence d'autres résultats pertinents.

La réalisation à la fois d'entretiens individuels et d'un focus-group a permis à la fois de favoriser la spontanéité et la liberté des réponses lors des entretiens individuels, et de faire émerger davantage de nouvelles idées grâce à la dynamique de groupe lorsqu'ils étaient interrogés en même temps que leurs confrères.

2.3 Analyse des entretiens

Une double analyse a été réalisée, permettant une triangulation partielle des données sur plus de la moitié du corpus.

L'analyse des entretiens par les deux autres chercheurs a été réalisée en aveugle de l'analyse de l'enquêteur principal.

L'ensemble des entretiens n'a pas pu bénéficier d'une deuxième analyse systématique car cela demandait du temps auprès de chacun des chercheurs. Les entretiens les plus riches à analyser ont été sélectionnés. Bien que les verbatims aient été

anonymisés, ceux provenant de médecins connus personnellement d'un des chercheurs ne leur ont pas été attribués à analyser.

Une triangulation des données sur l'intégralité des verbatims aurait pu limiter le biais d'interprétation et renforcer la validité interne de notre travail.

Le retour des médecins généralistes interrogés sur la retranscription et l'analyse de leur entretien n'a pas été sollicité. Ils n'ont pas pu apporter une correction à l'interprétation de leurs propos.

Les entretiens ont été menés jusqu'à l'obtention de la saturation théorique des données.

Conclusion

Notre objectif a été d'étudier les facteurs influençant la pratique du dépistage des cancers cutanés par les médecins généralistes, aussi bien les freins que les facteurs favorisants.

Les médecins généralistes interrogés ont conscience de l'incidence des cancers cutanés et de l'importance de leur rôle dans le dépistage. Cependant, ils ont tendance à adresser fréquemment aux spécialistes car ils estiment le dépistage difficile, dû en partie à leur manque d'expérience et de formation. Les praticiens considèrent le dépistage comme secondaire par rapport aux pathologies existantes et ne lui accordent pas de temps dédié. Certains freins paraissent médecin-dépendant en fonction des représentations du médecin et de son intérêt pour la dermatologie. Le déshabillage nécessaire à l'examen cutané, par son aspect chronophage notamment, est mentionné comme un obstacle.

L'investissement personnel du médecin dans la dermatologie favorise la pratique du dépistage, d'autant plus lorsqu'il exerce dans une zone géographique à forte incidence de cancers cutanés. Les patients présentant des facteurs de risque, ayant des consultations de suivi fréquentes ou une vigilance accrue sur leur lésion cutanée, encouragent au dépistage.

Les médecins jugent important d'améliorer leur formation et d'élargir leurs champs de compétences en dermatologie. La proposition de développer des campagnes publiques de dépistage ne fait pas l'unanimité. Les médecins s'accordent davantage sur l'idée de développer des consultations dédiées de dépistage en soins primaires. Enfin, ils misent beaucoup sur le développement du travail en réseaux de soins et de la télé-dermatologie.

Bibliographie

1. Leiter U, Eigentler T, Garbe C. Epidemiology of skin cancer. *Adv Exp Med Biol.* 2014;810:120-40.
2. Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Non-melanoma skin cancer. *Lancet.* 20 févr 2010;375(9715):673-85.
3. Binder Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim - Partie 1 : tumeurs solides [Internet]. 2013 [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-entre-1980-et-2012.-etude-a-partir-des-registres-des-cancers-du-reseau>
4. Wu S, Han J, Li WQ, Li T, Qureshi AA. Basal-Cell Carcinoma Incidence and Associated Risk Factors in US Women and Men. *Am J Epidemiol.* 15 sept 2013;178(6):890-7.
5. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol.* juill 2002;147(1):41-7.
6. Bailey A, Vasicek B, Tao J, Janeczek M, Mitri A, Tung R. Management of keratinocyte carcinoma - Special considerations in the elderly. *International Journal of Women's Dermatology.* 1 sept 2019;5(4):235-45.
7. Rayonnement ultraviolet (UV) et cancer de la peau [Internet]. [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer)
8. Guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous squamous cell carcinoma and precursor lesions. Guidelines. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie.* sept 2009;136:S177-86.
9. Mélanome cutané : la détection précoce est essentielle [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974838/fr/melanome-cutane-la-detection-precoce-est-essentielle
10. van der Leest RJT, van Steenberg LN, Hollestein LM, de Vries E, Nijsten T, van Akkooi ACJ, et al. Conditional survival of malignant melanoma in The Netherlands: 1994-2008. *Eur J Cancer.* févr 2014;50(3):602-10.
11. Chen SC, Pennie ML, Kolm P, Warshaw EM, Weisberg EL, Brown KM, et al. Diagnosing and Managing Cutaneous Pigmented Lesions: Primary Care Physicians Versus Dermatologists. *J Gen Intern Med.* juill 2006;21(7):678-82.
12. Masson E. Étude sociodémographique des dermatologues libéraux en France métropolitaine en 2011 [Internet]. EM-Consulte. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/774358/etude-sociodemographique-des-dermatologues-liberau>
13. Bouet P, Gerard-Varet J-F P. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2021.
14. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.

