



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



ANNÉE 2022

N°8

**ENQUETE AUPRÈS DE PATIENTS PRESENTANT UN CANCER
CUTANÉ : ÉTUDE DU PARCOURS DE SOINS ET PLACE DU
MEDECIN TRAITANT DANS LA PRISE EN CHARGE**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 25 janvier 2022
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Mathilde, Hélène, Andrée SCHENCK
Née le 28 Décembre 1991 à Belfort (90)

&

Manon, Camille MARCOUX
Née le 17 Décembre 1993 à Saint-Dizier (52)

Sous la direction du Docteur Mona AMINI-ADLE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2020-2021

Président de l'université	Pr Frédéric FLEURY
Présidente du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Carole BURILLON
Directeur Général des services	M. Pierre ROLLAND
<u>Secteur Santé :</u>	
Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT (ISTR)
<u>Secteur Sciences et Technologies :</u>	
Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques Des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Directeur de l'Institut National Supérieur Du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique Et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2021/2022

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (<i>en retraite à compter du 01/01/2022</i>)
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophthalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du

EDERY	Charles Patrick	vieillessement ; médecine générale ; addictologie
FROMENT	Caroline	Génétique
GAUCHERAND	Pascal	Physiologie
GUEYFFIER	François	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
		Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERTENS	Patrick	Anatomie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUSSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUICHAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
HOT	Arnaud	Médecine interne
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie

PERETTI	Noël	Nutrition
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie

VENET	Fabienne	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	Claire	Neurochirurgie

**Professeur des Universités
Classe exceptionnelle**

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Première classe**

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Deuxième classe**

ZERBIB	Yves
--------	------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
GAZARIAN	ARAM	Chirurgie Orthopédique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
PUGEAT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Hors classe**

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Première classe**

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COUTANT	Frédéric	Immunologie
COZON	Grégoire	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
ESCURET - PONCIN	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe**

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOUTY	Aurore	Chirurgie infantile
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Anatomie
LACQIN REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LILOT	Marc	Anesthésiologie, Réanimation, Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire
VILLANI	Axel	Dermatologie, vénéréologie

**Maître de Conférences
Classe normale**

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
LAMORT-BOUCHE	Marion

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

BREST	Alexandre
DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 1^{ère} classe)

BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,
LINA Gérard	Bactériologie,
MION François	Physiologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
RUFFION Alain	Urologie,
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie,
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques,
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie,
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie,
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 2^{ème} classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie,
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
médicale,	
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,
SIMON Chantal	Nutrition,
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BERARD Frédéric	Immunologie,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
CERUSE Philippe	O.R.L.,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,

FRANCK Nicolas
 FRANCO Patricia
 FREYER Gilles
 GILLET Pierre-Germain
 JOUANNEAU Emmanuel
 KASSAI KOUPAI Behrouz
 LANTELME Pierre
 LEBECQUE Serge
 LIFANTE Jean-Christophe
 LONG Anne
 LUAUTE Jacques
 LUSTIG Sébastien
 MOJALLAL Alain-Ali
 PAPAREL Philippe
 PICAUD Jean-Charles
 REIX Philippe
 RIOUFOL Gilles
 SANLAVILLE Damien
 SERVIEN Elvire
 SEVE Pascal
 TAZAROURTE Karim
 THAI-VAN Hung
 THOBOIS Stéphane
 TRINGALI Stéphane
 WALLON Martine
 WALTER Thomas

Psychiatrie Adultes,
 Physiologie – Pédiatrie,
 Cancérologie ; Radiothérapie,
 Biologie Cellulaire,
 Neurochirurgie,
 Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
 Cardiologie,
 Biologie Cellulaire,
 Chirurgie Générale,
 Médecine vasculaire,
 Médecine physique et Réadaptation,
 Chirurgie. Orthopédique,
 Chirurgie. Plastique,
 Urologie,
 Pédiatrie,
 Pédiatrie,
 Cardiologie,
 Génétique,
 Chirurgie Orthopédique,
 Médecine Interne, Gériatrique,
 Médecine Urgence,
 Physiologies – ORL,
 Neurologie,
 O.R.L.
 Parasitologie mycologie,
 Gastroentérologie – Hépatologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel
 BELOT Alexandre
 BOHE Julien
 BOSCHETTI Gilles
 BREVET-QUINZIN Marie
 CHO Tae-hee
 COTTE Eddy
 COURAND Pierre-Yves
 COURAUD Sébastien
 DALLE Stéphane
 DEMILY Caroline
 DESESTRET Virginie
 DEVOUASSOUX Gilles
 DISSE Emmanuel
 DUPUIS Olivier
 FASSIER Jean-Baptiste
 FRIGGERI Arnaud
 GHESQUIERES Hervé
 HAUMONT Thierry
 LASSET Christine
 LEGA Jean-Christophe
 LEGER FALANDRY Claire
 MARIGNIER Romain
 MAUCORT BOULCH Delphine
 MILOT Laurent
 NANCEY Stéphane

Hématologie,
 Pédiatrie,
 Réanimation urgence,
 Gastro-entérologie Hépat.
 Anatomie et cytologie pathologiques,
 Neurologie,
 Chirurgie générale,
 Cardiologie,
 Pneumologie,
 Dermatologie,
 Psy-Adultes,
 Histo.Embryo.Cytogénétique,
 Pneumologie,
 Endocrinologie diabète et maladies métaboliques,
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
 Méd. Santé au travail,
 Anesthésie Réa.Méd.
 Hématologie,
 Chirurgie Infantile,
 Epidémiologie., éco. Santé,
 Thérapeutique – Médecine Interne,
 Médecine interne, gériatrie,
 Neurologie,
 Biostat.Inf. Méd.
 Radiologie Imagerie Médicale
 Gastro Entérologie,

PASSOT Guillaume
PIALAT Jean-Baptiste
PINKELE CAUSSY Cyrielle
ROLLAND Benjamin
ROSSIGNOL Audrey
ROUSSET Pascal
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
VOLA Marco
VUILLEROT Carole
YOU Benoît

Chirurgie Générale,
Radiologie et Imagerie médicale,
Nutrition
Addictologie
Immunologie
Radiologie imagerie médicale,
Anatomie et cytologies pathologiques,
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
Médecine Physique Réadaptation.
Cancérologie,

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard

Cardiologie,

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy,
ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian,
PERDRIX Corinne,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire,
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline
COURY LUCAS Fabienne
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DUMITRESCU BORNE Oana
HAFLOM DOMENECH Pierre-Yves
JAMILLOUX Yvan
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire

Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
Rhumatologie,
Anatomie et cytologie pathologiques,
Bactériologie Virologie,
Pédiatrie,
Médecine Interne Gériatrie et Addictologie
Biochimie Biologie Moléculaire,
Cytologie – Histologie,

MILLAT Gilles
PERROT Xavier
PETER DEREK Laure
PONCET Delphine
PUTOUX DETRE Audrey
RASIGADE Jean-Philippe
SKANJETI Andréa
SUJOBERT Pierre
VALOUR Florent

Biochimie et Biologie moléculaire,
Physiologie – Neurologie,
Physiologie,
Biochimie, Biologie cellulaire,
Génétique
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
Biophysique. Médecine nucléaire.
Hématologie – Transfusion,
Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine
BERHOUMA Moncef
BOLZE Pierre-Adrien
CHATRON Nicolas
DANANCHE Cédric
JAMILLOUX Yvan
KEPENEKIAN Vahan
KOPPE Laetitia
LE BOSSE Fanny
LE QUELLEC Sandra
PERON Julien
PUTOUX DETRE Audrey
RAMIERE Christophe
SUBTIL Fabien
VISTE Anthony
WOZNY Anne-Sophie

Pharm.fond.pharm clinique,
Neurochirurgie,
Gynécologie Obstétrique,
Génétique,
Epidémiologie. économie de la santé,
Médecine Interne – Gériatrie,
Chirurgie Viscérale et Digestive,
Néphrologie,
Gastro-Hépatologie
Hématologie transfusion,
Cancérologie ; radiothérapie,
Génétique,
Bactériologie-virologie,
Bio statistiques,
Anatomie,
Biochimie biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice
ANNAT Guy
ECOCHARD René
FLANDROIS Jean-Pierre
LAVILLE Martine
LAVILLE Maurice
LLORCA Guy
MALICIER Daniel
MATILLON Yves
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PRACROS Jean-Louis
SAMARUT Jacques
TEBIB Jacques

Bactériologie – Virologie,
Physiologie,
Bio-statistiques,
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
Nutrition – Endocrinologie,
Thérapeutique – Néphrologie,
Thérapeutique,
Médecine Légale et Droit de la santé,
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
Orthopédiste,
Pneumologie,
Radiologie et Imagerie Médicale,
Biochimie et Biologie moléculaire,
Rhumatologie,

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Remerciements

Au président du Jury :

A Monsieur le Professeur Yves Zerbib, nous vous remercions d'avoir accepté d'être le président de notre jury et d'avoir consacré du temps à notre travail.

Aux membres du jury :

A notre directrice de thèse, Docteur Mona Amini-Adle, nous te remercions pour le temps que tu as consacré à notre travail mais aussi pour ta patience, ta bienveillance et tous les bons conseils que tu as pu nous transmettre.

A Monsieur le Professeur Luc Thomas, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir pris le temps de lire notre travail.

A Monsieur le Professeur Stéphane Dalle, merci pour les précieux conseils dispensés lors des cours de DU de dermoscopie à destination des médecins généralistes. Merci de prendre le temps de nous former, merci également d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A Madame le Docteur Rejane Petex, merci d'avoir si gentiment accepté de participer à notre jury. Merci également pour tout ce que j'ai appris pendant ces 7 mois en ta compagnie, ton infinie gentillesse, et pour ces bons souvenirs de la première vague Covid passée ensemble à l'hôpital.

Mathilde

A mes parents,

Merci d'avoir toujours été là pour moi dans les meilleurs comme les moins bons moments.

Merci d'avoir eu la patience de supporter ces 9 (+2) longues années...

Merci à Sylvie pour ses multiples corrections à toutes heures du jour et de la nuit.

Merci à Bertrand pour sa célèbre salade de patates qui mérite 2 étoiles au guide Michelin.

Merci de toujours trouver les mots justes, de m'avoir transmis votre force et vos valeurs ;

j'espère un jour pouvoir faire aussi bien que vous.

A mes grands-parents,

Merci mamie pour tous tes petits paniers garnis, tes crêpes et surtout ta joie de vivre. Tu es un modèle pour moi.

Merci 'ti papy' pour tous les récits de tes nombreuses aventures en Alsace que tu aimes nous conter et plus jeune, ces nombreuses après-midis passées au jardin à te regarder bricoler ou planter.

A mon frère Victor, merci d'être venu et d'avoir fait ce long chemin accompagné de Julie. A bientôt pour les travaux !

A Manon, pour les journées ski, nos débuts à Vienne et notre première garde d'interne, et surtout merci pour cette thèse qui, sans toi n'aurait pas été possible

A Camile, pour toutes nos années lycée, nos soirées, ton mariage, la vie à Lyon, bref beaucoup d'évènements et j'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

A Simon, pour toutes ces soirées dégustation bières, nos discussions sans fin à refaire le monde.

A Melissa, pour m'avoir donné tes précieux conseils pour cette thèse.

A Paul, pour cette P1 passée ensemble, pour avoir épousé Camille, et surtout pour notre futur travail ensemble.

A Léa, ma petite tête.. , à ces soirées Lycée, cette soirée Monopoly qui a failli tourner au drame, ces soirées passées dans la Clio.

A Marine, la seule personne qui parle aux cochons d'inde, à cette fameuse soirée camping qui rapproche et les nombreuses autres qui ont suivi (un peu moins fameuses mais ce n'est pas plus mal).

A Claire H, pour tes conseils cuisine, même si pour l'instant ça ne paye pas et pour cette petite virée à Chamonix.

A Coco, pour tous ces soirs à attendre le bus et à acheter les fameux anneaux à la pêche, pour ce week-end à Autun et cette chasse au trésor.

Aux copains de Bezak, Boule, Antoine, Loulou, David, Louis, Boitouze pour toutes ces semaines de ski, ces boardercross, ces semaines à Mollans et ces fameuses soirées.

A Claire G, pour ces nombreuses soirées passées sur mon balcon un verre à la main et très bientôt, je l'espère, la même chose mais à la Réunion.

A Chatte, ma grosse truffe et Alexis + Charlotte son ténia, vivement le chalet de l'angoisse en Laponie.

A Olivia, pour ces sessions tennis qu'il faudra bientôt que l'on reprenne et ces soirées au 27 madeleine.

A Bastien, pour ces vacances confinement à Agay, le vélo électrique en jean et peut être un jour, le Sri Lanka.

A Jérôme, mon binôme de l'internat, mon colocataire, ces 3 dernières années d'études ont été un plaisir à tes cotés.

A Pauline, avec qui j'ai fait mes premiers pas dans l'internat qui m'a épaulée, formée, appris les sessions gainage pendant les visites et une partenaire de taille au Squash.

Manon

A mes chers parents, merci pour votre soutien, votre amour inébranlable durant ces longues années d'études et bien plus. Les mots ne seront jamais assez forts pour exprimer ma reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci pour vos mots si réconfortants dans les moments les plus difficiles. Lire cette fierté dans vos yeux et la plus belle des récompenses. Je vous aime.

A toi Cœur, Merci pour ta présence sans faille à mes côtés depuis maintenant 12 ans. Merci pour m'avoir rassurée de si nombreuses fois, pour m'avoir soutenue au quotidien. De m'avoir fait rire et de me faire rire encore et encore. Merci pour tout ce que tu m'apportes, le bonheur, l'amour, la joie et la confiance. A toutes nos prochaines années ensemble. Je t'aime de tout mon cœur.

A mes grands-mères, merci de m'avoir transmis vos valeurs et votre force pour surmonter les difficultés de la vie. Merci de vous être occupés de moi après l'école et les mercredis matin, ces repas avec vous, ces parties de jeux et ces sorties ensemble. Je me souviendrai de tous ces bons moments que nous avons partagés.

A toi ma Lélé, celle qui m'a vu évoluer depuis la maternelle. Malgré nos chemins différents tu as toujours cru en moi et tu m'as toujours poussée vers le haut, je t'en remercie. Je saurai être une marraine exemplaire, comme l'amie que tu es.

A Joris et Vincent, pour tous ces week-ends passés ensemble à rire, à nos restos de gros et de moins gros et à chiller. Merci d'être vous et de rendre la vie plus belle. J'espère qu'à 80 ans on arrivera encore à se voir si souvent.

A Gabrielle et Mathilde M, pour votre soutien durant l'externat. Merci pour toutes ces virées et soirées faites ensemble, de m'avoir changé si souvent les idées : des journées shopping aux vacances au soleil mais aussi les week-ends à la Bresse.

Aux garçons bragards, pour toutes ces soirées à Reims et à Saint-Dizier passées à vos côtés, chaque mercredi le plus souvent. Merci pour votre simplicité et pour avoir égayé mes semaines avec votre bonne humeur.

A Lison, mon chaton présent depuis la p1, à toutes nos soirées remontage de moral. Merci pour tes messages de soutien avant chaque partiel et ton amitié si précieuse.

A Anne-Lise & les copines de danse, pour tous ces vendredis soir passés avec vous à me vider la tête, à danser, rigoler et tous ces galas que l'on a partagés. Merci pour tous ces moments de vie.

A Cassandra, mon binôme de l'externat. Je n'aurai jamais pu survivre sans toi. Merci pour ton sourire et ta bonne humeur, ces soirées post conf à discuter dans la voiture, ta présence quand les révisions étaient trop longues et pour tous ces stages que l'on a vécus ensemble.

A Matthieu et Soukaïna, pour m'avoir aussi bien accueillie à Lyon. Pour toutes les découvertes des restos sushis, bars, pour m'avoir emmenée partout avec vous. Merci pour votre présence pendant ces années d'internat.

A Mylène et Shivani, pour la belle amitié que nous avons construite ensemble. Pour ces stages que nous avons partagés et que vous avons rendus bien plus agréable. Merci pour les week-ends partagés, les soirées bouffes et les après-midi jeux. Merci mymy pour la colocation à Bourg, c'était cool de passer ce bout de vie avec toi. A tous nos prochains moments ensemble.

A Maxime et Niels, pour votre présence lors de mon arrivée en terres lyonnaises et pour ce premier stage passé avec vous que je n'oublierai pas, vous avez été de parfaits co-internes.

A Fanny et Houda, pour notre super colocation durant 7 mois. Merci pour le soutien durant ce premier confinement que l'on a, en partie, vécu ensemble, ces séances de sport, les racontages de life et les debriefs de la journée.

A Zoé, pour ce stage en gynécologie que je n'oublierai pas, à ta douceur et à ta liste interminable de restaurants à tester. Je suis contente d'avoir pu travailler avec toi. J'espère pouvoir venir te voir très vite à Aix en Provence.

A Mathilde S., pour nos soirées sushis, nos restos et nos virés au ski. Merci d'avoir rendu cette thèse possible, je suis contente d'avoir partagé cela avec toi.

& A tous les professionnels de santé et les maitres de stage rencontrés pendant les stages qui ont su me donner l'envie de pratiquer la médecine.

