



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue
publiquement
le 13 Juin 2024 à Poitiers
par **Laurent GAUDET**
né le 19/01/1990

Prévention ambulatoire des cancers cutanés en médecine générale
dans le département de la Vienne

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Monsieur le Docteur Jean DU BREUILLAC
Madame le Docteur Imane SALEH

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT


LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur LAS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, oncologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guyène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAERKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blainde, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements :

Au Professeur Jean-Claude MEURICE,

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, acceptez mes sincères remerciements.

Au Docteur Jean DU BREUILLAC,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury de thèse.

Au Docteur Imane SALEH,

Pour également me faire l'honneur d'être membre de ce jury de thèse.

Au Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,

Pour avoir encadré cette thèse, pour avoir relu toutes mes écritures et m'avoir soutenu tout au long de ce travail. Merci pour votre implication bienveillante, votre disponibilité sans faille. Merci encore pour votre confiance accordée lors de mon avant dernier stage d'internat, vos conseils pédagogiques remarquables.

Au Professeur ROBLOT, Doyen honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, pour m'avoir accordé votre confiance en m'acceptant dans vos rangs suite à mon transfert de la Faculté de Médecine de Toulouse Purpan.

A tous les intervenants, interlocuteurs et participants de cette thèse, pour m'avoir ouvert la porte de votre cabinet médical afin d'égayer ma curiosité scientifique.

A mon épouse, pour ton amour. Ce projet de reprise d'études a pu se réaliser et réussir avec ton soutien. Tant de chemins parcourus à tes côtés, tant de choses accomplies et un programme qui est loin d'être fini. Nous avons deux merveilleux et beaux enfants. Je t'aime profondément ma chérie.

A mes enfants, Victor et Agathe, mes amours, vous avez apporté tellement à papa pendant ses études et bien au delà. Merci de me rendre heureux comme vous le faites. Vous embellissez ma vie. Vous êtes la plus belle chose qui me soit arrivée dans ma vie. Je vous aime tellement mais tellement.

A ma grand-mère, pour avoir su m'enseigner des valeurs saines. Quel bonheur d'avoir partagé ta vie. J'espère te rendre heureuse et fière. Je ne t'oublierai jamais. Je t'aime.

A mes beau-parents, pour tout ce que vous pouvez nous apporter dans nos vies, à tous les quatre. Vous m'avez fait découvrir la notion de famille et vous m'avez accepté. Nous avons tant de bons moments à partager. Vous pouvez être fier de vous, Victor et Agathe ont des grands-parents géniaux.

A mon beau-frère et ma belle soeur, pour votre présence tout au long de ce long parcours professionnel. Quel bonheur de vous avoir si proche. On ne se voit pas souvent mais quel plaisir de se retrouver. Je vous aime.

A mes amis, pour vos soutiens, chacun à votre façon. Les moments ensemble ont été décompressant et on forme une équipe très performante dans ce domaine. Vous êtes la famille. Je vous aime.

A mes pairs, Bineta, Jeanne, Fabien, Victor, Jean-Yves, Camille, Mathilde, Emilie... pour avoir croisé vos chemins pendant ces études, pour m'avoir fait grandir, pour ces moments de travail plus ou moins performants, de rires, de partages sincères.

Aux Docteurs SALEH, GAUDIN, KAMOUN et le reste de l'équipe du service, mon stage à vos côtés aura été le plus marquant. Merci pour tous ces bons souvenirs et anecdotes.

A Madame DELBERNET Isabelle, merci de m'avoir permis de quitter mes fonctions d'infirmier diplômé d'Etat en toute sérénité, je vous en suis éternellement reconnaissant.

Table des matières

<i>Remerciements</i>	6
<i>Table des matières</i>	8
<i>Liste des abréviations</i>	10
<i>I. Introduction</i>	11
<i>II. Matériel et méthode</i>	13
1. Schéma de l'étude.....	13
A) Schéma de l'étude et type d'étude.....	13
B) La population étudiée.....	13
C) Le recrutement.....	13
2. L'outil de l'étude.....	14
A) Le "patient standardisé"	14
B) Le scénario.....	15
3. Description des phases de l'entretien.....	16
A) L'accueil.....	16
B) Le briefing.....	17
C) La mise en situation.....	17
D) Le débriefing.....	17
4. La grille d'évaluation.....	18
<i>III. Résultats</i>	19
1. Constitution de l'échantillon.....	19
2. Caractéristiques sociodémographique.....	19
3. Analyse principale.....	21
4. Le débriefing.....	23
<i>IV. Discussion</i>	25
<i>Conclusion</i>	32
<i>Liste des tableaux</i>	33