15. Durbec F, Vitry F, Granel-Brocard F, Lipsker D, Aubin F, Hédelin G, et al. The role of circumstances of diagnosis and access to dermatological care in early diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France. *Arch Dermatol.* mars 2010;146(3):240-6.
16. Mieux se protéger du soleil - Exposition aux rayonnements UV [Internet]. [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Exposition-aux-rayonnements-UV/Mieux-se-protger-du-soleil>
17. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer.* sept 2005;41(14):2040-59.
18. Thomas L, Tranchand P, Berard F, Secchi T, Colin C, Moulin G. Semiological value of ABCDE criteria in the diagnosis of cutaneous pigmented tumors. *Dermatology.* 1998;197(1):11-7.
19. Grob JJ, Bonerandi JJ. The « ugly duckling » sign: identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. *Arch Dermatol.* janv 1998;134(1):103-4.
20. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol.* mars 2002;3(3):159-65.
21. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol.* sept 2008;159(3):669-76.
22. Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, Saiag P. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. *Arch Dermatol.* oct 2001;137(10):1343-50.
23. Détection précoce des cancers de la peau [Internet]. 2011. Disponible sur: www.e-cancer.fr
24. Grange F, Barbe C, Mas L, Granel-Brocard F, Lipsker D, Aubin F, et al. The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France. *Br J Dermatol.* déc 2012;167(6):1351-9.
25. Initiation à la recherche qualitative en santé, Jean-Pierre Lebeau, 2021, GM santé.
26. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin;
27. Zimmerlé V, Laurent E, Tauveron V, Maruani A, Le Bidre E, Samimi M, et al. Reconnaissance et prise en charge initiale du mélanome par des médecins généralistes : enquête dans un département rural à très faible densité médicale. *La Presse Médicale.* 1 avr 2018;47(4, Part 1):e35-42.
28. Houd S. Prévention et dépistage des cancers de la peau : quelle implication des médecins généralistes dans la pratique de tous les jours ? 2015.
29. Rat C, Quereux G, Grimault C, Gaultier A, Khammari A, Dreno B, et al. Melanoma incidence and patient compliance in a targeted melanoma screening intervention. One-year follow-up in a large French cohort of high-risk patients. *Eur J Gen Pract.* juin 2015;21(2):124-30.
30. Offidani A, Simonetti O, Bernardini ML, Alpagut A, Cellini A, Bossi G. General practitioners' accuracy in diagnosing skin cancers. *Dermatology.* 2002;205(2):127-30.