Table des matières

I- Introduction	21
I.1 Généralités en dermatologie.....	24
I.1.1 Le mélanome	24
I.1.1.1 Définition.....	24
I.1.1.2 Epidémiologie.....	24
I.1.1.3 Clinique.....	25
I.1.1.4 Evolution.....	26
I.1.1.5 Dépistage et facteur de risque	26
I.1.1.6 Traitement.....	27
I.1.2 Les carcinomes cutanés : carcinome basocellulaire et carcinome spinocellulaire	28
I.1.2.1 Définition :.....	28
I.1.2.2 Epidémiologie.....	29
I.1.2.3 Clinique.....	29
I.1.2.4 Dépistage et facteur de risque	30
I.1.2.5 Evolution.....	31
I.1.2.6 Traitement.....	32
I. 2. Les différents acteurs dans la prévention des cancers cutanés.....	33
I.2.1 Le dermatologue	33
I.2.1.1 Démographie des dermatologues en France :.....	33
I.2.1.2 Démographie des dermatologues en Auvergne-Rhône-Alpes.....	33
I.2.1.3 Impact sur le dépistage des cancers cutanés.....	35
I.2.2 Le médecin généraliste	36
I.2.2.1 La démographie du médecin généraliste.....	36
I.2.2.2 Le dépistage cutané dans la pratique	38
I.2.2.3 Les freins au dépistage pour le médecin généraliste.....	39
I.2.2.4 La formation du médecin généraliste en dermatologie	39
I.2.3 Le patient	40
II. Matériels et méthodes	41
II.1 Type d'étude et lieu	41
II.2 Population : critère d'inclusion et d'exclusion	41
II.3 Recueil de données	42
II.4 Analyse statistique	43
III- Résultats.....	44
III.1 Caractéristiques démographiques de l'échantillon	45

III.1.1 Sexe	45
III.1.2 Age	45
III.1.3 Niveau d'étude	46
III.1.4 Lieu d'habitation	46
III.1.5 Durée de suivi des patients par le médecin traitant	47
III.1.6 Durée de suivi des patients par un dermatologue	47
III.2 Caractéristiques des médecins traitants	48
III.2.1 Lieu d'exercice	48
III.2.2 Estimation de l'âge du médecin traitant	48
III.2.3 Accessibilité du médecin traitant	48
III.2.4 Délai de prise de rendez-vous	49
III.2.5 Fréquence de consultation chez le médecin traitant	49
III.3 Le dépistage cutané par le médecin généraliste	50
III.4.1 Découverte du cancer cutané.	51
III.4.2 Les différents parcours de soins	52
III.4.3 Les raisons du retard de prise en charge	53
III.4.4 Impact du COVID 19	53
III.4.5 Dépistage cutané et outil numérique	54
III.5 Facteurs associés au délai de prise en charge ou au stade de la tumeur	54
IV- Discussion	56
IV.1 Forces de l'étude	57
IV.2 Limites de l'étude	58
IV.3 Le dépistage cutané par le médecin généraliste	58
IV.4 Parcours de soins et délais de prise en charge	61
IV.5 Perspectives	63
V- Conclusion	66
VI- Bibliographie	68
VII- Annexes	73
Annexe 1 : Questionnaire	73
Annexe 2 : Lettre à destination des patients	80
Annexe 3 : Classification selon la 8^e Edition de l'AJCC	81

Abréviations

AJCC : American Joint Committee on Cancer

CBC : Carcinome basocellulaire

CLB : Centre Léon Bérard

CSC : Carcinome spinocellulaire

HAS : Haute autorité de santé

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

I- Introduction

En France, le nombre de nouveaux cas de cancers de la peau a plus que triplé entre 1980 et 2012(1). Pour le mélanome, le taux d'incidence est passé de 3,9 pour 100 000 femmes en 1980 à 10,1 pour 100 000 femmes en 2011(2). L'incidence de cette tumeur est en augmentation constante avec une mortalité qui peine à se stabiliser.

En occident, le mélanome est le cancer le plus fréquent chez l'adulte jeune entre 25 et 50 ans(3).

La prévention des cancers cutanés est donc une priorité de santé publique.

La découverte précoce de ces lésions cutanées malignes, par un dépistage cutané régulier, améliore le pronostic de ces cancers. La HAS a d'ailleurs émis une recommandation concernant les personnes à risque de mélanome et recommande un dépistage annuel chez ces personnes (4).

La prévention des cancers cutanés passe par de nombreux messages qui ont été diffusés ces dernières années (via des affiches dans les salles d'attentes, des dépliants à destination des patients, la mise en place d'une semaine nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau). Malgré ces campagnes de prévention, les patients ont du mal à bien se protéger. La prévention secondaire se confronte à la diminution du nombre de dermatologues à moyen et long terme qui avaient comme rôle, d'effectuer les examens cutanés des patients à risque.

Compte-tenu de la démographie médicale et du nombre décroissant de dermatologues, le médecin généraliste va devoir développer un rôle important dans le dépistage et la prévention des cancers cutanés. En Allemagne, une étude a démontré une baisse de la mortalité par mélanome de 47% chez les hommes et 49% chez les femmes grâce à la mise en place d'un dépistage cutané, réalisé par le médecin généraliste et le dermatologue (5).

En France, plusieurs études ont observé que la plupart des médecins généralistes examinait rarement la peau de leurs patients lors de leurs consultations ou ne pratiquaient pas le dépistage cutané pour différentes raisons. Une thèse réalisée en région PACA (Provence-Alpes-

Côte d'Azur) a montré que sur 103 médecins généralistes interrogés, 83 (80.6%) ont déclaré ne pas examiner spécifiquement la peau de leurs patients (6).

Plusieurs études rapportent que le manque de formation et le manque de connaissance, exprimé par les médecins généralistes, pour repérer les lésions malignes, constitue un frein majeur au dépistage cutané (6) (7) (8). Les autres freins souvent évoqués étaient : le manque de temps en consultation, la gêne ressentie par le médecin généraliste au déshabillage, la peur de rassurer à tort, la difficulté d'accès au dermatologue (6) (9).

Des pistes d'améliorations incluent la formation des médecins généralistes à l'aide de cours dans le cadre du DPC (développement professionnel continu) ou de DU (Diplôme universitaire) : comme par exemple, le DU de dermoscopie optique et digital ou encore le DU de dépistage du mélanome de cancers de la peau en médecine générale et médecine du travail proposé à l'université de Lyon.

L'efficacité des formations en dermatologie pour le diagnostic des cancers cutanés est démontrée à travers plusieurs études (10) (11) (12). Une étude dans le canton de Zurich, analyse l'effet sur la reconnaissance des lésions cutanées malignes ou bénignes par les médecins généralistes. Les médecins généralistes ont pu suivre un programme de formation, basé sur le diagnostic des cancers cutanés, pendant une journée par un dermatologue de l'hôpital universitaire. Avant cette formation, les médecins généralistes classaient correctement 63,9 % des lésions. Après la formation, ils classaient correctement 75,1% des lésions (13).

A notre connaissance, aucune enquête ne s'est intéressée au regard que porte le patient sur le dépistage cutané mené par le médecin généraliste. L'hypothèse de ce travail est que le regard complémentaire du patient par rapport à celui du médecin généraliste pourrait représenter une piste d'amélioration dans les moyens à déployer pour améliorer la prise en charge des cancers cutanés par le médecin traitant.

L'objectif principal de cette thèse est d'analyser le parcours de soins du patient présentant un cancer cutané ainsi que la place du médecin traitant dans ce parcours via un questionnaire remis aux patients consultant pour un cancer cutané au CLB (Centre Léon Bérard) à Lyon.

L'objectif secondaire est d'analyser les facteurs associés au retard de prise en charge et associés à des lésions plus sévères en terme de classification AJCC (American Joint Committee on Cancer) pour le mélanome.

I.1 Généralités en dermatologie

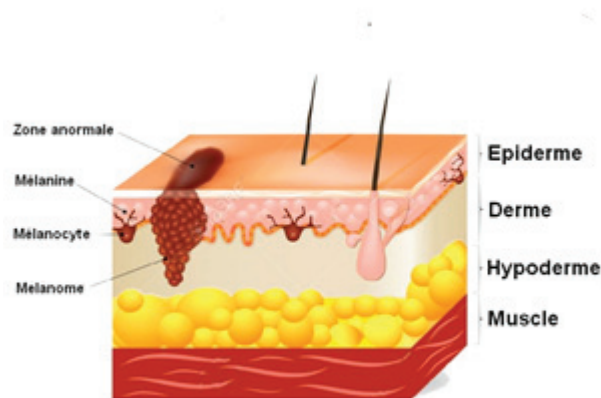
Rappels sur les principaux cancers de la peau

I.1.1 Le mélanome

I.1.1.1 Définition

Le mélanome correspond à une tumeur maligne développée à partir des mélanocytes. Les mélanocytes sont des cellules qui siègent dans la couche basale de l'épiderme et sont responsable de la fabrication des pigments de la peau. Les mélanocytes sont aussi disposés entre autres dans les muqueuses et la choroïde. Ces variétés de mélanome sont plus rares que les mélanomes cutanés.

Figure n°1 : Schéma histologique simplifié de mélanome.



I.1.1.2 Epidémiologie

Le mélanome représente environ 2 à 3% de l'ensemble des cancers et 10 % de l'ensemble des cancers de la peau. L'âge moyen du diagnostic est de 56 ans mais il peut survenir à tout âge (14).

Il s'agit du cancer cutané le plus grave compte-tenu de son potentiel métastatique. En 2018, selon l'INCA, le mélanome se classe au 8ème rang des cancers pour les hommes et au 6ème rang des cancers pour les femmes (15). Il est le cancer dont l'incidence est la plus forte parmi tous les cancers au cours des 30 dernières années. L'incidence a été multipliée par 5 chez les hommes et par 3 chez les femmes entre 1990 et 2018 (3). Il existe une disparité importante en fonction de la situation géographique et de l'origine ethnique des populations. L'Australie et

la Nouvelle Zélande se situent largement en tête avec une incidence de 35,8 nouveaux cas pour 100 000 personnes.

Le mélanome est responsable d'environ 1800 décès par an, en France. En 2020, en Europe, le nombre de décès par mélanome est estimé à 7 415 dont 58 % d'hommes(16). Le taux de survie à 5 ans dépend du stade du mélanome au moment du diagnostic. Selon l'American Cancer Society, il est estimé à 99% pour un mélanome local, 65 % en cas d'extension à proximité ou dans les ganglions lymphatiques et enfin à 25% en cas de propagation à distance du mélanome(17). D'après les derniers chiffres publiés en 2019, il y aurait 15 513 nouveaux cas de mélanomes en France (3).

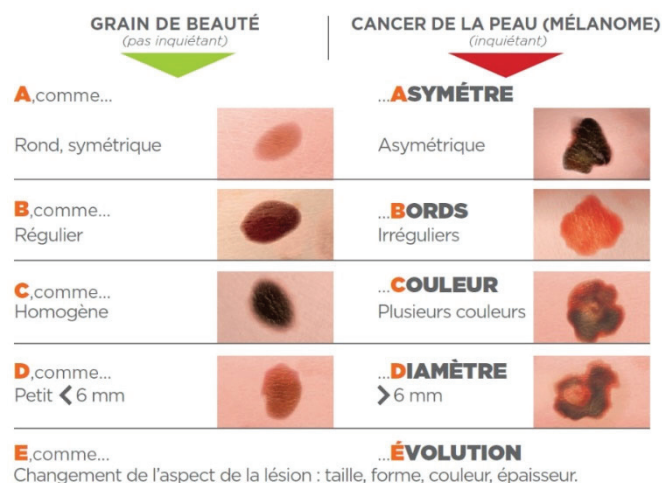
1.1.1.3 Clinique

Les mélanomes surviennent principalement sur la peau. Plus rarement, le mélanome peut se développer aux dépens des muqueuses (orales, génitales et digestives) : de la choroïde ou des extrémités (forme ALM) ; en situation palmo-plantaire ou au niveau de l'ongle (18).

Dans la majorité des cas, le mélanome (80%) apparaît sur une peau saine ,dénuee de tache ou de lésion mais dans 20 % des cas, le mélanome se développe à partir d'un nævus préexistant (14).

Sur la peau, le diagnostic du mélanome repose sur la règle ABCDE : cette règle définit les caractéristiques d'une lésion pigmentée avec : A => Asymétrie ; B => Bord irrégulier ; C => Couleur non homogène ; D => Diamètre augmenté (>6mm) ; E => Evolution (figure 2).

Figure n°2 : La règle ABCDE dans le mélanome



Le diagnostic est confirmé par l'exérèse de la lésion et son analyse anatomopathologique. L'analyse permet d'évaluer la gravité de la lésion grâce aux différents facteurs histologiques repérés au microscope : l'épaisseur de la lésion (indice de Breslow), l'ulcération (destruction d'une partie de l'épiderme) et le nombre de mitose (cellule en cours de multiplication).

1.1.1.4 Evolution

Le mélanome peut être découvert à un stade non invasif, dit 'in-situ'. Dans ce cas, les cellules malignes ne franchissent pas la membrane basale et restent confinées à l'épiderme. Puis, le mélanome va adopter une phase de croissance horizontale, en tache d'huile où la lésion augmente de taille ; cette étape peut s'étaler sur plusieurs mois voire plusieurs années. Puis, une phase dite verticale où le mélanome envahit les tissus en profondeur. Ces deux phases sont à haut risque de métastase.

Les sites métastatiques les plus fréquents sont les ganglions, la peau, le poumon, le foie, le cerveau ; mais, tous les organes peuvent être la cible d'une localisation secondaire.

1.1.1.5 Dépistage et facteur de risque

Compte-tenu du potentiel d'évolution du mélanome, l'importance du dépistage précoce est primordiale. Plus un mélanome est découvert tard, plus il a de risque d'être invasif au moment du diagnostic.

Le dépistage doit reposer sur les éléments suivants :

- Identifier les sujets plus à risque de développer un mélanome.
- Repérer un nævus différent des autres, le 'vilain petit canard', critère F pour les anglosaxons (« *Funny look* »).
- Surveiller l'apparition d'une tache brune sur la peau ou une modification de l'aspect d'une lésion pigmentée préexistante.

Le mélanome est un cancer dont les facteurs déclenchant sont multifactorielle, les principaux facteurs de risque du mélanome sont (3) (19) :

- Exposition aux UV solaires, en particulier les coups de soleil répétés dans l'enfance
- Exposition aux UV artificiels
- Antécédents personnels ou familiaux de mélanome
- Phototype claire
- Nombre de nævus > 20, atypiques ou congénitaux > 20 cm
- Immunosuppression

Il est recommandé, pour les personnes à risque, notamment ceux ayant des antécédents familiaux de mélanome, de se faire examiner par un dermatologue 1 fois par an et de pratiquer un auto-examen tous les 3 mois (20).

1.1.1.6 Traitement

La chirurgie est le traitement premier du mélanome. Lorsque le mélanome est diagnostiqué à un stade précoce, l'exérèse de la tumeur permet un traitement radical du cancer et la guérison de la maladie.

Le traitement des mélanomes avancés varie selon le stade AJCC (Annexe 3). Les thérapies systémiques utilisées pour le traitement de ces cancers sont : l'immunothérapie, la thérapie ciblée et la chimiothérapie. Depuis les 10 dernières années, 11 nouveaux médicaments ont reçu l'AMM et ont permis d'améliorer comme jamais le pronostic du mélanome métastatique. Deux classes de traitement incluant les immunothérapies à base d'inhibiteur de point de contrôle immunitaire et les thérapies ciblées à base d'anti BRAF et anti MEK ont permis un bond en survie globale historique. Avant 2011, quasiment aucun patient ne survivait à 5 ans du diagnostic d'un mélanome métastatique. En 2021, la moitié des patients traités par une combinaison d'immunothérapie sont en vie (21).

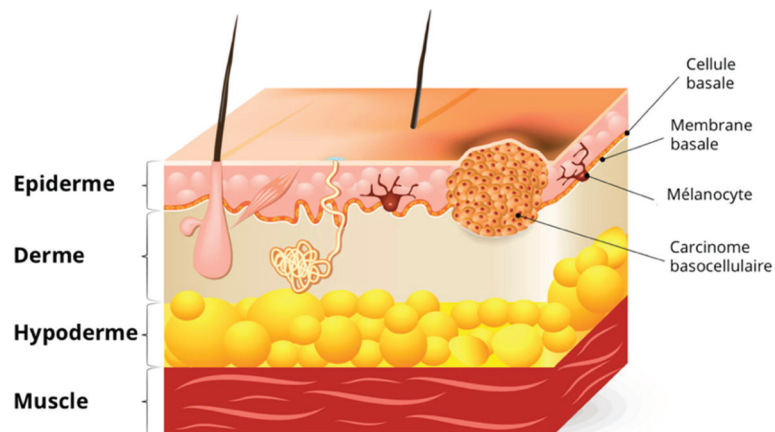
I.1.2 Les carcinomes cutanés : carcinome basocellulaire et carcinome spinocellulaire

I.1.2.1 Définition :

Les carcinomes cutanés les plus fréquents sont le carcinome basocellulaire (CBC) et le carcinome spinocellulaire (CSC).