31. Housiaux-Lefort Des Ylouses S, Bonnetblanc J-M, Preux P-M, Buisson J-G. Dépistage des tumeurs noires en médecine générale : les besoins. mai 2007;134(5, Part 1):484-6.
32. McGee R, Elwood M, Adam H, Sneyd MJ, Williams S, Tilyard M. The recognition and management of melanoma and other skin lesions by general practitioners in New Zealand. *N Z Med J.* 27 juill 1994;107(982):287-90.
33. Paine SL, Cockburn J, Noy SM, Marks R. Early detection of skin cancer. Knowledge, perceptions and practices of general practitioners in Victoria. *Med J Aust.* 1 août 1994;161(3):188-9, 192-5.
34. Baade PD, Lowe JB, Stanton WR, Balanda KP. Clinical diagnosis and management of suspicious pigmented skin lesions. :5.
35. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert JM. Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* juin 2001;44(6):979-86.
36. Walter FM, Humphrys E, Tso S, Johnson M, Cohn S. Patient understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice.* 31 août 2010;11(1):62.
37. Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer. Rapport d'orientation : facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané. 2012 juill.
38. Janda M, Youl PH, Lowe JB, Elwood M, Ring IT, Aitken JF. Attitudes and intentions in relation to skin checks for early signs of skin cancer. *Prev Med.* juill 2004;39(1):11-8.
39. Mandalà M, Imberti GL, Piazzalunga D, Belfiglio M, Lucisano G, Labianca R, et al. Association of socioeconomic status with Breslow thickness and disease-free and overall survival in stage I-II primary cutaneous melanoma. *Mayo Clin Proc.* févr 2011;86(2):113-9.
40. Youl PH, Baade PD, Parekh S, English D, Elwood M, Aitken JF. Association between melanoma thickness, clinical skin examination and socioeconomic status: results of a large population-based study. *Int J Cancer.* 1 mai 2011;128(9):2158-65.
41. Buster KJ, You Z, Fouad M, Elmets C. Skin cancer risk perceptions: a comparison across ethnicity, age, education, gender, and income. *J Am Acad Dermatol.* mai 2012;66(5):771-9.
42. Venchi F. Dermatoscopie en médecine générale en région PACA: état des lieux. Étude auprès d'un échantillon de 360 médecins généralistes libéraux. 2019;137.
43. QZQP001 Dermatoscopie [dermoscopie] pour surveillance... - Code CCAM [Internet]. Disponible sur: <https://www.aideaucodage.fr/ccam-qzqp001>
44. DREES. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. 2009;8.
45. Simona Bara, Guy Launoy, Véronique Bouvier, Anne-Valérie Guizard, Mélanie Cariou, Alice Billot-Grasset, Édouard Chatignoux. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Normandie. 2019.
46. Alerte Breizh ! 3 fois plus de cancers de la peau en Bretagne. Protégeons-nous ! [Internet]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/alerte-breizh-3-fois-plus-de-cancers-de-la-peau-en-bretagne-protégeons-nous>

47. Beck F, Gautier A, Guilbert P, Peretti-Watel P. Représentations et attitudes du public vis-à-vis du cancer. *Med Sci (Paris)*. mai 2009;25(5):529-33.
48. Olsen CM, Green AC, Pandeya N, Whiteman DC. Trends in Melanoma Incidence Rates in Eight Susceptible Populations through 2015. *J Invest Dermatol*. juin 2019;139(6):1392-5.
49. Smithers BM, Hughes MCB, Beesley VL, Barbour AP, Malt MK, Weedon D, et al. Prospective study of patterns of surgical management in adults with primary cutaneous melanoma at high risk of spread, in Queensland, Australia. *J Surg Oncol*. sept 2015;112(4):359-65.
50. Burton RC, Howe C, Adamson L, Reid AL, Hersey P, Watson A, et al. General practitioner screening for melanoma: sensitivity, specificity, and effect of training. *J Med Screen*. 1998;5(3):156-61.
51. Green AC, Pandeya N, Morton S, Simonidis J, Whiteman DC. Early detection of melanoma in specialised primary care practice in Australia. *Cancer Epidemiol*. févr 2021;70:101872.
52. Hoerni B. Histoire de l'examen clinique. D'Hippocrate à nos jours. *Imothep Médecine-Sciences*; 236 p.
53. Observatoire de Médecine Générale - Top 50 des Résultats de Consultation [Internet]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
54. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. 25:10.
55. Leman C, Gaudy-Marqueste C, Mallet S, Richard M-A, Poujol J-L, Grob J-J. Le déshabillage du patient: une condition préalable au rôle-clé du médecin généraliste dans le dépistage du mélanome. *Ann Dermatol Venereol*. 2010;(137S):A97.
56. Manas M. Le déshabillage en consultation de médecine générale: étude qualitative sur le vécu et les représentations des patient.es [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019.
57. Bry-Griviau A, Morel G, Université de Bourgogne. Le déshabillage des patients au cours des consultations de médecine générale : facteurs influençants, rôles, modalités et ressenti des acteurs. 2008.
58. GUIGUES S. Les représentations du paravent au sein du cabinet de médecine générale Point de vue des médecins Point de vue des patients.
59. MOORE, GELLER, ZI ZHANG et al. Skin cancer examination teaching in US medical education. 2006;p.439-444.
60. Wise E, Singh D, Moore M, Hayes B, Biello KB, Dickerson MC, et al. Rates of skin cancer screening and prevention counseling by US medical residents. *Arch Dermatol*. oct 2009;145(10):1131-6.
61. Lecoq A. Quel intérêt les internes de médecine générale accordent-ils au dépistage du mélanome ? [France]: UFR Santé d'Angers; 2018.
62. Friche P. Évaluation de l'évolution des connaissances en dermoscopie des internes de médecine générale de Montpellier à la suite d'une formation en E-learning. 17 mars 2021;198.
63. Vidalain T. La dermoscopie dans la détection précoce du mélanome malin en consultation, facteurs influençant son utilisation en médecine générale : une étude quantitative.