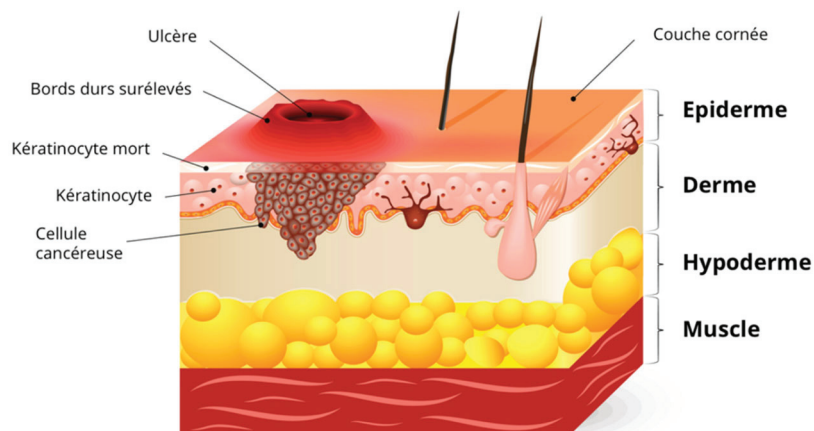
-Le CBC est une tumeur cutanée développée au dépend des kératinocytes de la couche basale de l'épiderme.

Figure n°3 : Schéma simplifié de l'histologie d'un carcinome basocellulaire



-Le CSC est une tumeur cutanée qui se forme à partir des cellules de la couche épinoïde.

Figure n°4 : Schéma simplifié de l'histologie d'un carcinome spinocellulaire



1.1.2.2 Epidémiologie

Les carcinomes cutanés ou cancers non mélanocytaires sont les plus fréquents en France parmi les cancers cutanés ; ils représentent 90% des cancers de la peau.

Les CBC sont les plus fréquents mais les moins graves. Ils représentent 70% des cancers de la peau. Il s'agit des cancers les plus fréquents de l'humanité.

Les CSC sont plus rares mais plus agressifs avec un risque d'extension à distance. Ils représentent 20% des cancers cutanés (22).

D'après des études réalisées aux Etats-Unis, en Australie ou au Canada, la prévalence des carcinomes cutanés a doublé entre les années 60 et 80. Il y aurait plus de 10 millions de CBC et près de 2,9 millions de CSC nouvellement diagnostiqués chaque année dans le monde (23).

Les données hospitalières estiment à 70 000 le nombre de nouveaux cas par an en France. Ces cancers sont difficiles à recenser dans le registre des cancers car l'exérèse et l'analyse anatomopathologique n'est pas recensée systématiquement (22).

Selon les registres des cancers du Haut-Rhin et du Doubs, l'âge moyen au moment du diagnostic est de 66,6 ans pour les CBC ; il est plus élevé d'environ 10 ans pour les CSC, avec un âge de découverte moyen de 75,7 ans. En 20 ans, le taux d'incidence a été multiplié par 2,3 chez l'homme et 2 chez la femme pour les CBC, de 1,7 chez l'homme et 2,7 chez la femme pour les CSC (22).

Le vieillissement de la population est responsable de l'augmentation de la fréquence et de l'incidence de ces carcinomes.

1.1.2.3 Clinique

Les carcinomes cutanés se développent le plus souvent dans les zones photo-exposées (visage, dos des mains, membres supérieurs ou inférieurs).

Carcinome basocellulaire :

Le CBC survient sur une peau saine sans évolution d'une lésion précurseur. Il existe 3 formes cliniques : nodulaire, superficielle et sclerodermiforme. Toutes ces formes peuvent s'ulcérer au cours de l'évolution.

Carcinome spinocellulaire :

Contrairement au CBC, celui-ci survient sur des lésions précancéreuses, notamment sur les kératoses actiniques ou solaires. Ces kératoses peuvent régresser spontanément ou se transformer en CSC. Elles sont présentes sur les zones photo exposées (visage et dos des mains) et ressemblent à des lésions croûteuses multiples le plus souvent, érythémateuses et pouvant saigner facilement. Le traitement de ces kératoses peut se faire par cryothérapie, par application de topiques (crème 5-fluoro-uracile ou Imiquimod) ou photothérapie dynamique. Le laser CO2 est aussi un traitement possible mais peu utilisé en pratique.

Le CSC peut également se développer au niveau des muqueuses notamment lors de la coexistence d'une infection à l'HPV (Papilloma virus humain) oncogène. Au niveau muqueux, les lésions préexistantes sont les leucoplasies, survenant par l'exposition au tabac ou aux UV. Ce sont des lésions blanchâtres bien délimitées, asymptomatiques, adhérentes et ne saignant pas au contact. Ces lésions se traitent par chirurgie, électrocoagulation, laser CO2 et l'arrêt du tabac chez le fumeur.

La biopsie cutanée confirme le diagnostic et permet la prise en charge chirurgicale adaptée.

1.1.2.4 Dépistage et facteur de risque

Le dépistage repose sur l'examen régulier de la peau du corps entier des patients, en insistant sur les zones photo-exposées (visage, cou, épaules, avant-bras, jambes, le crâne pour les personnes chauves...). Une plaie qui ne cicatrise pas ou une lésion crouteuse ou non crouteuse, persistante ou se modifiant doivent alerter le médecin.

Concernant les CBC, les deux facteurs de risque prédisposant sont les expositions solaires intermittentes aiguës avec coups de soleil et les sujets à phototype clair.

Les principaux facteurs de risque pour les CSC sont (24) :

- Exposition aux UV artificiels ou naturels
- Facteurs génétiques
- Phototype avec peau claire
- Immunosuppression (VIH, Greffe d'organe ++, traitement par Azathioprine ou cyclosporine)
- Infection par des HPV oncogènes
- Exposition aux radiations ionisantes
- Dermatoses inflammatoires chroniques
- Exposition professionnelle à certains produits : Arsenic, goudrons, tabac, hydrocarbures halogénés, suies de combustion, huiles minérales, huile de schiste.

1.1.2.5 Evolution

Les CBC et CSC ont des modes d'évolutions différents.

Le carcinome basocellulaire peut récidiver ou s'étendre de manière locorégionale et détruire les tissus adjacents. Les métastases restent exceptionnelles.

Les facteurs de mauvais pronostic sont la localisation céphalique, les formes mal limitées surtout la forme sclerodermiforme, une taille supérieure à 1cm en cas de localisation céphalique à haut risque ou supérieure à 2cm dans les autres zones, le caractère récidivant (estimé de 5 à 10%).

L'évolution du carcinome spinocellulaire est plus complexe. La première étape est non invasive ; il est appelé carcinome intra épithéliale ou carcinome in situ ou encore maladie de Bowen. Puis, le carcinome devient invasif, il franchit la membrane basale. L'extension peut être locale soit par infiltration, soit par les vaisseaux sanguins ou les nerfs ou donner des métastases à distance (ganglionnaires ou viscérales par voie hématogène).

Les facteurs cliniques de mauvais pronostic sont : localisation céphalique et l'atteinte des muqueuses, les formes mal limitées sur le plan clinique et histologique, taille supérieure à 1cm dans les zones à risque ou supérieure à 2 dans les zones à moindre risque, l'immunodépression, la récurrence (estimée à 7%). Il y a aussi les facteurs histologiques : Breslow >3 mm, les formes dédifférenciés, l'engainement péri nerveux, niveau de Clark > ou égale à IV (25).

La surveillance après le traitement de ces carcinomes doit être régulière, au moins 1 fois par an pour dépister une récurrence, un nouveau CBC ou CSC ou un mélanome.

1.1.2.6 Traitement

L'excision chirurgicale est le traitement de première intention des carcinomes cutanés. Les marges chirurgicales sont définies selon les caractéristiques des carcinomes, à bas risque, risque intermédiaire ou haut risque.

La chirurgie micrographique de Mohs peut être indiquée pour les CBC ou les CSC récidivants, de mauvais pronostic ou de localisation délicate (nez, paupière). Elle consiste à une analyse histopathologique étagée de la tumeur avec contrôle anatomo-pathologique extemporanée. Elle permet ainsi de contrôler les marges de la tumeur pendant l'opération.

En cas de lésion inopérable, de localisation difficile ou de cicatrisation inesthétique, il existe des alternatives à la chirurgie d'exérèse : la radiothérapie ou la cryochirurgie. Pour les CSC ou CBC localement avancés ou métastatiques, la chimiothérapie est alors indiquée.

En cas de carcinomes superficiels, des traitements médicamenteux ou chimiothérapie sous forme de topiques locaux peuvent être appliqués. Dans certains cas, ce type de traitement peut être couplé à la photothérapie dynamique (26).

Le traitement de formes avancées des CBC et des CSC a été révolutionné par l'arrivée de nouvelles classes de traitement incluant les anti SMO (27) pour les CBC et l'anti PD1 pour les CSC (28).

I. 2. Les différents acteurs dans la prévention des cancers cutanés

I.2.1 Le dermatologue

I.2.1.1 Démographie des dermatologues en France :

Le nombre de dermatologues ne cessent de diminuer d'années en années. En 2021, on dénombre 3140 dermatologues conventionnés en France (29). La profession a perdu plus de 10 % de ses effectifs en 10 ans et comptait 3410 dermatologues en activité régulière en 2017 dont 71% de femmes (moyenne d'âge 51 ans) et 29% d'hommes (moyenne d'âge 57 ans) (30).

En 2021, d'après l'ordre des médecins, le solde d'entrées (nouveaux dermatologues inscrits à l'ordre) et de sorties (retraite, arrêt temporaire d'activité, changement de spécialité, radiation) est de moins 65 dermatologues sur le territoire français. Entre 2010 et 2020, il y a eu 261 dermatologues de moins sur le territoire Français (31).

La répartition des dermatologues se fait de façon hétérogène sur le territoire Français. On constate une moyenne de 16,1 dermatologues pour 100 000 habitants à Paris alors que l'on observe moins de 5 dermatologues pour 100 000 habitants dans les départements de l'Ariège, le Cher, la Haute-Loire, la Meuse et l'Indre, la Creuse étant en bas de classement avec un chiffre égal à 0 (32).

I.2.1.2 Démographie des dermatologues en Auvergne-Rhône-Alpes

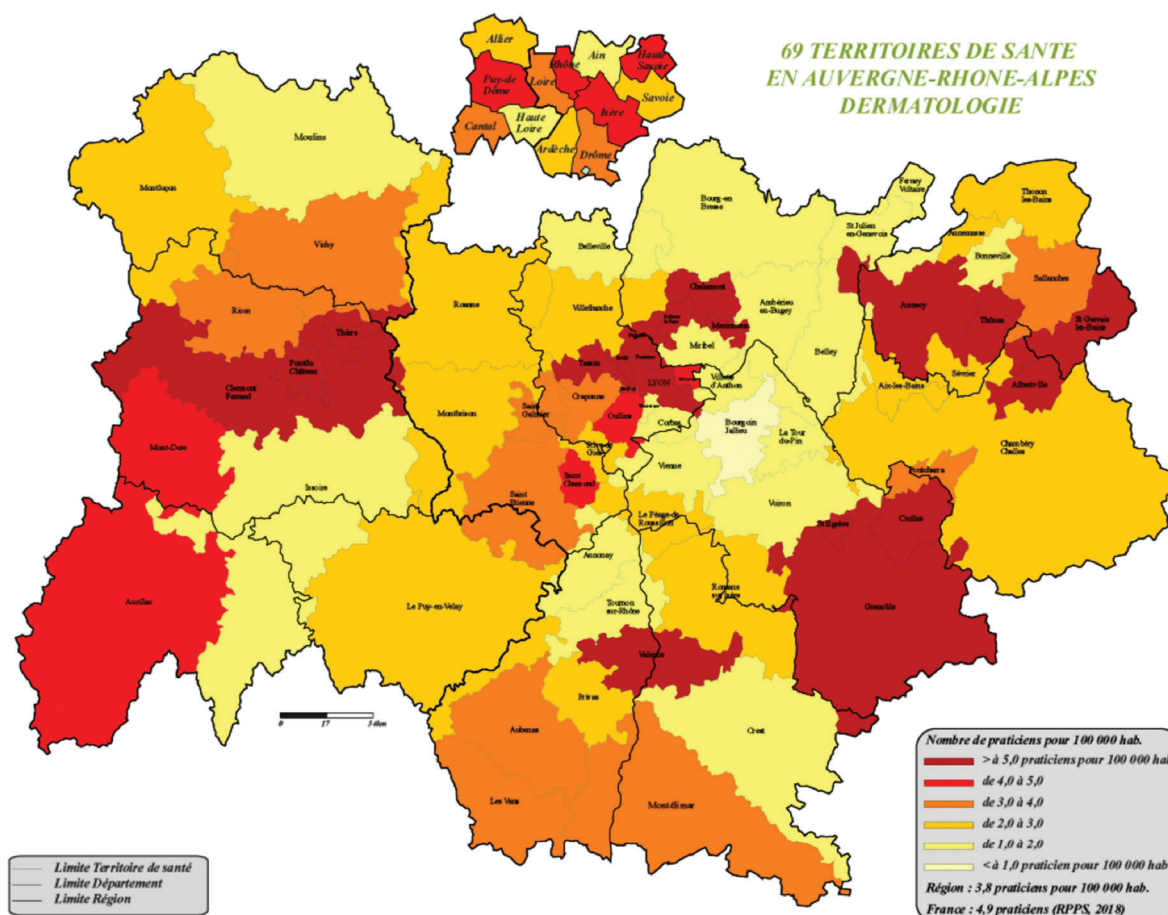
La densité médicale observée en Auvergne-Rhône-Alpes au 1^{er} janvier 2019 était de : 3,8 dermatologues libéraux et/ou mixtes pour 100 000 habitants soit un dermatologue pour 26 157 habitants (33).

Comme pour le reste de la France, on retrouve une disparité de répartition au sein de la région : les départements dont la densité est très inférieure à la densité médicale régionale observée sont l'Ain, la Haute-Loire, l'Ardèche, l'Allier et la Savoie.

Les départements dont la densité médicale est inférieure à la densité médicale régionale observée sont les départements du Cantal, de la Loire et de la Drôme.

Les départements dont la densité médicale est supérieure à la densité médicale régionale observée sont les départements de la Haute-Savoie, de l'Isère, du Puy-de-Dôme et du Rhône. (Figure n°5).

Figure n°5 : Carte de la démographie médicale des dermatologues en Auvergne Rhône Alpes (33)



Le rapport de l'URPS a montré des disparités dans le temps d'accès au dermatologue : dans la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2019, le temps moyen d'accès à un dermatologue libéral et/ou mixte (activité principale et secondaire) a été estimé à 20 minutes avec de fortes variations d'un département à l'autre. Cela est dû, en partie, au relief et aux infrastructures routières mais aussi au nombre de spécialistes dans le département.

Dans le département du Rhône, le temps d'accès est le moins élevé (12 minutes en moyenne) alors que dans le département de la Drôme, le temps d'accès moyen est estimé à 28 minutes, ce qui freine considérablement les patients (33).

On observe également que l'âge moyen des dermatologues est de 56 ans en région Auvergne-Rhône-Alpes. Il est de 61 ans pour les hommes et de 54 ans pour les femmes. L'âge médian est de 59 ans.

On retrouve, en moyenne haute, le département de L'Allier avec une moyenne d'âge de 64 ans suivi par la Haute Loire avec une moyenne d'âge de 62 ans puis de l'Ardèche et l'Isère avec une moyenne d'âge de 59 ans.

On constate que 146 dermatologues libéraux et/ou mixtes dans la région Auvergne-Rhône-Alpes sont âgés de 60 ans et plus en 2019, soit 49,0% des praticiens.

Concrètement, près d'un praticien sur deux va atteindre l'âge de 65 ans en 2024.

Le tableau ci-dessous montre une densité médicale très faible dans certains départements avec des praticiens approchant l'âge de la retraite en majorité.

Tableau n°1 : Répartition de la démographie des dermatologues en Auvergne-Rhône-Alpes

(33)

Les départements	Population en 2016	Nombre de praticiens	Densité médicale	Age moyen Ensemble	% de praticiens de 55 ans et +	% de praticiens de 60 ans et +
Ain	626 127	9	1,4	56	55,6	44,4
Allier	343 062	9	2,6	64	88,9	88,9
Ardèche	322 381	8	2,5	59	75,0	50,0
Cantal	146 618	5	3,4	55	60,0	60,0
Drôme	499 159	18	3,6	56	64,7	47,1
Isère	1 243 597	56	4,5	59	75,0	58,9
Loire	757 305	26	3,4	58	57,7	50,0
Haute-Loire	226 565	4	1,8	62	75,0	75,0
Puy-de-Dôme	644 216	31	4,8	51	41,9	35,5
Rhône	1 801 885	88	4,9	56	58,0	47,7
Savoie	426 924	12	2,8	53	50,0	33,3
Haute-Savoie	783 127	33	4,2	54	51,5	39,4
Auvergne-Rhône-Alpes	7 820 966	299	3,8	56 ans	60,4%	49,0%

Sources : URPS ML-AuRA, 2018

1.2.1.3 Impact sur le dépistage des cancers cutanés

La diminution du nombre de dermatologue en France, entraine une inégalité dans l'accès aux soins des patients. En 2019, les patients doivent attendre en moyenne 95 jours pour voir un dermatologue, avec une grande disparité entre les départements(34). Les délais d'attente

grimpent jusqu'à 158 jours dans le Tarn-Et-Garonne ; à l'inverse, dans la région parisienne, il faut attendre 61 jours pour avoir un rendez-vous. A Lyon, le délai est plus long que la moyenne du territoire : il faut compter 128 jours. L'augmentation du délai pour avoir un rendez-vous entraîne des retards importants dans le diagnostic et la prise en charge des cancers.

Les tumeurs diagnostiquées sont de taille plus grande avec des excisions plus importantes et donc un préjudice esthétique important pour les patients. (35)

Cette pénurie de dermatologues entraîne également une errance diagnostique de la part des patients. Elle les pousse à multiplier les consultations et parfois à consulter aux urgences pourtant déjà bien engorgées.

Compte-tenu de la pénurie de dermatologue, le dépistage de tumeurs cutanées sera amené à se faire en collaboration avec les médecins généralistes. Cela devrait permettre d'accélérer la prise en charge des patients et donner lieu à un premier tri des lésions cutanées des patients.

C'est dans ce but que le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières (remboursement amputé de 30%). Toutefois en cas d'urgence, le patient peut avoir un accès direct au dermatologue sans pénalité de remboursement.

I.2.2 Le médecin généraliste

I.2.2.1 La démographie du médecin généraliste

En 2021, selon le conseil de l'ordre des médecins, on dénombre 85 365 médecins généralistes en France, toute activité confondue. L'effectif a baissé de 9% en 10 ans. Selon les prévisions, l'effectif pourrait atteindre 82 018 médecins d'ici 2025 (31).

La densité moyenne est de 123 médecins pour 100 000 habitants.

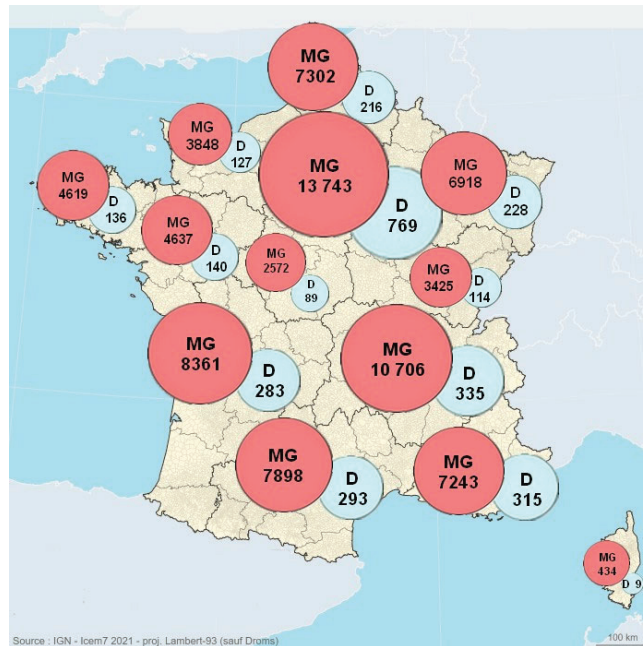
Il existe des inégalités de répartition entre les différentes régions de France. Depuis 2010, on constate des écarts encore plus importants entre les départements. Certains perdent continuellement des médecins et d'autres pour qui la tendance varie à la hausse ou à la baisse. Les départements du littoral et la partie orientale d'Auvergne-Rhône-Alpes semblent être les plus attractifs. A l'inverse, la Corse, le Grand Est, le Centre Val de Loire et l'Île de France sont les régions où la baisse du nombre de médecin généraliste est la plus importante.

Le délai pour l'obtention d'un rendez-vous auprès d'un médecin généraliste est en moyenne de 6 jours selon l'enquête de la DRESS réalisé en 2018, avec un maximum de 11 jours. (36)

55% des médecins généralistes ont plus de 50 ans. Malgré tout, on observe une diminution de l'âge moyen des médecins généralistes depuis 2015 : en 2021, l'âge moyen est de 49,9 ans alors qu'il était de 51 ans en 2014. On observe également une grande féminisation de la profession avec 51,5% de femmes dans l'effectif en janvier 2021 (31).

La carte ci-dessous permet de comparer les effectifs des dermatologues et des médecins généralistes dans chaque région de France. On dénombre, en moyenne, 30 médecins généralistes pour 1 dermatologue par région. 2 régions se démarquent : l'Île de France où l'on dénombre 17 médecins généralistes pour 1 dermatologue et la région Provence- Alpes- Côte d'Azur qui compte 22 médecins généralistes pour 1 dermatologue. (Figure n°6)

Figure n°6 : Répartition démographique des dermatologues et des médecins généralistes par région (29),(37)



1.2.2.2 Le dépistage cutané dans la pratique

Selon l'étude ECOGEN (Eléments de la Consultation en Médecine Générale) publiée en 2014 qui avait pour but de répertorier les motifs de consultations en médecine générale, les consultations auprès d'un médecin généraliste abordant la dermatologie représenteraient environ 5% des consultations (38). Dans une autre étude qui analysait également les différents motifs de consultation dans la pratique régulière des médecins généralistes, 0,7% des consultations concernaient les problèmes de cancer de la peau (39).

L'HAS a également émis une recommandation sur la stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané en 2006, actualisée en 2012 (4). Il s'agit de repérer les populations à haut risque et de promouvoir leur parcours de soins entre le patient, le médecin généraliste et le dermatologue. Le médecin généraliste se retrouve ainsi au centre du dépistage précoce. Cependant, il est encore trop peu souvent réalisé.

Une thèse réalisée dans la région PACA indique que sur 103 médecins interrogés, seuls 18 réalisent un dépistage cutané pouvant être considéré comme satisfaisant (6). Dans une autre

enquête, réalisée dans le Val de Marne en 2012, on retrouve 47,15 % des médecins qui ne pratiquent pas de dépistage cutané (40).

1.2.2.3 Les freins au dépistage pour le médecin généraliste

Les principaux freins au dépistage cutané évoqués par le médecin généraliste sont : le manque de temps au cours d'une consultation selon 75.7 % des médecins interrogés, la peur de rassurer à tort pour 70.6 % d'entre eux, le sentiment de connaissances dermatologiques insuffisantes dans 53.4 % des cas, la gêne au déshabillage pour 35 % (6). D'autres causes ont également été évoquées comme : la peur de paraître incompetent auprès du patient ou auprès du spécialiste en alarmant inutilement.

Une autre étude réalisée en 2011 (41) retrouvait comme principaux freins au dépistage cutané, les contraintes de temps, les comorbidités et la gêne des patients.

1.2.2.4 La formation du médecin généraliste en dermatologie

Avant la réforme des études médicales de 2020, la formation en dermatologie du médecin généraliste était composée comme telle :

- Le premier cycle des études médicales (1ère à 3ème année) abordant les notions de cellules, de kératinocytes ainsi que leurs rôles.
- Le deuxième cycle des études médicales (4ème à 6ème année) : une formation théorique avec des cours en amphithéâtre dispensés, basés sur le collège national de dermatologie.

Au cours de l'externat, des stages en dermatologie peuvent être accessibles à certains mais non obligatoires pour valider la maquette.

Le deuxième cycle se clôture avec l'examen classant national, concours permettant de choisir sa spécialisation au cours duquel des questions de dermatologie sont également abordées.

Le troisième cycle des études médicales (6ème à 9ème année) : 2 stages de 6 mois en médecine générale permettant d'aborder la dermatologie en pratique. Concernant la faculté de Lyon, le 2ème stage en cabinet de médecine générale se compose de 3 ou 4 jours de formation en

cabinet ainsi qu'une journée libre de formation obligatoire effectuée chez un autre spécialiste, la journée en dermatologie étant souvent choisie par les étudiants pour améliorer leurs connaissances.

Après les études médicales : des formations continues en dermatologie sont proposées sous forme de e-learning.

Il existe également des DU (diplôme d'université) permettant d'améliorer les compétences en dermatologie, notamment à Lyon, avec le DU dépistage du mélanome des cancers de la peau en médecine générale et médecine du travail.

I.2.3 Le patient

Avec la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner), l'opinion du patient est plus que jamais au centre des décisions médicales. « Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ». Le patient est donc acteur principal de son état de santé.

Une relation de confiance doit s'établir entre le patient et le médecin généraliste pour une meilleure prise en charge.

Selon une méta-analyse regroupant 47 études internationales incluant 35 000 patients, avoir confiance en son médecin « est bon pour la santé ». Il a été constaté que les patients avaient un comportement plus responsable vis-à-vis de leur maladie, avaient une baisse des symptômes, une meilleure qualité de vie et étaient plus satisfaits de leur traitement lorsqu'ils avaient une plus grande confiance en leur professionnel de santé (42).

II. Matériels et méthodes

II.1 Type d'étude et lieu

Il s'agit d'une enquête descriptive, menée auprès de patients consultant pour un cancer cutané au CLB à Lyon. Cette enquête s'est appuyée sur un questionnaire (annexe 1) anonymisé, en format papier remis aux patients volontaires entre avril 2021 à octobre 2021.

Les questionnaires étaient accompagnés d'une lettre d'information (annexe 2) mentionnant l'objectif de l'étude. Les patients ont pu répondre au questionnaire dans la salle d'attente et ont pu préciser certains points avec le dermatologue pendant la consultation.

L'étude a été soumise et approuvée par le comité éthique interne du CLB.

Un protocole sanitaire a été mis en place compte-tenu de la pandémie COVID : un stylo unique a été distribué à chaque patient.

Une première série de 30 questionnaires a été distribuée aux patients, servant de « questionnaires test ». Les questions incomprises étaient notées par le dermatologue lors de la consultation.

Un nouveau questionnaire a été établi par la suite, prenant en compte les remarques des 30 premiers patients.

Les patients « tests » ont été contactés par téléphone, après l'élaboration du nouveau questionnaire. Après leur accord téléphonique, ils ont pu répondre aux 3 questions additionnelles.

II.2 Population : critère d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Patients venant pour le diagnostic et/ou suivi d'un mélanome, un carcinome basocellulaire ou carcinome spinocellulaire.
- Patients > 18 ans.
- Patients apportant leur consentement libre et éclairé à la participation de l'étude.

Critères d'exclusion :

- o Les personnes n'ayant pu répondre à l'ensemble du questionnaire.
- o Les personnes n'ayant pas de médecin traitant.
- o Les personnes suivies pour plusieurs cancers cutanés.
- o Consultation pour un autre motif que le suivi d'un cancer cutané.
- o Les personnes ayant des troubles cognitifs.
- o Les personnes ne sachant pas lire.
- o Les personnes ne parlant pas le français et non accompagnés par un traducteur.

II.3 Recueil de données

Le questionnaire a été créé et rédigé sur un fichier Word par Mlle SCHENCK Mathilde et Mlle MARCOUX Manon, à l'aide de la directrice de thèse, le Dr AMINI-ADLE Mona.

Il comportait 3 parties :

- La première partie concernait le patient ; son âge, son mode de vie, son suivi avec son médecin traitant, la découverte et la prise en charge de la lésion cutanée.
- La deuxième partie était centrée sur le médecin généraliste ; l'estimation de son âge par le patient ; son mode d'exercice, sa disponibilité et sa pratique du dépistage cutané.
- La dernière partie concernait les données recueillies dans les dossiers des patients : leur phototype et les caractéristiques du cancer cutané.

Ces données ont été recueillies par Mlle SCHENCK Mathilde et Mlle MARCOUX Manon au CLB, grâce au Dossier personnalisé informatique (DPI). Pour le mélanome, le stade a été défini à l'aide de la 8ème édition de la classification AJCC (annexe 3). Concernant les carcinomes : leur taille macroscopique était retrouvée dans les comptes-rendus histologiques et la taille des lambeaux opératoires était notée.

II.4 Analyse statistique

L'ensemble des données a été anonymisé et entré dans un fichier Excel sous forme de codage. Le fichier Excel a ensuite été envoyé à l'équipe de statisticiens du CLB pour l'analyse des données.

La première partie de l'analyse était descriptive.

La deuxième partie de cette enquête comportait des analyses statistiques. Les tests chi2 et de Fischer Exact ont évalué les facteurs associés à un stade AJCC > ou égal à II pour le mélanome. Les facteurs associés au délai de prise en charge > 2 mois ont également été analysés. Le délai de prise en charge de la lésion a été considéré comme long s'il était > à 2 mois.

Les facteurs associés à la classification AJCC du mélanome étaient :

- L'âge du médecin traitant (plus ou moins de 50 ans), selon l'estimation du patient
- La durée de suivi avec leur médecin traitant (suivi depuis plus ou moins de 5 ans).
- La fréquence de consultation avec le médecin généraliste
- La difficulté d'accès au médecin traitant.
- Les patients examinés ou non en sous-vêtements au moins une fois par an.
- Les patients qui ont présenté une tumeur cutanée localisée au niveau du dos par rapport aux patients avec une tumeur cutanée sur une surface plus visible (main, visage, membres, face antérieure du tronc).
- Les médecins généralistes utilisant un dermoscope.

Les facteurs associés au délai de prise en charge > 2 mois évalués étaient :

- La durée de suivi avec leur médecin traitant (suivi depuis plus ou moins de 5 ans).
- Le lieu d'habitation des patients (ville ou à la campagne).
- La fréquence de consultation avec le médecin généraliste.
- Le passage par le médecin traitant avant la consultation avec le dermatologue.
- La découverte de la lésion par le médecin traitant.

III- Résultats

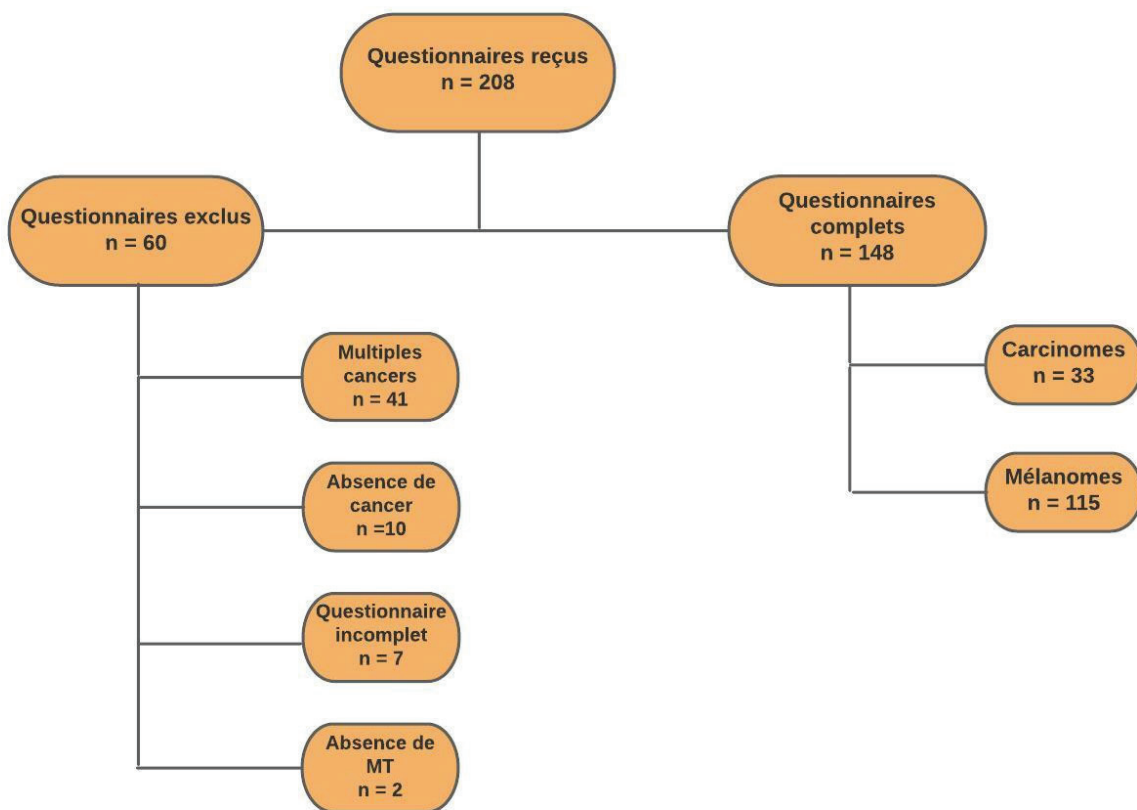
208 questionnaires ont été collectés. Après analyse des dossiers, 60 ont été exclus :

- 41 patients avaient de multiples cancers cutanés.
- 10 patients n'avaient pas de lésion cancéreuse ou avaient des lésions cancéreuses ne faisant pas partie de nos critères (lymphome, carcinome de Merkel)
- 7 patients n'avaient pas rempli correctement le questionnaire.
- 2 patients n'avaient pas de médecin traitant.

Aucun patient n'a refusé de remplir le questionnaire

L'étude a été réalisée sur 148 questionnaires (Figure n°7).

Figure n°7 : Population étudiée



III.1 Caractéristiques démographiques de l'échantillon

III.1.1 Sexe

Une majorité de femmes avait répondu au questionnaire avec un sex ratio de 1,2.

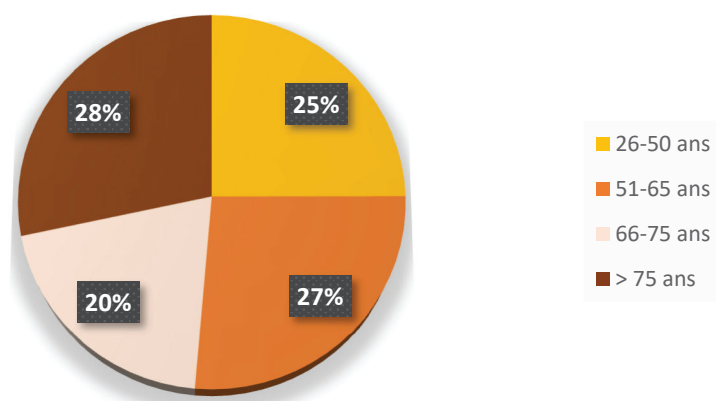
Tableau n°1 : Répartition de l'échantillon selon le sexe

	Homme	Femme
n	67	81
%	45,30%	54,70%

III.1.2 Age

La répartition des patients par tranche d'âge était globalement homogène avec légère prédominance pour les patients de plus de 75 ans.