64. Reveillard L. Représentations et expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires : Etude qualitative auprès de médecins généralistes des pyrénées orientales. 2020.
65. 11 mai : journée nationale du dépistage des cancers de la peau – ONCORIF [Internet]. Disponible sur: <https://www.oncorif.fr/11-mai-journee-nationale-du-depistage-des-cancers-de-la-peau/>
66. Sauver sa peau [Internet]. Disponible sur: <https://dermatos.fr/sauversapeau/>
67. Reen B, Coppa K, Smith DP. Skin cancer in general practice --impact of an early detection campaign. *Aust Fam Physician*. juill 2007;36(7):574-6.
68. Sinclair C, Foley P. Skin cancer prevention in Australia. *Br J Dermatol*. nov 2009;161 Suppl 3:116-23.
69. Dobbinson SJ, Wakefield MA, Jansen KM, Herd NL, Spittal MJ, Lipscomb JE, et al. Weekend sun protection and sunburn in Australia trends (1987-2002) and association with SunSmart television advertising. *Am J Prev Med*. févr 2008;34(2):94-101.
70. Haute Autorité de Santé. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandation en santé publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
71. New Zealand Guidelines Group. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. 2008;268.
72. Geller AC, Greinert R, Sinclair C, Weinstock MA, Aitken J, Boniol M, et al. A nationwide population-based skin cancer screening in Germany: proceedings of the first meeting of the International Task Force on Skin Cancer Screening and Prevention (September 24 and 25, 2009). *Cancer Epidemiol*. juin 2010;34(3):355-8.
73. Rat C, Quereux G, Riviere C, Clouet S, Senand R, Volteau C, et al. Targeted melanoma prevention intervention: a cluster randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. févr 2014;12(1):21-8.
74. Clouet S, Rivière-Vannier C. Protection solaire et auto-examen cutané : impact d'une action de prévention ciblée sur des patients à risque de mélanome consultant en médecine générale. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
75. Falk M, Anderson C. Prevention of skin cancer in primary healthcare: an evaluation of three different prevention effort levels and the applicability of a phototest. *Eur J Gen Pract*. 2008;14(2):68-75.
76. Hollands GJ, Hankins M, Marteau TM. Visual feedback of individuals' medical imaging results for changing health behaviour. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 janv 2010;(1):CD007434.
77. Rosenschild P, Brodbeck Marina-Von. Motifs de non participation au dépistage organisé du cancer du sein : enquête par voie postale dans le Val-de-Marne. 2010.
78. Bous A. Facteurs de non-participation au dépistage organisé du cancer colorectal: point de vue des patients en Haute-Normandie.
79. Garrousteigt C, Broc G, Legrand A, Quintard B, Beylot-Barry M. Facilitators of and obstacles to consultation in patients with advanced basal cell carcinoma: a French pilot study. *Arch Dermatol Res*. déc 2021;313(10):829-35.