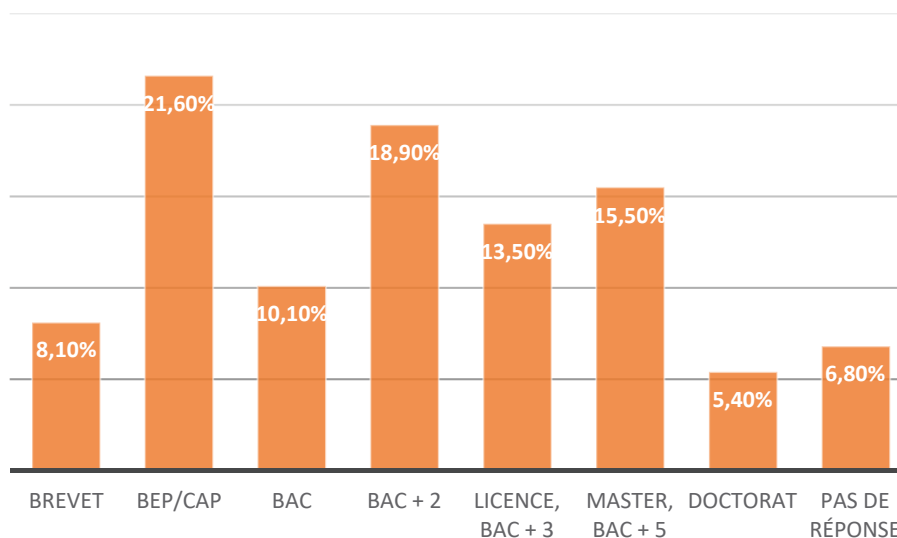
Graphique n°1 : Répartition de l'échantillon par tranche d'âge



III.1.3 Niveau d'étude

Une majorité de patient avait un niveau d'étude de BEP/CAP. 6.8% des patients n'avaient pas répondu à cette question.

Graphique n°2 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude



III.1.4 Lieu d'habitation

La majorité des patients de l'échantillon vivait en ville.

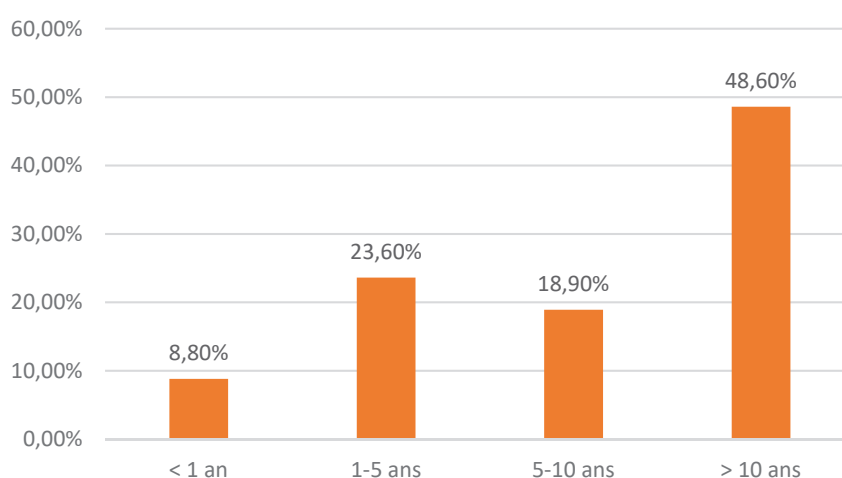
Tableau n°2 : Répartition de l'échantillon selon le lieu d'habitation

	Ville	Campagne
n	86	61
%	58,10%	41,20%

III.1.5 Durée de suivi des patients par le médecin traitant

La grande majorité des patients était suivie par le même médecin traitant depuis plus d'un an (91.2%) et près de la moitié des patients était suivie par le même généraliste depuis plus de 10 ans (48,6%).

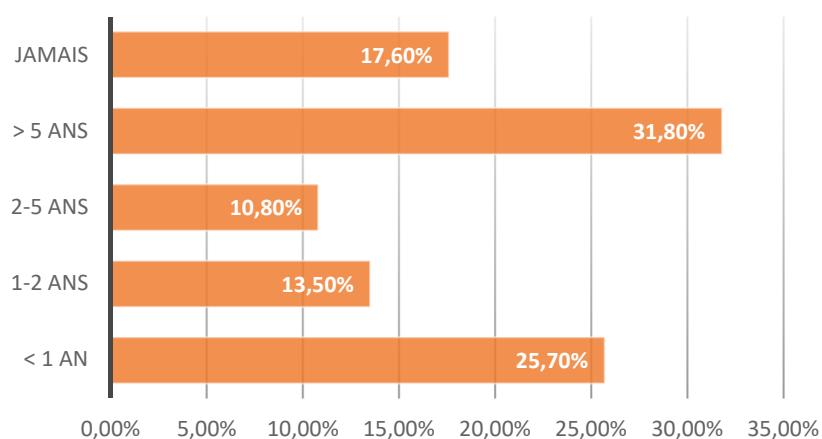
Graphique n°3 : Répartition de la durée de suivi par le médecin traitant



III.1.6 Durée de suivi des patients par un dermatologue

7.6% des patients dans notre étude n'avaient jamais eu de suivi avec un dermatologue avant la découverte de la lésion cancéreuse pour laquelle ils consultaient. La majorité des patients (56.1%) avait déjà un suivi dermatologique depuis plus de 1 an.

Graphique n°4 : Répartition de la durée de suivi par le dermatologue



III.2 Caractéristiques des médecins traitants

III.2.1 Lieu d'exercice

105 patients (70,9%) ont déclaré que leur médecin traitant exerçait en milieu urbain contre 43 patients (29,1%) en milieu rural.

III.2.2 Estimation de l'âge du médecin traitant

La majorité des patients (97,3%) ont pu estimer l'âge de leur médecin traitant : 48% pensaient que le médecin traitant avait plus de 50 ans contre 49,3% qui estimaient qu'il avait moins de 50 ans.

III.2.3 Accessibilité du médecin traitant

133 personnes interrogées (89,9%) ont estimé avoir facilement accès à leur médecin traitant. 13 personnes (8,8%) ont estimé avoir difficilement accès à leur médecin avec, comme raison principale, un délai de rendez-vous long pour 6 d'entre eux (4,1%).

Pour les autres patients, l'accès difficile au médecin traitant a été attribué à :

- Des difficultés pour joindre le médecin traitant pour 4 patients (2,7%).
- Les autres raisons évoquées étaient : un passage peu fréquent du médecin traitant en EHPAD ; un éloignement géographique du médecin traitant pour un autre patient (ayant déclaré avoir gardé son médecin traitant dans sa région d'origine suite aux multiples refus lors de sa recherche d'un nouveau médecin traitant après un déménagement).

III.2.4 Délai de prise de rendez-vous

Le délai habituel pour avoir un rendez-vous de consultation avec le médecin traitant était de 24 à 48h. 135 patients (91,3%) avaient déclaré pouvoir obtenir un rendez-vous auprès de leur médecin traitant sous 7 jours.

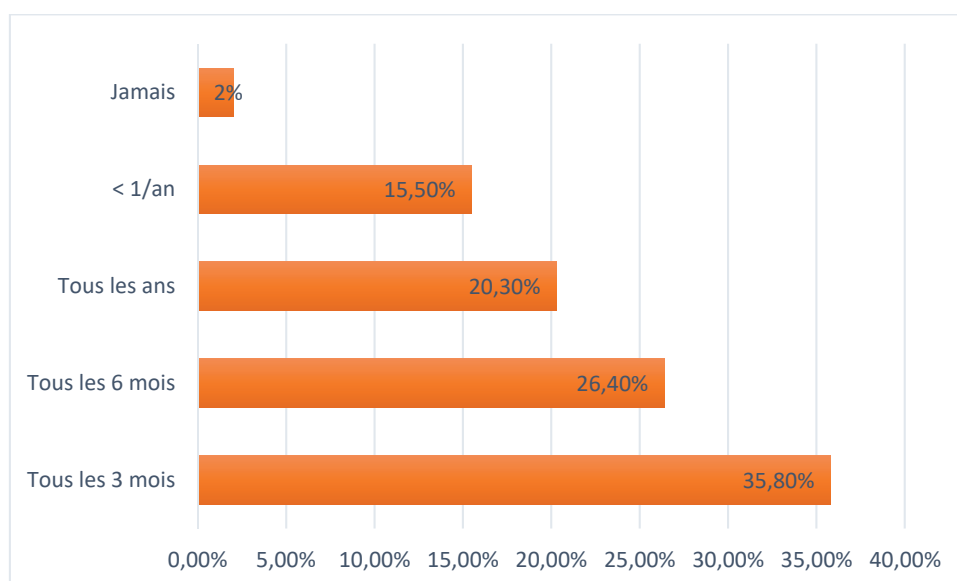
Tableau n°3 : Délai de prise de rendez-vous avec médecin traitant

	n	%
< 24h	25	16,90%
24-48h	71	48%
48h-7j	39	26,40%
>7j	9	6,10%
Ne sait pas répondre	4	2,70%

III.2.5 Fréquence de consultation chez le médecin traitant

La grande majorité des patients de cette étude (82.5%) avait consulté au moins une fois par an leur médecin traitant.

Graphique n°5 : Répartition de la fréquence de consultation chez le médecin traitant

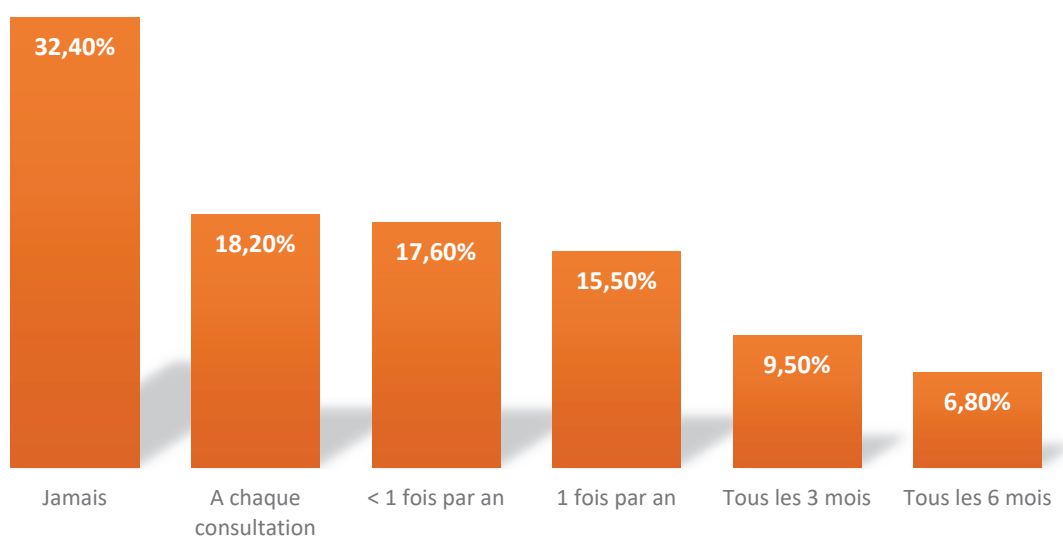


III.3 Le dépistage cutané par le médecin généraliste

Plus de 3 patients sur 4 (78,4%) ont déclaré n'avoir jamais eu de proposition par leur médecin traitant pour effectuer un dépistage cutané. L'examen général en sous-vêtements était effectué chez la majorité des patients (67,6%) à des fréquences variées : 17,6% étaient examinés moins d'une fois par an, 15,5%, 1 fois par an, 9,5% tous les 3 mois, 6,8% tous les 6 mois et 18,2% à chaque consultation (graphique 6).

32,4% des patients ont également répondu n'avoir jamais été examinés en sous-vêtements par le médecin traitant. Quasiment tous les patients (99,3%) ont répondu qu'ils ne refuseraient pas un examen en sous-vêtements si leur médecin généraliste leur proposait.

Graphique n°6 : Fréquence de l'examen en sous-vêtements par le médecin traitant



Moins de la moitié des patients, 69 personnes (46,6%) a déclaré se sentir rassurée d'avoir un suivi dermatologique par son médecin généraliste. A l'inverse, 51 patients (34,5%) ont affirmé ne pas se sentir rassurés et près de 27 patients (18,2%) n'ont pas su répondre à la question.

Concernant le dépistage, 12 personnes (8,1 %) ont déclaré que leur médecin généraliste utilisait le dermoscope. Douze médecins généralistes utilisant le dermoscope exerçaient pour une majorité en ville (7/12) et avaient plus de 50 ans (9/12).

III.4 Parcours de soins des patients présentant une tumeur cutanée

Les patients interrogés étaient sensibilisés à s'auto examiner avant la découverte de leur cancer dans 43,9% des cas.

III.4.1 Découverte du cancer cutané.

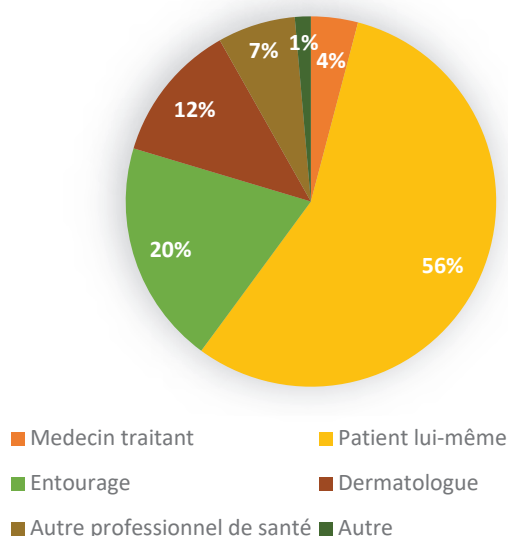
Pour une très faible proportion de patients, la lésion cancéreuse était découverte par le médecin traitant (n=6 ; soit 4,1%).

Pour plus de la moitié de l'échantillon, 83 patients (56,1%), la première personne à avoir repéré la lésion cancéreuse était le patient lui-même. La découverte de la tumeur a été notée par l'entourage dans 29 cas (19,6%) et 18 cas (12,2%) ont été dépistés par le dermatologue.

Les autres professionnels de santé ayant noté la lésion suspecte étaient : le pharmacien, l'infirmière, l'oncologue, l'ORL, l'hématologue, l'ostéopathe et le médecin en cure thermale.

Pour 2 patients (1,4%), la lésion a été découverte par une autre personne : le coiffeur (n=1), et non précisé (n=1).

Graphique n°7 : Répartition des personnes ayant découvert la lésion en premier



III.4.2 Les différents parcours de soins

Le parcours de soins coordonné du patient (consultation du spécialiste adressé par le médecin généraliste) a été respecté dans 84 cas (56,7%), soit plus de la moitié.

-Dans 48,6% des cas, le patient a consulté son médecin traitant qui l'a adressé en consultation de dermatologie de ville puis a été adressé au CLB.

-Dans 28,4% des cas, le patient a consulté directement un dermatologue de ville qui l'a adressé au CLB.

-Dans 10,1% des cas, le patient a consulté un autre spécialiste (ORL, oncologue, hématologue, médecin vasculaire) qui l'a adressé directement au CLB.

-Dans 8,1% des cas, le patient a consulté son médecin traitant qui l'a adressé directement au CLB.

Pour 7 patients, le parcours de soin était plus atypique. Parmi eux :

-Une découverte de la lésion par le pharmacien qui a conseillé au patient de consulter son médecin traitant. Le médecin traitant a adressé le patient à un dermatologue de ville qui a transféré le suivi du patient au CLB.

-Une découverte de la lésion faite par le médecin traitant qui a adressé le patient au médecin vasculaire pour une suspicion d'ulcère, diagnostic d'ulcère non retenu par le médecin vasculaire qui l'a donc adressé à un dermatologue du CLB.

-Une découverte de lésion par le chirurgien esthétique ; l'opération initiale concernait une exérèse de la lésion à visée esthétique. Après ablation et résultat anatomopathologique, le chirurgien a adressé le patient au CLB.

-Une découverte de métastase par un médecin généraliste (n'étant pas son médecin traitant) pratiquant l'ostéopathie. Le patient a consulté pour une lombalgie atypique, entraînant la prescription d'un scanner du rachis permettant la découverte de métastase osseuse d'un mélanome.

-Une découverte de lésion par le patient. Il n'a pas réussi à trouver un rendez-vous avec un médecin généraliste (son médecin traitant étant hors région). Il s'est directement adressé au CLB.

III.4.3 Les raisons du retard de prise en charge

85 patients (57.5%) ont eu un délai de prise en charge supérieur à 2 mois.

Les principales raisons évoquées étaient :

- La difficulté à trouver un rendez-vous chez le dermatologue pour 22 patients (14,9%).
- La lésion était considérée comme bénigne par 20 patients (13,5%).
- D'avoir été rassuré sur la nature de la lésion par leur médecin traitant pour 19 patients (12,8%).
- Une difficulté du médecin généraliste à trouver un rendez-vous avec un dermatologue pour 6 patients (4,1%).
- Par crainte que l'on ne leur découvre un cancer pour 4 patients (2,7%).

Pour 9 patients, les raisons n'étaient pas mentionnées dans le questionnaire. Pour une personne, il a fallu attendre la cicatrisation d'une autre opération pour pouvoir opérer le mélanome.

Pour une autre, la raison principale du long délai de prise en charge était le confinement dû à l'épidémie de COVID 19. Pour une autre, par procrastination, (elle n'a pas pris le temps de prendre rendez-vous).

III.4.4 Impact du COVID 19

Pour la majorité des patients interrogés (n=119 ; 80.4%), l'épidémie du COVID 19 n'a pas retardé la prise en charge de la tumeur cutanée.

III.4.5 Dépistage cutané et outil numérique

Pour 55 patients (37,2%), l'envoi d'une photo de leur lésion à un dermatologue via internet aurait écourté leur délai de prise en charge.

Pour 70 patients (47,3%) en revanche, cela n'aurait pas écourté leur délai de prise en charge.

Tableau n°4 : Impact d'un outil informatique sur le délai de prise en charge de la tumeur cutanée

	n	%
Oui	45	30,40%
Oui, mais ne sait pas utiliser internet avec aide de l'entourage	9	6,10%
Oui, mais ne sait pas utiliser internet et pas d'aide de l'entourage	1	0,70%
Non, je ne sais pas utiliser internet	10	6,80%
Non, pas rassuré par l'échange via internet	10	6,80%
Non, ça n'aurait pas changé le délai de prise en charge	31	20,90%
Non, autre	19	12,80%
Ne sait pas répondre	18	12,20%
Pas de réponse	5	3,40%

III.5 Facteurs associés au délai de prise en charge ou au stade de la tumeur

Aucun facteur associé à un délai de prise en charge de > 2 mois n'a été mise en évidence. Les facteurs étudiés étaient :

- La durée de suivi avec leur médecin traitant (suivi depuis plus ou moins de 5 ans)
- Le lieu de vie du patient (ville ou campagne)
- Le suivi régulier (consultation avec le médecin généraliste tous les 3 mois ou moins fréquent)
- Le passage par le médecin traitant dans le parcours de soins

Parmi les 148 patients questionnés, 115 personnes avaient un mélanome, dont 66 avec un stade AJCC supérieur ou égal à II au moment du diagnostic.

Aucun facteur associé à un mélanome de stade II et plus n'a été retrouvé.

121 patients avaient un suivi dermatologique avant la découverte de la tumeur motivant leur venue au CLB.

En considérant les patients n'ayant jamais eu de suivi dermatologique (n= 26) , aucun facteur n'a été retrouvé comme associé à une lésion avec un stade supérieur ou égal à II à la classification AJCC, ou au délai de prise en charge > 2 mois.

IV- Discussion

Nous rapportons ici les résultats d'une enquête inédite adressée aux patients et interrogeant entre autres leur point de vue sur leur parcours de soins et la place de leur médecin généraliste dans le dépistage cutané.

A travers cette enquête, plusieurs points majeurs ont été soulevés.

Concernant le parcours de soins, plus de la moitié des patients interrogés ont rapporté un délai de prise en charge de leur cancer cutané supérieur à 2 mois alors que pour 9 patients sur 10, l'accès à leur médecin traitant était déclaré comme facile et rapide. La raison principale évoquée pour ce retard de prise en charge était la difficulté d'accès au dermatologue. La deuxième raison était la fausse réassurance du patient quant à la nature de la lésion. Une errance diagnostic était l'autre raison de ce délai.

Concernant le dépistage cutané : notre étude a retrouvé l'absence de frein pour la plupart des patients à se faire examiner en sous-vêtements par leur médecin traitant ; mais en revanche, il y a un manque de confiance en ces derniers pour un suivi dermatologique à l'égard de leur médecin généraliste. Le rôle mineur des médecins généralistes dans le dépistage cutané a été également soulevé par le faible taux de découverte des cancers cutanés (4,1% par le médecin généraliste) et par la déclaration de plus de 3 patients sur 4 ayant relaté que le dépistage cutané ne leur avait jamais été proposé par leur médecin traitant.

Plusieurs études adressées aux médecins généralistes ont été publiées sur leur place dans le dépistage cutané (6) (8) (43). La plupart de ces études ont constaté que les principaux freins au dépistage étaient : le manque de confiance pour pratiquer un examen cutané par manque de formation, le manque de temps lors des consultations, la pudeur vis-à-vis des patients.

La complémentarité des points de vue du patient et du médecin généraliste a souligné l'importance que le médecin généraliste doit apporter à son rôle dans la prévention et le dépistage cutané. Cette mission sera d'autant plus importante que la démographie médicale des dermatologues est en très forte diminution entraînant des difficultés d'obtention de rendez-vous avec un dermatologue dans des délais raisonnables.

IV.1 Forces de l'étude

A notre connaissance, aucune étude en France n'a analysé le point de vue des patients sur la prise en charge de leur cancer cutané et la place de leur médecin traitant dans cette prise en charge.

Les réponses anonymes au questionnaire de l'étude ont permis d'augmenter l'authenticité des réponses, sans crainte que les réponses puissent être transmises au médecin traitant et en minimisant un biais de loyauté.

Le questionnaire a été bien reçu par les patients. Aucun refus n'a été reporté.

Concernant l'échantillon :

La taille de notre échantillon a permis d'avoir une répartition homogène de l'âge des participants à cette étude, permettant d'avoir une bonne représentation de la population pouvant être atteinte de cancers cutanés : 25% de la population avait entre 26 et 50 ans, 26,4% entre 51 et 65 ans, 20,3% entre 65 ans et 75 ans et 28,4% plus de 75 ans.

L'âge des médecins traitants selon l'estimation des patients était également bien réparti : 48% de moins de 50 ans et 49,3% plus de 50 ans. La plupart des patients ont pu répondre à cette question, par nature subjective.

Le critère d'exclusion des patients déjà suivis pour une autre tumeur cutanée a permis une meilleure sélection de l'échantillon. Leur parcours aurait été biaisé par un examen cutané régulier effectué par un spécialiste, une sensibilisation au sujet et un médecin traitant plus alerté sur la nécessité d'une prise en charge dermatologique rapide pour le patient en cas de lésion cutanée.

L'étude au CLB a permis d'inclure une certaine proportion de patients avec des cancers cutanés évolués, permettant ainsi d'étudier leur parcours de soins et de souligner l'importance d'un dépistage précoce.

IV.2 Limites de l'étude

Biais de mémorisation du patient

La nature de cette étude à type d'enquête peut avoir entraîné un biais de mémorisation des patients.

Biais de subjectivité du patient

Le questionnaire s'est basé sur les déclarations du patient. Un sentiment d'injustice ou une recherche de « coupable » a pu influencer les réponses au questionnaire, basées sur un ressenti.

Biais de sélection

L'étude étant mono centrique et réalisée au CLB, certains patients consultant un autre spécialiste du CLB pour une autre pathologie pouvaient donc être adressés rapidement en consultation dermatologie (moins de 10% de l'échantillon). La population de patients interrogés peut donc ne pas correspondre à la population générale.

Le délai de prise en charge a pu être écourté par un autre biais de sélection : des patients déjà sensibilisés aux pathologies cutanées avec 81,8% de patients précédemment suivi par un dermatologue. Une analyse de sous-groupe de patients non suivis avant leur lésion par un dermatologue a été réalisée pour évaluer ce biais. Cette analyse a intéressé 26 patients et aucun facteur associé n'a été déterminé. Toutefois, compte-tenu du faible échantillon de patients de ce sous-groupe, aucune conclusion ne peut être retenue de manière formelle.

IV.3 Le dépistage cutané par le médecin généraliste

De manière intéressante, les points de vue des patients à travers notre étude rejoignaient les points de vue des médecins généralistes de différentes études publiées sur le dépistage cutané. Ils se rejoignaient notamment sur la fréquence du dépistage cutané en médecine générale, la fréquence de découverte de cancer cutané par le médecin généraliste, la fréquence d'utilisation de la dermoscopie ainsi que le manque d'assurance dans la pratique du dépistage cutané du médecin généraliste.

Concernant la fréquence du dépistage cutané en médecine générale : dans notre étude, 78,4% des patients interrogés n'auraient jamais eu de proposition de dépistage cutané par leur médecin traitant. Dans la région PACA, 80,6% des médecins généralistes affirmaient ne pas examiner spécifiquement la peau de leur patient (6).

En revanche, cette observation n'est pas retrouvée dans la région du Val de Marne où parmi 140 médecins généralistes interrogés, 52,8% déclaraient effectuer un examen cutané systématique de dépistage annuel chez leurs patients (8). Ce chiffre plus élevé pourrait être expliqué par des médecins plus formés que dans la région PACA : 89,3% des médecins interrogés avaient déjà participé à une FMC et 32% à une formation spécifique sur le dépistage en cancérologie cutanée.

Concernant la découverte de cancer cutané par le médecin généraliste, notre étude retrouve un faible taux de découverte (4,1%) par le médecin généraliste. Ce faible taux est concordant avec d'autres études, rapportant un diagnostic de mélanome établi par 10 % des médecins généralistes (44).

Dans l'étude publiée par Epstein DS et al sur 102 patients (45), 24% des mélanomes étaient détectés par un médecin avec un indice de Breslow inférieur à ceux découverts par le patient.

Concernant l'utilisation du dermoscope par le médecin traitant, les patients de notre étude ont déclaré que 8,1% des médecins utilisaient un dermoscope. Ce qui est également concordant avec une autre étude réalisée auprès de médecins généralistes dans la région PACA qui déclaraient utiliser un dermoscope pour 6,4% d'entre eux (46). Le manque de formation semblait être un frein important à l'acquisition de cet outil pour plus de 80% des médecins interrogés.

Une autre étude réalisée en 2015 auprès de médecins généralistes retrouvait un chiffre semblable avec 7,96% des médecins possédant un dermoscope (47).

Concernant le manque d'assurance dans la pratique du dépistage cutané : dans notre étude, moins de la moitié des patients se sentirait rassurée d'être suivie sur le plan dermatologique par leur médecin traitant (46,6%). Ceci est concordant avec une enquête réalisée auprès de médecin généraliste en région PACA en 2018 (6) : 53,4% des médecins ne pensaient pas avoir

les connaissances suffisantes pour effectuer un dépistage cutané et 70,6% ont déclaré avoir peur de rassuré à tort un patient sur sa lésion.

En revanche, l'opinion du patient et celle du médecin généraliste divergent sur l'examen cutané en sous-vêtements. Un des principaux freins à la réalisation du dépistage cutané dans l'enquête (6) réalisée en PACA auprès de médecins, était la gêne ressentie par 35% des médecins généralistes au déshabillage des patients. De manière intéressante, les patients de notre enquête étaient presque unanimement non réticents (99,3%) à un examen en sous-vêtements par leur médecin traitant. Toutefois ce positionnement peut avoir été biaisé par le diagnostic récent du cancer cutané qui aurait pu être évité par un examen cutané complet.

Concernant l'examen cutané, les patients de notre étude étaient plutôt sensibilisés à l'auto examen cutané avec 43,9% pratiquant une auto surveillance avant la découverte de leur tumeur. Cette proportion relativement importante peut être supérieure à la population générale, compte-tenu de la sensibilisation des patients précédemment suivis par un dermatologue avant le diagnostic du cancer pour lequel ils consultaient. Ainsi, dans cette étude, la majorité des lésions a été découverte par le patient lui-même (56,1%), ce qui est retrouvé dans d'autres études (45).

Ces résultats sont similaires à une autre enquête réalisée en Picardie (48) où 51,6% des patients s'impliquaient dans l'auto surveillance. Ces résultats sont en revanche supérieurs à ceux de l'étude EDIFICE (49), 25% seulement des personnes déclaraient surveiller l'apparition de lésions pigmentées atypiques.

Plusieurs études ont également montré l'importance du dépistage par le médecin traitant afin de diagnostiquer les mélanomes à un stade plus précoce. Une étude appelée projet SCREEN a montré qu'un programme de dépistage cutané réalisé par un médecin généraliste ayant reçu une formation de 8 heures diminuait significativement la mortalité par mélanome de la population étudiée (5). Aux Etats Unis, les résultats d'une étude sur 333 735 personnes conclut également qu'un dépistage réalisé par un médecin généraliste permet de découvrir des mélanomes moins épais et donc de meilleur pronostic (50).

L'ensemble de ces données apportent des arguments forts pour que l'examen cutané prenne une réelle part dans l'activité courante du médecin généraliste, au même titre que la surveillance de la tension artérielle chez les personnes à risque cardio vasculaire.

IV.4 Parcours de soins et délais de prise en charge

Notre étude a constaté que le médecin traitant était facilement disponible et joignable pour 89,9% des patients interrogés. Les délais de rendez-vous étaient généralement rapides avec 91,3% des patients ayant accès à leur médecin traitant sous 7 jours. Près de deux patients sur 3 (64,9%) obtenait même un rendez-vous de consultation en moins de 48 heures. La rapidité d'accès au médecin généraliste a été également relatée par une étude de la DREES (direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) réalisée en 2018 à l'échelle nationale auprès de 40 000 personnes (36). Près de la moitié des RDV avec un médecin généraliste (49%) était obtenue en moins de deux jours. Le délai moyen de rendez-vous pour une consultation était estimé à 6 jours tout motif de demandes confondus. Dans 10% des cas, le délai dépassait 11 jours.

L'accessibilité rapide aux médecins généralistes n'était pas accompagnée d'un délai rapide de prise en charge des tumeurs cutanées. Ce délai dépassait 2 mois pour plus de la moitié des patients (57,4%). Les raisons associées à ce délai de prise en charge invoquées étaient : la difficulté à trouver un rendez-vous chez un dermatologue (14,9%), l'absence d'inquiétude sur la nature de la lésion par le patient lui-même (13,5%) et le fait d'avoir été faussement rassuré par le médecin traitant (12,8%).

Concernant le délai de rendez-vous auprès d'un dermatologue, une étude a démontré l'impact de l'appel du médecin traitant justifiant d'une demande de rdv auprès d'un dermatologue. Une enquête réalisée en région PACA avait montré que le délai de rendez-vous auprès d'un dermatologue était nettement inférieur quand le médecin généraliste appelait lui-même pour prendre rendez-vous pour son patient. 1,7% des patients arrivaient à obtenir un rendez-vous auprès d'un dermatologue en moins d'une semaine contre 35% quand l'appel provenait du

médecin généraliste. 83,9% des médecins généralistes obtenaient un rendez-vous en moins d'un mois contre 23,1% quand l'appel provenait des patients (46).

Concernant l'absence d'inquiétude des patients sur la nature des lésions, des campagnes d'éducation auprès de la population générale semblent primordiales. Une étude réalisée en Picardie auprès de 312 patients a montré que 48,1% des patients interrogés ne savaient pas que le mélanome était un cancer. 48,7% ont également affirmé ne jamais avoir eu d'information à propos du mélanome et seuls 2,9% connaissaient les 5 critères de surveillance ABCDE (48).

Ces campagnes d'éducation sont efficaces sur les messages de prévention et une éducation de la population sur l'auto examen et la reconnaissance de lésions cutanées cancéreuses peut avoir un effet bénéfique. Une étude évaluant l'impact d'une action de prévention ciblée sur des patients à risque de mélanome a montré qu'un groupe de patients ayant reçu une information ciblée (groupe intervention) était plus capable de détecter les modifications des nævus devant amener à consulter par rapport au groupe témoin : 70% vs 54% respectivement. L'action de prévention se basait sur des conseils de préventions personnalisés par le médecin versus des conseils basés sur des dépliants de prévention disposés en salle d'attente.

Ainsi, le groupe de patients ayant reçu une information ciblée évaluait mieux leur statut à risque de mélanome que le groupe témoin ayant lu uniquement les brochures posées en salle d'attente : 71% versus 42%. Les mesures de photo-protection étaient également mieux respectées dans le groupe intervention avec 25% déclarant avoir pris des « bains de soleil » pendant l'été vs 41% dans le groupe témoin (51).

Ces résultats montrent l'importance de l'information et de la prévention cutanée par le médecin généraliste comme illustre l'enquête réalisée en Picardie où 87,5% des patients interrogés étaient demandeurs d'information supplémentaires sur le thème du mélanome et 72,5% souhaitaient que l'information émane d'un médecin directement et non des médias.

Concernant le fait d'avoir été faussement rassuré par le médecin traitant, une piste d'amélioration reste la sensibilisation des médecins généralistes à la reconnaissance des tumeurs cutanées. La mise en place de formation à destination des médecins généralistes a démontré l'impact positif de l'enseignement dans le dépistage des tumeurs bénignes et malignes. Une étude réalisée en Champagne Ardenne a montré qu'une formation de 2h30 des

médecins généralistes par un dermatologue ainsi que des envois par courrier d'informations concernant les mélanomes amélioreraient significativement les compétences du médecin et permettraient également de diminuer le nombre de mélanome épais (52). Une autre étude réalisée en Belgique et évaluant les connaissances des médecins généralistes après une heure de formation sur le diagnostic du mélanome a montré une amélioration des compétences des médecins à court terme sur le sujet. En revanche, l'amélioration des connaissances à long terme (après un an) n'était pas significative (53). Dans une étude réalisée dans le Haut Rhin après une formation sur le dépistage cutané, une amélioration de 59% à 84% des capacités des médecins généralistes à reconnaître des mélanomes était rapportée (10).

Notre étude s'est également intéressée à l'impact du COVID 19 sur la prise en charge des cancers cutanés. Pour 80,4% des patients, la COVID n'a pas retardé la prise en charge de leur cancer cutané. Ce taux est plutôt rassurant comparé à plusieurs études récemment publiées sur l'impact négatif du COVID-19 dans la sévérité des mélanomes en termes d'ulcération et de Breslow rattaché à un retard de prise en charge(54).

IV.5 Perspectives

Cette étude apporte des informations intéressantes sur la relation médecin-patient.

Elle a permis d'objectiver une divergence d'opinion entre le médecin et le patient concernant l'examen en sous-vêtements.