80. Demoulins E. Téléexpertise dermatologique à partir de photographies prises avec un smartphone par des médecins généralistes en cas de suspicion de mélanome : évaluation de la concordance de prise en charge. Angers: Université Angers; 2022. p. 26.
81. Walocko FM, Tejasvi T. Teledermatology Applications in Skin Cancer Diagnosis. *Dermatol Clin.* oct 2017;35(4):559-63.
82. Faustine BP. Télé-expertise en dermatologie SMARTDERM : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes creusois. 2020;101.
83. Tesnière A, Leloup P, Quéreux G, Maillard H, Pedailles S, Leccia MT, et al. [Remote dermatological advice: a survey in three French regions]. *Ann Dermatol Venereol.* févr 2015;142(2):85-93.
84. Le Goff-Pronost M, Mourgeon B, Blanchère JP, Teot L, Benateau H, Domp martin A. REAL-WORLD CLINICAL EVALUATION AND COSTS OF TELEMEDICINE FOR CHRONIC WOUND MANAGEMENT. *Int J Technol Assess Health Care.* janv 2018;34(6):567-75.
85. Serhrouchni S, Guibal F, Malmartel A. Concordance diagnostique entre les centres de télédermatologie et les réseaux sociaux utilisés comme outil de télé médecine comparativement aux experts. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie.* 1 déc 2017;144(12, Supplement):S219-20.
86. Maisonneuve H, Rougerie F, Chambe J. Facebook : un outil d'apprentissage en éducation médicale ? *Pédagogie Médicale.* 1 févr 2015;16(1):65-77.
87. Bastardot F, Vollenweider P, Marques-Vidal P. Réseaux sociaux : de nouveaux outils de communication et de formation pour les médecins ? *Revue Médicale Suisse.* 2015;4.
88. Brynolf A, Johansson S, Appelgren E, Lynoe N, Bonamy AKE. Virtual colleagues, virtually colleagues—physicians' use of Twitter: a population-based observational study. *BMJ Open.* 1 juill 2013;3(7):e002988.
89. Chretien KC, Greysen SR, Chretien JP, Kind T. Online posting of unprofessional content by medical students. *JAMA.* 23 sept 2009;302(12):1309-15.
90. Silber D. Médecine 2.0 : les enjeux de la médecine participative. *La Presse Médicale.* 1 oct 2009;38(10):1456-62.
91. Samaran R, L'Orphelin JM, Dreno B, Rat C, Domp martin A. Interest in artificial intelligence for the diagnosis of non-melanoma skin cancer: a survey among French general practitioners. *Eur J Dermatol.* 1 août 2021;31(4):457-62.
92. Tschandl P, Rinner C, Apalla Z, Argenziano G, Codella N, Halpern A, et al. Human-computer collaboration for skin cancer recognition. *Nat Med.* août 2020;26(8):1229-34.

Annexe

Guide d'entretien

Présentation

Exposition de mon sujet de thèse :

Mon sujet porte sur le dépistage des cancers cutanés en Médecine Générale.

Autorisation d'enregistrement

CONTEXTE ACTUEL

- [Résumé de la démographie des dermatologues en France : Les dermatologues sont de plus en plus inaccessibles dans notre société avec un nombre insuffisant de dermatologues (moins de 4 000 dermatologues en France) et de plus des disparités de répartition territoriale.] Que pensez-vous de ce problème en France ? Quel est l'impact pour vous dans votre pratique quotidienne ? Avez-vous facilement accès à un avis spécialisé quand vous en avez besoin ?
- [Résumé de l'incidence des cancers cutanés : Les cancers cutanés sont un problème de santé publique majeur avec plus de 80 000 nouveaux cas par an en France. Ce sont les cancers les plus fréquents en incidence (devant le cancer de la prostate et du sein). De plus, leur nombre est en constante augmentation avec une multiplication par 3 sur les 40 dernières années.] Quel est votre ressenti par rapport à votre patientèle ? Avez-vous l'impression que ces statistiques se confirment parmi vos patients ?

EXPERIENCE PERSONNELLE

- Quelle est votre expérience personnelle concernant le dépistage des cancers cutanés ?

(Aborder surveillance systématique annuelle, surveillance ponctuelle à l'initiative du médecin ou du patient, l'absence de surveillance, l'identification des patients à risque)

- Avez-vous reçu une formation particulière dans ce domaine ? *Si non* : en auriez-vous envie ?
- Quelle est votre attitude quand un patient vous demande de regarder une lésion qui l'inquiète ?

(Avis spécialisé systématique ? Téléconsultation ? A l'aise pour répondre ? Examen cutané complet du corps ? Difficultés rencontrées ?

- [Evoquer la statistique de 10 dépistages par an : D'après les statistiques, un médecin généraliste devrait dépister en moyenne 10 cancers cutanés par an] Qu'en pensez-vous par rapport à votre pratique ?
- Qu'en est-il de la prévention ?

(Aborder risque solaire (coups de soleil, séances d'UV), crème solaire, quel public : tout le monde ou plutôt les enfants, les adultes présentant des signes cutanés d'exposition au soleil ou antécédent de cancer cutané, risques professionnels)

FREINS

- Quels sont les freins principaux, selon vous, au dépistage des cancers cutanés par les médecins généralistes ?

(Evoquer les contraintes de temps, l'absence de cotation spécifique, le manque d'expérience et de formation, etc)

- Et les freins à la prévention ?

(Aspect chronophage, le coût des crèmes solaires, société plus curative que préventive, etc)

PERSPECTIVES D'AMELIORATION

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le dépistage et la prévention des cancers cutanés en France ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider pour une meilleure prise en charge ?

(Amélioration de la formation de médecins généralistes, améliorer l'information des patients (auto examens, conseils de prévention, campagnes de santé publique), améliorer l'accessibilité aux produits solaires, utilisation de la photographie et de l'informatique etc : Qu'en pensez vous ? Cela peut-il vous aider ?)

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Sexe
Classe d'âge
Zone d'exercice : rurale, semi-rurale, urbaine
Département d'exercice
Formation en Dermatologie

CONCLUSION

- Avez-vous quelque chose à ajouter sur le sujet ?

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2022

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : KOWAL Elodie

**TITRE DE LA THÈSE : DEPISTAGE DES CANCERS CUTANES EN MEDECINE GENERALE :
Etude qualitative auprès de 12 médecins généralistes bas-normands**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : L'incidence des cancers cutanés est en constante augmentation en France. La corrélation entre la précocité du diagnostic, le pronostic et les disparités démographiques des dermatologues plaide en faveur de la participation des médecins généralistes (MG) au dépistage des cancers cutanés. L'objectif de notre étude était de s'interroger sur les facteurs influençant la pratique du dépistage des cancers cutanés par les MG, aussi bien les freins que les facteurs favorisant.

Méthode : Une étude qualitative auprès de MG a été menée à l'aide d'entretiens semi-directifs, individuels et de groupe, suivis d'une analyse thématique.

Résultats : 12 entretiens ont été menés auprès de MG. Le dépistage était source de difficulté dû au manque de formation et d'expérience et à la difficulté croissante d'accès au dermatologue. Il était considéré non prioritaire par rapport au soin. L'aspect chronophage et l'absence de consultation dédiée freinaient le dépistage. Certains freins étaient médecin-dépendants selon ses représentations et son intérêt pour la dermatologie ; d'autres liés au patient, en particulier l'accès difficile à la peau. Le dépistage était favorisé par l'investissement du MG pour la dermatologie et un lieu d'exercice à forte incidence de cancers cutanés. Les pistes de solutions proposées étaient de développer des consultations dédiées de dépistage en soins primaires. Les MG espéraient le développement du travail en réseaux de soins et l'accès facilité à la télé-dermatologie.

Discussion : Le déshabillage des patients n'est pas systématique et est souvent partiel. Pourtant essentiel à l'examen clinique, il est nécessaire de ne pas le négliger.

MOTS-CLÉS : Cancers cutanés, Dépistage, Médecine générale, Etude qualitative

**TITLE : SKIN CANCER SCREENING IN GENERAL PRACTICE : Qualitative interview study of
twelve general practitioners from Lower Normandy**

ABSTRACT :

Introduction : The increasing incidence of skin cancers, the correlation between early diagnosis and prognosis, as well as the demographic disparities of dermatologists on the national territory argue in favor of skin cancer screening by general practitioners. The objective of our study was to question the factors influencing the practice of skin cancer screening by general practitioners (GPs), both the limiting and the favoring factors.

Methods : A qualitative study with GPs was carried out. Semi-structured interviews and one focus-group were conducted and then analysed by thematic analysis.

Results : 12 interviews of GPs were conducted. Screening was a source of difficulty due to the lack of training and experience and the increasing difficulty of access to the dermatologist. It wasn't considered as a priority compared to care. The time-consuming aspect and the absence of a dedicated consultation hampered screening. Some brakes were doctor-dependent according to his representations and his interest in dermatology. Others brakes were related to the patient, in particular the difficult access to the skin. Screening was favored by the investment of the GPs for dermatology and a geographical localisation with a high incidence of skin cancer. The proposed solutions were to develop dedicated screening consultations in primary care. GPs hoped for the development of care networks and easier access to tele-dermatology.

Discussion : The undressing is not systematic and is often partial. However, it's essential to the clinical examination, it should not be neglected.

KEY WORDS : Skin cancer, Screening, General practice, Qualitative study