Elle permet également de mettre en évidence que plus de la moitié des patients ne se sentirait pas rassurée d'être suivie sur le plan dermatologique par leur médecin traitant.

Elle retrouve aussi un manque de connaissance des patients sur les cancers cutanés avec un nombre conséquent de patients qui s'auto rassuraient sur la nature de la lésion. Pourtant, les patients étaient sensibilisés à un auto examen dans 43,9% des cas. Une meilleure sensibilisation des médecins généralistes à l'importance des dépistages cutanés, à la nature des cancers cutanés pourrait permettre une meilleure information des patients à la reconnaissance de lésions potentiellement graves.

Ainsi, la proposition de dépistage cutané en consultation par le médecin généraliste et l'ouverture du dialogue sur la prévention solaire pourraient inciter les patients à parler de leurs doutes concernant des lésions cutanées qu'ils ont notées sur leur peau.

Le rôle pivot du médecin généraliste dans les campagnes de dépistage est illustré dans leur efficacité dans les dépistages des cancers colorectaux, seins et col de l'utérus.

Concernant le dépistage du cancer colorectal : 18 millions de personnes sont concernés par le programme national de dépistage. Elles sont invitées par courrier à consulter leur médecin généraliste afin qu'il leurs remette un test. Les médecins généralistes ont rapidement intégré ce dépistage : entre avril 2015 (date d'ouverture des commandes de kits de dépistage sur le site ameli.fr) et mars 2016, plus de 47 500 médecins ont commandé des tests (55).

Même avant cette campagne de dépistage, le baromètre santé 2010 a retrouvé que la consultation régulière auprès d'un médecin généraliste était associée à un taux de dépistage du cancer colorectal significativement plus élevé (56).

Le rôle de l'implication du médecin généraliste dans le dépistage des cancers colorectaux est également illustré par le fait que dans 52% des cas, le médecin est l'initiateur de la discussion sur le dépistage du cancer colorectal en consultation (57).

De manière parallèle, l'impact positif de campagnes de santé publique tel que précédemment proposé pour les cancers colorectaux, sein et col de l'utérus pourrait avoir sensibilisé au dépistage cutané des sujets à risque.

La population reste sensible au dépistage cutané comme le rapporte une étude adressée à des patients à haut risque de mélanome chez qui une invitation à consulter leur médecin généraliste était envoyée pour réaliser un examen cutané. 61% des patients ont répondu favorablement à cette lettre et ont consulté leur médecin généraliste, ce chiffre est supérieur aux autres campagnes de santé publique en France (58).

Concernant le long délai de prise en charge (> 2 mois), un manque de coordination et /ou de communication entre les dermatologues et les médecins généralistes pourrait être soulevé. Une étude réalisée en 2019 sur les demandes de consultations reçues par les dermatologues évoque le manque d'informations dans les courriers des médecins généralistes pour une demande d'avis spécialisé. Pour exemple, dans moins de 5% des demandes, la durée

d'évolution des lésions cutanées était notée. L'étude soulignait également les difficultés du médecin généraliste, notamment le manque de temps pour l'examen dermatologique et les difficultés à la rédaction du courrier avec un manque de connaissance pour décrire la lésion vue. Pourtant, lorsque la lésion était maligne et que le médecin généraliste avait proposé un diagnostic, la probabilité qu'il juge la lésion maligne était de 91% (43).

Une autre étude a également été réalisée sur la communication, cette fois entre médecins généralistes et pédiatres. Elle a montré que, grâce à une meilleure communication entre le spécialiste et le médecin généraliste (via la rédaction d'une lettre par le médecin généraliste et le retour courrier ou téléphonique du spécialiste), cela améliorerait la prise en charge du patient, (59).

L'échange entre médecin généraliste et dermatologue pourrait probablement être amélioré avec la mise en place de télé-expertise en dermatologie. L'envoi d'une photo d'une lésion suspecte à un dermatologue permet d'avoir une analyse rapide de la lésion et permettrait une obtention de rendez-vous plus rapide pour le patient, tout en permettant une amélioration de l'apprentissage du médecin généraliste sur ses compétences en dermatologie grâce au retour du dermatologue.

V- Conclusion

L'incidence des cancers cutanés en France a plus que triplé en 30 ans et est confrontée à une diminution progressive du nombre de dermatologues. En conséquence, le médecin généraliste va prendre une place prépondérante dans le dépistage ainsi que la prévention des cancers cutanés.

L'analyse du parcours de soins du patient et la place du médecin traitant représentent une piste à explorer pour améliorer la prise en charge des cancers cutanés ainsi que pour évaluer les facteurs associés à un retard de prise en charge.

Peu d'études ont analysé le point de vue du patient concernant le rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage des cancers cutanés.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le parcours de soins du patient présentant un cancer cutané et consultant au Centre Léon Bérard ainsi que la place du médecin traitant dans ce parcours. L'objectif secondaire était d'étudier les facteurs associés au délai de prise en charge et à la gravité des lésions. L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire à destination du patient.

Les résultats de cette étude ont mis en évidence une grande disponibilité du médecin généraliste pour ses patients, l'acceptabilité des patients à être examinés en sous-vêtements en consultation de médecine générale. Mais ils ont montré également un manque de confiance de la majorité des personnes interrogées en leur médecin généraliste pour un suivi dermatologique. L'auto-examen cutané n'était pas pratiqué par plus de la moitié des patients avant la découverte de leur cancer.

Par ailleurs, cette étude a souligné que les dépistages cutanés étaient peu proposés par le médecin traitant.

Le délai de prise en charge des cancers cutanés était majoritairement supérieur à 2 mois. La principale raison de ce délai était la difficulté d'obtention d'un rendez-vous chez le dermatologue.

Aucun facteur n'a été retrouvé comme significativement associé à ce long délai de prise en charge ni à la gravité des lésions. Un biais de sélection des patients pourrait expliquer cette absence de significativité (patients suivis régulièrement par un dermatologue en ville ou par un autre spécialiste au sein de l'établissement). Une autre limite de l'étude était son caractère monocentrique.

Cette étude amène plusieurs pistes de réflexions à apporter sur l'amélioration du parcours de soins. Il faudrait notamment développer la communication entre le médecin traitant et son patient ainsi qu'entre le médecin généraliste et le dermatologue.

Concernant la communication entre le médecin traitant et le patient, il apparaît nécessaire pour le médecin généraliste d'aborder en consultation le sujet de la prévention primaire, l'importance de l'auto examen et son rôle dans le dépistage cutané.

Concernant la communication entre le médecin traitant et le dermatologue, il apparaît nécessaire de développer des réseaux d'échanges inter-professionnels, permettant la progression de la connaissance du généraliste et l'amélioration des délais de prise en charge. La télé expertise représente une piste de plus en plus répandue et pourrait répondre en partie à ces attentes.

VI- Bibliographie

1. Epidémiologie des cancers cutanés - Détection précoce des cancers de la peau [Internet]. 2021 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Epidemiologie>
2. Mieux prévenir et détecter tôt les cancers de la peau [Internet]. 2012. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_CANCERS_DE_LA_PEAU-23mai2012.pdf
3. Département Cancer et Environnement. Mélanome cutané | Cancer et environnement [Internet]. 2021 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/340-Melanome-cutane.ce.aspx>
4. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané » [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane
5. Katalinic A, Waldmann A, Weinstock MA, Geller AC, Eisemann N, Greinert R, et al. Does skin cancer screening save lives?: an observational study comparing trends in melanoma mortality in regions with and without screening. *Cancer*. 1 nov 2012;118(21):5395-402.
6. Belleudi B. Place des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes dans la région Provence Alpes Côte d'Azur. 2018;114.
7. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale: difficultés et propositions des généralistes. déc 2012;111.
8. Halioua B, Houta B, Tibi M, Wolkenstein P, Chosidow O. Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : analyse des pratiques, des besoins et des difficultés rencontrées. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 déc 2014;141(12, Supplement):S324-5.
9. Zimmerlé V. Dépistage du mélanome par les médecins généralistes : enquête dans un département à faible densité médicale. [Internet]. François-Rabelais Tours; 2016. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_ZimmerleValerie.pdf
10. Grange F, Hédelin G, Halna J-M, Grall J-C, Kirstetter H. Évaluation d'une campagne de formation des médecins généralistes et des médecins du travail au dépistage du mélanome dans le Haut-Rhin. *Ann Dermatol Veneréol*. 2005;(132):956-61.
11. Marra E, van Rijsingen MCJ, Alkemade JAC, Groenewoud JMM, Hueskes KF, Nij Bijvank CHM, et al. The effect of a dermato-oncological training programme on the diagnostic

- skills and quality of referrals for suspicious skin lesions by general practitioners. *Br J Dermatol.* mars 2021;184(3):538-44.
12. Harkemanne E, Baeck M, Tromme I. Training general practitioners in melanoma diagnosis: a scoping review of the literature. *BMJ Open.* 23 mars 2021;11(3):e043926.
 13. Badertscher N, Braun RP, Held U, Kofmehl R, Senn O, Hofbauer GF, et al. Diagnostic competence of Swiss general practitioners in skin cancer. *Swiss Medical Weekly* [Internet]. 28 juill 2013 [cité 13 janv 2022];(31). Disponible sur: <https://smw.ch/article/doi/smw.2013.13834>
 14. INCa. Les traitements du mélanome de la peau. juill 2016;61.
 15. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 [Internet]. 2019. Disponible sur: [file:///C:/Users/Manon/Documents/Centre%20de%20vaccination/Rillieux/Synthese_Estimations%20nationales%20incidence%20et%20mortalite%20par%20cancer_juillet_2019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Manon/Documents/Centre%20de%20vaccination/Rillieux/Synthese_Estimations%20nationales%20incidence%20et%20mortalite%20par%20cancer_juillet_2019%20(1).pdf)
 16. The global cancer observatory. Melanoma of skin fact sheet [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/16-Melanoma-of-skin-fact-sheet.pdf>
 17. Godman H. What Are the Prognosis and Survival Rates for Melanoma by Stage? [Internet]. Healthline. 2020 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.healthline.com/health/melanoma-prognosis-and-survival-rates>
 18. L Wells G, MD, Ada West Dermatology and Dermatopathology. Mélanome - Troubles dermatologiques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2020 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/cancers-cutan%C3%A9s/m%C3%A9lanome>
 19. Mélanome (cancer de la peau) | Fiche santé HCL [Internet]. 2021 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/melanome-cancer-de-la-peau>
 20. INCa. DÉTECTION DU MÉLANOME APPRENDRE À SURVEILLER SA PEAU. 2017.
 21. Larkin J, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Grob J-J, Rutkowski P, Lao CD, et al. Five-Year Survival with Combined Nivolumab and Ipilimumab in Advanced Melanoma. *New England Journal of Medicine.* 17 oct 2019;381(16):1535-46.
 22. Département Cancer et Environnement. Non mélanome | Cancer et environnement [Internet]. 2018 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/548-Non-melanome.ce.aspx>
 23. Bulliard JL, Levi F, Panizzon RG. Epidémiologie des cancers épithéliaux de la peau. *Revue Medicale Suisse.* avr 2009;5(200):882-8.

24. Collège National des Enseignants de Dermatologie. Item 149 • Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés. In 2010. p. 15. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_24/site/html/cours.pdf
25. Martin L, Bonerandi J-J. Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) Recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. sept 2009;136:S163-4.
26. Traitements carcinome [Internet]. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/programme-cancer-peau/taritements-du-carcinome>
27. Migden MR, Chang ALS, Dirix L, Stratigos AJ, Lear JT. Emerging trends in the treatment of advanced basal cell carcinoma. Cancer Treatment Reviews. 1 mars 2018;64:1-10.
28. Corchado-Cobos R, García-Sancha N, González-Sarmiento R, Pérez-Losada J, Cañueto J. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: From Biology to Therapy. Int J Mol Sci. 22 avr 2020;21(8):2956.
29. Conseil national de l'ordre. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. 2021 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&f=13&i=qualif.total&s=2021&view=map10>
30. Bouet DP. Atlas de la démographie médicale en France. 2017;323.
31. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
32. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
33. URPS médecins libéraux de Auvergne Rhône Alpes. Rapport de la démographie médicale des dermatologues [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/12/Rapport-2019_Dermatologues.pdf
34. 95 jours de délais moyen en France pour une consultation en dermatologie [Internet]. Caducee.net. [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14682/95-jours-de-delaix-moyen-en-france-pour-une-consultation-en-dermatologie.html>
35. Alam M, Goldberg LH, Silapunt S, Gardner ES, Strom SS, Rademaker AW, et al. Delayed treatment and continued growth of nonmelanoma skin cancer. Journal of the American Academy of Dermatology. 1 mai 2011;64(5):839-48.

36. Six jours en moyenne pour consulter un généraliste mais deux mois pour un dermato... et presque trois pour un ophtalmo [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/six-jours-en-moyenne-pour-consulter-un-generaliste-mais-deux-mois-pour-un-dermato-et-presque-trois>
37. Conseil national de l'ordre des médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. 2021 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#bbox=-313165,7138345,1976076,1116604&c=indicator&f=23&i=qualif.total&s=2021&view=map11>
38. Letrillart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN:étude des Éléments de la Consultation en médecine GÉNÉrale. Exercer. 2014;25(114):148-57.
39. Rat C, Houd S, Gaultier A, Grimault C, Quereux G, Mercier A, et al. General practitioner management related to skin cancer prevention and screening during standard medical encounters: a French cross-sectional study based on the International Classification of Primary Care. BMJ Open. 30 janv 2017;7(1):e013033.
40. YAICHE TIBI M. Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : analyse des pratiques, des besoins et des difficultés rencontrées. [Internet]. [Créteil]: Université de Paris 12 Val de Marne, faculté de médecine.; 2013. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=469115>
41. Oliveria SA, Heneghan MK, Cushman LF, Ughetta EA, Halpern AC. Skin Cancer Screening by Dermatologists, Family Practitioners, and Internists: Barriers and Facilitating Factors. Archives of Dermatology. 1 janv 2011;147(1):39-44.
42. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, et al. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. PLoS One. 7 févr 2017;12(2):e0170988.
43. Lesbazeilles R. Evaluation d'une consultation de diagnostic rapide des cancers cutanés, une étude rétrospective monocentrique [Internet]. Poitiers; 2019. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/63e2de14-949a-4e9b-af46-cb57bc98b989>
44. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): The role of doctors. International Journal of Cancer. 2000;89(3):280-5.
45. Epstein DS, Lange JR, Gruber SB, Mofid M, Koch SE. Is Physician Detection Associated With Thinner Melanomas? JAMA. 17 févr 1999;281(7):640-3.
46. VENCHI F. Dermatoscopie en médecine générale en région PACA : état des lieux. Etude auprès d'un échantillon de 360 médecins généralistes libéraux [Internet]. Faculté de

Marseille; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02118626/document>

47. Chappuis P. Utilité de la dermoscopie pour le dépistage du mélnaome en médecine générale : Etude quantitative d'un échantillon de 425 médecins généralistes français. Claude bernard Lyon 1; 2015.
48. CARON M. Etat des lieux des connaissances des patients picards consultant en cabinets de médecine générale, à propos du mélanome. [Internet]. Amiens; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02168341/document>
49. Saiag P, Sassolas B, Mortier L, Grange F, Robert C, Lhomel C, et al. EDIFICE Melanoma survey: knowledge and attitudes on melanoma prevention and diagnosis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015;29(s2):11-5.
50. Ferris LK, Saul MI, Lin Y, Ding F, Weinstock MA, Geller AC, et al. A Large Skin Cancer Screening Quality Initiative. *JAMA Oncol*. 1 août 2017;3(8):1112-5.
51. Clouet S, Riviere-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 [Internet]. Université de Nantes; 2012. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=57d38e43-9416-4569-9883-29252399d525>
52. Grange F, Woronoff A s., Bera R, Colomb M, Lavole B, Fournier E, et al. Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. *British Journal of Dermatology*. 2014;170(1):123-9.
53. Harkemanne E, Duyver C, Leconte S, Sawadogo K, Baeck M, Tromme I. Short- and Long-Term Evaluation of General Practitioners' Competences After a Training in Melanoma Diagnosis: Refresher Training Sessions May Be Needed. *J Cancer Educ*. 26 oct 2021;1-14.
54. Weston GK, Jeong HS, Mu EW, Polsky D, Meehan SA. Impact of COVID-19 on melanoma diagnosis. *Melanoma Res*. juin 2021;10.1097/CMR.0000000000000717.
55. INCa. Dépistage du cancer colorectal. mars 2016;14.
56. Beck F, Gautier A. Baromètre de cancer 2010. *Barometres santé*. 2012;275.
57. BUNGENER M, EISINGER F, ERRIAU G. Médecins généralistes et dépistage des cancers. 2010;20.
58. Rat C, Grimault C, Quereux G, Dagherne M, Gaultier A, Khammari A, et al. Proposal for an annual skin examination by a general practitioner for patients at high risk for melanoma: a French cohort study. *BMJ Open*. 29 juill 2015;5(7):e007471.
59. Coordination des références spécialisées et satisfaction des médecins à l'égard des soins de référence | Pédiatrie | JAMA Pédiatrie | Réseau JAMA [Internet]. [cité 15 déc

2021]. Disponible sur:

<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/349323>

VII- Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire patient

VOUS CONCERNANT

1 Etes-vous ?

- Un homme
- Une femme

2 A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

- 18-25 ans
- 26-50 ans
- 51-65 ans
- 66-75 ans
- >75 ans

3 Quel est votre niveau de formation ?

- Brevet
- BEP / CAP
- Baccalauréat
- DUT, BTS, ou équivalent BAC +2
- Licence ou équivalent BAC +3
- Master ou équivalent BAC+5
- Doctorat ou équivalent > BAC +5
- Je ne souhaite pas répondre à cette question

4 Vivez-vous seul à domicile ?

- Oui
- Non

5 Avez-vous un entourage (familial, amical, collègues de travail) que vous voyez régulièrement ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

6 Où vivez-vous ?

- En ville
- A la campagne

7 Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

8 Si oui, depuis combien de temps êtes-vous suivi par ce médecin traitant ?

- Moins d'un an
- Entre un an et 5 ans
- Entre 5 ans et 10 ans
- Plus de 10 ans

9 Voyez-vous régulièrement votre médecin traitant (en dehors de l'épidémie de COVID 19) ?

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Moins d'une fois par an
- Jamais

10- Vous arrive-t-il de retarder la prise de rendez-vous avec votre médecin traitant par « peur du diagnostic » ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

11- A la maison, avant la découverte de la tumeur cutanée, examiniez-vous votre peau (auto dépistage) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

12- Qui a été la première personne à avoir repéré la lésion pour laquelle vous consultez aujourd'hui ?

- Votre médecin traitant
- Vous-même
- Votre entourage
- Votre dermatologue
- Un autre professionnel de santé (n'étant pas votre médecin traitant ou votre dermatologue)
- Autre

13- Quel a été votre parcours entre la découverte de la tumeur cutanée et votre prise en charge par le dermatologue du Centre Léon Bérard ?

- Vous => médecin traitant => dermatologue de ville => dermatologue du Centre Léon Bérard
- Vous => médecin traitant => dermatologue du Centre Léon Bérard
- Vous => autre médecin (médecin remplaçant du médecin traitant, ORL, oncologue, etc) => dermatologue du Centre Léon Bérard
- Vous => dermatologue de ville => dermatologue du Centre Léon Bérard
- Autre, précisez (votre parcours de soin) :

14- Quel a été le délai entre le moment où la lésion a été découverte et l'ablation de cette lésion ?

- Moins d'un mois
- Entre 1 mois et 2 mois
- Entre 2 mois et 6 mois
- Plus de 6 mois
- Je ne sais pas répondre à cette question

15- Si le délai entre le moment où la lésion a été découverte et l'ablation de la tumeur a dépassé 2 mois, veuillez-en précisez la raison :

- Vous avez eu des difficultés à trouver un rendez-vous chez un dermatologue
- Votre médecin traitant a eu des difficultés à trouver un rendez-vous chez un dermatologue
- Vous avez été rassuré sur la nature de la lésion par un médecin
- Vous avez été rassuré sur la nature de lésion par votre entourage ou internet
- Vous avez attendu pour prendre rendez-vous, pensant que ce n'était pas grave
- Vous avez attendu pour prendre rendez-vous par crainte que l'on vous trouve un cancer
- Autre raison (délai de rendez-vous plus long lié au COVID?, autre) : précisez

16- Pensez-vous que l'épidémie COVID a retardé la prise en charge de votre lésion ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

17- Pensez-vous que vous auriez pu écourter votre délai de prise en charge si vous aviez un accès via internet à un dermatologue (par mail ou par un site dédié à pouvoir télécharger des photographies)

- Oui
- Oui mais je ne sais pas utiliser internet. Toutefois, quelqu'un de mon entourage pourrait m'aider à cela
- Oui mais je ne sais pas utiliser internet, et n'ai personne pour m'aider
- Non ; je ne sais pas utiliser internet
- Non, je ne suis pas rassurée d'échanger avec un médecin via internet

- Non, je pense qu'envoyer une photo via internet n'aurait pas changé mon délai de prise en charge
- Non, autre raison. Précisez :
- Je ne sais pas répondre à cette question

18- Depuis combien de temps êtes-vous suivi en dermatologie ?

- Moins de 1 an
- Entre 1 an et 2 ans
- Entre 2 ans et 5 ans
- + de 5 ans
- Jamais suivi avant la découverte de la lésion actuelle

19- Vous sentiriez-vous rassuré d'être suivi au point de vu dermatologique par votre médecin traitant ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

CONCERNANT le médecin généraliste

20- Votre médecin traitant exerce-t-il :

- En milieu urbain (en ville)
- En milieu rural (en campagne)
- Je n'ai pas de médecin traitant

21- Estimez-vous l'âge de votre médecin généraliste à plus de 50 ans ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

22- Quel est le délai habituel pour obtenir un rendez-vous avec votre médecin traitant (en dehors de l'épidémie de COVID 19) ?

- Moins de 24h
- 24h-48h
- 48h à 7 jours
- Plus de 7 jours
- Je ne sais pas répondre à cette question

23- Avez-vous facilement accès à votre médecin traitant ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

24- Si non, quelle est la raison principale de cette difficulté d'accès ?

- Délai de rendez-vous long
- Difficulté d'accès aux transports
- Difficulté pour joindre votre médecin
- Coût financier
- Vous refusez d'être suivi par un médecin généraliste
- Autre : à préciser.

25- Trouvez-vous que votre médecin traitant soit facilement joignable (en dehors de l'épidémie de COVID 19) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

26- Votre médecin traitant vous a t'il déjà proposé un examen de la peau ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

27- Si oui, à quelle fréquence effectue-t-il un examen de votre peau ?

- Tous les 3 mois
- Tous les ans
- Moins d'une fois par an
- Jamais

28- Votre médecin traitant vous examine-t-il en sous-vêtements lors de vos consultations habituelles ?

- Jamais
- Moins d'une fois par an
- Une fois par an
- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- A chaque consultation

29- Avez-vous déjà refusé ou refuseriez-vous d'être examiné en sous-vêtements par votre médecin généraliste lors de vos consultations ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

30- Votre médecin traitant vous a-t-il déjà examiné avec un dermoscope (loupe) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas répondre à cette question

Annexe 2 : Lettre à destination des patients

Enquête sur la réalisation de l'examen cutané par le médecin généraliste

Chère Madame, Cher Monsieur,

Vous allez avoir un rendez-vous de consultation auprès d'un dermatologue. Si vous consultez pour le diagnostic ou le suivi d'une tumeur cutanée, nous souhaiterions vous solliciter pour remplir un questionnaire dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

Devant la diminution importante et progressive du nombre de dermatologues en France, les médecins généralistes seront de plus en plus amenés à réaliser un dépistage cutané chez leurs patients.

L'objectif de cette thèse est de mener une enquête afin de voir votre parcours de soins : du diagnostic au traitement de votre lésion cutanée.

Afin de répondre à notre enquête, vous trouverez ci-dessous un questionnaire incluant deux parties

- La première vous concernant
- La deuxième concernant votre médecin généraliste et le dépistage cutané

La réponse au questionnaire est volontaire et ne prendra que quelques minutes. Vous êtes libre de participer ou non à cette enquête.

Au cas où vous accepteriez de participer à celle-ci, veuillez lire attentivement les questions et cocher les réponses qui vous concernent et remettre le questionnaire au dermatologue que vous consultez.

Au cas où vous refuseriez, merci de nous indiquer la raison (pas le temps, pas de motivation, fatigué, autres, etc...)

Si vous acceptez de participer à cette étude, vos données seront traitées de façon confidentielles et anonymisées. Elles ne seront en aucun cas transmises à votre médecin généraliste.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser au médecin lors de votre consultation.

Cordialement,

Manon Marcoux / Mathilde Schenck

Annexe 3 : Classification selon la 8^e Edition de l'AJCC

TÊTE D'AFFICHE

Classification AJCC
du mélanome

F. Amatore [Marseille]

images en Dermatologie



CLASSIFICATION TNM 7 ^e ÉDITION			CLASSIFICATION 8 ^e ÉDITION		
T	ÉPAISSEUR (MM)	ULCÉRATION/MITOSES	T	ÉPAISSEUR (MM)	ULCÉRATION
T_{is} MÉLANOME IN SITU			T_{is} MÉLANOME IN SITU		
T1	≤ 1	A : SANS ULCÉRATION ET MITOSES < 1/MM ² B : AVEC ULCÉRATION ET/OU MITOSES ≥ 1/MM ²	T1	≤ 1.0 < 0.8 < 0.8 0,8 - 1.0	T1 : INCONNUE OU NON SPÉCIFIÉE T1A : SANS ULCÉRATION T1B : AVEC ULCÉRATION T1C : AVEC OU SANS ULCÉRATION
T2	1,01 - 2	A : SANS ULCÉRATION B : AVEC ULCÉRATION	T2	> 1,0 - 2,0	T2 : INCONNUE OU NON SPÉCIFIÉE T2A : SANS ULCÉRATION T2B : AVEC ULCÉRATION
T3	2,01 - 4	A : SANS ULCÉRATION B : AVEC ULCÉRATION	T3	> 2,0 - 4	T3 : INCONNUE OU NON SPÉCIFIÉE T3A : SANS ULCÉRATION T3B : AVEC ULCÉRATION
T4	> 4	A : SANS ULCÉRATION B : AVEC ULCÉRATION	T4	> 4,0	T4 : INCONNUE OU NON SPÉCIFIÉE T4A : SANS ULCÉRATION T4B : AVEC ULCÉRATION
N			N		
No. DE GANGLIONS MÉTASTATIQUES		MASSE MÉTASTATIQUE GANGLIONNAIRE	No. DE GANGLIONS MÉTASTATIQUES RÉGIONAUX		PRÉSENCE DE MÉTASTASES EN TRANSIT, SATELLITES OU MICROSATELLITES
N0		N0	N0		N0
N1		A : MICROMÉTASTASE B : MACROMÉTASTASE	N1		N1A : NON N1B : NON N1C : OUI
N2		A : MICROMÉTASTASES B : MACROMÉTASTASES C : MÉTASTASE(S) EN TRANSIT/SATELLETE(S) SANS GANGLION MÉTASTATIQUE	N2		N2A : NON N2B : NON N2C : OUI
N3		> 4 GANGLIONS OU CONGLOMÉRAT D'ADÉNOPATHIES OU MÉTASTASE(S) EN TRANSIT / SATELLETE(S) AVEC GANGLION MÉTASTATIQUE	N3		N3A : NON N3B : NON N3C : OUI
M			M		
SITE MÉTASTATIQUE		TAUX DE LDH SÉRIQUES	SITE MÉTASTATIQUE		TAUX DE LDH SÉRIQUES
M0		NON APPLICABLE	M0		NON APPLICABLE
M1A		NORMAL	M1A		M1A(1) : ÉLEVÉ M1A(2) : ÉLEVÉ
M1B		NORMAL	M1B		M1B(1) : ÉLEVÉ M1B(2) : ÉLEVÉ
M1C		ÉLEVÉ	M1C		M1C(1) : ÉLEVÉ M1C(2) : ÉLEVÉ
M1D		ÉLEVÉ	M1D		M1D(1) : ÉLEVÉ M1D(2) : ÉLEVÉ

CHANGEMENTS DANS LA CLASSIFICATION T1
• NOUVEAU SEUIL DE 0,8 MM
• DISPARITION DU CRITÈRE INDEX MITOTIQUE
• ÉPAISSEUR ARRONDIE À 0,1 MM PRÈS

CHANGEMENTS DANS LA CLASSIFICATION N
• "MICROMÉTASTASE" REMPLACÉ PAR "NON DÉTECTABLE CLINIQUEMENT"
• "MACROMÉTASTASE" PAR "DÉTECTABLE CLINIQUEMENT"
• LA PRÉSENCE DE MÉTASTASES EN TRANSIT SANS GANGLION MÉTASTATIQUE RÉGIONAL EST CLASSÉE EN N1
• APPARITION DE SOUS-CATÉGORIES DE N2 EN FONCTION DU NOMBRE TOTAL DE GANGLIONS, DU NOMBRE DE GANGLIONS CLINIQUES OU INFRA-CLINIQUES ET DE LA PRÉSENCE DE MÉTASTASES EN TRANSIT.

CHANGEMENTS DANS LA CLASSIFICATION M
• APPARITION DE SOUS-CATÉGORIES EN FONCTION DU TAUX DE LDH. UN TAUX ÉLEVÉ DE LDH NE CLASSE PLUS LE PATIENT D'ENLÈVE EN M1C.
• DISTINCTION ENTRE MÉTASTASES VISCÉRALES HORS SNC ET MÉTASTASES AU SNC.

7 ^e ÉDITION					8 ^e ÉDITION				
T	N	M	DN/C LE STADE EST		T	N	M	DN/C LE STADE EST	
T _{is}	NO	MO	0		T _{is}	NO	MO	0	
T1A	NO	MO	IA		T1A	NO	MO	IA	
T1B	NO	MO	IB		T1B	NO	MO	IB	
T2A	NO	MO	IIA		T2A	NO	MO	IIA	
T2B	NO	MO	IIA		T2B	NO	MO	IIA	
T3A	NO	MO	IIIA		T3A	NO	MO	IIIA	
T3B	NO	MO	IIIB		T3B	NO	MO	IIIB	
T4A	NO	MO	IIIA		T4A	NO	MO	IIIA	
T4B	NO	MO	IIIC		T4B	NO	MO	IIIC	
					TOUT T	> N1	MO	III	
					TOUT T	TOUT N	M1	IV	
					T _{is}	NO	MO	0	
					T1A	NO	MO	IA	
					T1B	NO	MO	IB	
					T2A	NO	MO	IIA	
					T2B	NO	MO	IIA	
					T3A	NO	MO	IIIA	
					T3B	NO	MO	IIIB	
					T4A	NO	MO	IIIA	
					T4B	NO	MO	IIIC	
					TOUT T	TOUT N	M1	IV	
					TOUT T	N1A, N2A	MO	IIIA	
					TOUT T	N1B, N2B, N2C	MO	IIIB	
					TOUT T	N1A, N2A	MO	IIIB	
					TOUT T	N1B, N2B, N2C	MO	IIIC	
					TOUT T	N3	MO	IIIC	
					TOUT T	TOUT N	M1	IV	

STADIIFICATION CLINIQUE
STADIIFICATION HISTO-PATHOLOGIQUE

CHANGEMENTS DANS LA STADIIFICATION
• IL Y A 4 GROUPEES III AU LIEU DE 3
• LE RESTE DE LA STADIIFICATION N'A PAS CHANGÉ

AJCC : American Joint Committee on Cancer

ENQUETE AUPRÈS DE PATIENTS PRESENTANT UN CANCER CUTANÉ : ÉTUDE DU PARCOURS DE SOINS ET PLACE DU MEDECIN TRAITANT DANS LA PRISE EN CHARGE**RESUME**

L'incidence des cancers cutanés en France a plus que triplé en 30 ans et est confrontée à une diminution progressive du nombre de dermatologues. En conséquence, le médecin généraliste va prendre une place prépondérante dans le dépistage ainsi que la prévention des cancers cutanés. Plusieurs études analysant le point de vue du médecin généraliste sur le dépistage cutané, retrouvent qu'il est peu pratiqué par les médecins généralistes. Peu d'études ont analysé le point de vue du patient concernant le rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage des cancers cutanés. Pourtant cela peut être une piste à explorer pour améliorer la prise en charge de ces cancers.

Objectif : L'objectif principal de cette enquête était d'analyser le parcours de soins du patient présentant un cancer cutané, ainsi que la place du médecin traitant dans ce parcours. L'objectif secondaire était d'analyser les facteurs associés au retard de prise en charge et les facteurs associés à des lésions plus sévères en termes de classification AJCC (American Joint Committee on Cancer).

Matériels et méthodes : Un questionnaire a été distribué aux patients atteints de cancer cutané et consultant au centre Léon Berard. L'enquête s'est déroulée d'Avril 2021 à Octobre 2021. Une analyse descriptive ainsi que des analyses statistiques pour étudier les facteurs associés au délai de prise en charge et au stade des lésions ont été effectués.

Résultats : 148 questionnaires ont été inclus. 115 mélanomes et 33 carcinomes. 56,1% des patients étaient les premiers à avoir repéré la lésion cancéreuse. 56,7% étaient passés par le médecin généraliste avant d'être adressé au spécialiste. Le délai de prise en charge de la lésion cutanée était > 2 mois pour 57,5% des patients. La principale raison était la difficulté à trouver un dermatologue. Le délai habituel était de 24-48h pour avoir un rendez-vous avec leur médecin traitant. 78,4% des patients n'ont pas eu de proposition de dépistage cutané par leur médecin traitant. 99,3% des patients ne refuseraient pas l'examen en sous-vêtements. Mais 34,5% ne seraient pas rassurés d'avoir un suivi dermatologique par leur médecin traitant. Concernant l'analyse des facteurs associés au délai de prise en charge et à au stade des lésions, aucuns résultats n'étaient significatifs.

Conclusion : Cette enquête amène plusieurs pistes de réflexions pour améliorer le parcours de soins du patient : le développement de la communication entre le patient et son médecin traitant, en abordant les sujets comme la prévention primaire, l'importance de l'auto examen et son rôle dans le dépistage cutané. Mais il faut également améliorer la communication entre le dermatologue et le médecin traitant en développant les échanges interprofessionnels et permettant la progression des connaissances du médecin généraliste.

MOTS CLES : Dépistage cutané, patient, médecin généraliste, parcours de soins, prévention

JURY : Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Directrice : Madame le Docteur Mona AMINI-ADLE

Membres : Monsieur le Professeur Stéphane DALLE

Monsieur le Professeur Luc THOMAS

Madame le Docteur Rejane PETEX

DATE DE SOUTENANCE : 25 janvier 2022