<i>Annexes</i>	34
Annexe 1 : Attestation sur l’honneur, étude en santé : Analyse de pratiques de soin des professionnels de santé	34
Annexe 2 : Protection des données personnelles, information destinée aux participant.e.s	37
Annexe 3 : Modèle autorisation de captation et d’exploitation d’images, d’enregistrements audio et / ou vidéo	39
Annexe 4 : Guide d’entretien standardisé	41
Annexe 5 : Attestation d’enregistrement au registre du DPO	42
Annexe 6 : Grille d’évaluation	43
<i>Bibliographie</i>	45
<i>Résumé</i>	50

Liste des abréviations :

ABCDE : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur non homogène, Diamètre en augmentation et l'Évolution

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DPO : Data Protection Officer ou Délégué à la Protection des Données

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

MSU : Maître de stage universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PS : Patient standardisé

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

UV : Ultra-Violet

I. Introduction

Le cancer englobe un vaste groupe de maladies qui peuvent apparaître dans presque tous les organes ou tissus du corps, lorsque des cellules anormales se développent de manière incontrôlée (1). Sa prise en charge inclut au moins un des quatre types de prévention en santé (2). La prévention est quant à elle définie par l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps (3).

Les deux types de cancers cutanés chez l'adulte à forte prévalence sont, du moins grave au plus invasif (4) : les carcinomes cutanés (carcinome basocellulaire pour 70% environ des cancers de la peau et le carcinome épidermoïde pour 20%) et le mélanome (10%).

Par ailleurs, les cancers cutanés font partie des cancers les plus fréquents avec le mélanome 7ème cancer chez l'homme et 4ème chez la femme et qui a doublé son incidence entre 2010 et 2023 en France. Ce sont des cancers catégorisés comme évitables de par notamment leur facilité d'accès à la réduction des facteurs de risque. C'est le cas par exemple de l'exposition aux UV qui en est responsable à plus de 85% chez les plus de 30 ans (5). Pour ce qui est des carcinomes cutanés, selon l'OMS, ils seraient 15 à 20 fois plus fréquents dans le monde que les mélanomes (6).

L'incidence et la mortalité des cancers de la peau sont donc une préoccupation croissante (7) et il est primordial d'identifier les populations à risque (8).

Actuellement, le dépistage des cancers de la peau, conformément aux recommandations (8-9), repose sur un dépistage spontané à la demande du médecin ou parfois à l'initiative du patient, acteur de sa santé dans le cas d'une lésion suspecte (10). Il est conseillé à toute personne de surveiller régulièrement sa peau, notamment celles présentant un facteur de risque identifié et de consulter un médecin, ou un dermatologue, face à une lésion suspecte.

Aussi, le discours commun à ces trois cancers est la précocité diagnostique pour un pronostic le plus optimal (11) et pour en limiter le coût (12).

Les cancers de la peau ont une prévention primordiale mais insuffisante (13-15). Ils s'inscrivent dans un retard de prise en charge multifactoriel (8 ; 16-18) : un contexte de démographie médicale en déclin, post pandémie covid-19, l'apparente non-évolutivité des

lésions, l'absence de douleur, les dépassements d'honoraires de certains praticiens médicaux, des problèmes allant de la méconnaissance au manque de formation continue sur le sujet de certains professionnels.

Également, le cancer cutané voit sa prévention délaissée car ne faisant malheureusement pas partie d'un programme de dépistage national de Santé Publique France, comme c'est le cas pour le cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus. L'explication est donnée au vu de son faible taux de mortalité (19).

Enfin, le monde de la santé est confronté à des besoins en soins de la population en constante évolution. Ces transformations sociétales questionnent les exigences croissantes de professionnalisation aux niveaux médicales et paramédicales.

Étant donné que les médecins généralistes sont en première ligne dans le parcours de soins et qu'ils ont une patientèle variée et de tous âges, ils sont bien placés pour identifier les sujets à risque de cancer de la peau. De surcroît, leurs implications dans la coordination avec les dermatologues et dans l'information des populations à risque sont essentielles (20).

Lors de notre recherche documentaire, nous avons constaté que peu d'études mettaient en lumière la réalité des pratiques en matière de prévention des cancers cutanés. Nous nous sommes inspirés de deux études (21-22) et nous avons actualisé et développé l'évaluation de 4 axes de la prévention des cancers de la peau dans un département français.

Nous n'aborderons donc pas les parties suivantes : les types de cancers cutanés (cliniques, histologiques), leurs pronostics, leurs prises en charge diagnostiques et thérapeutiques.

Ainsi, l'objectif principal de l'étude, formant l'ossature de notre travail scientifique, est de réaliser un état des lieux des pratiques en médecine générale dans l'identification des facteurs de risque et dans la prévention des cancers cutanés en termes de conseils et examen clinique.

Nous émettons l'hypothèse que la prévention des cancers cutanés en médecine générale est qualitativement insuffisante.

L'objectif secondaire de notre étude est la création d'un support de consultation exhaustif pour la prévention des cancers cutanés à destination des médecins traitants ou tout autre spécialiste, des infirmier(e)s, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues.

Ce support permettra de servir la qualité des soins et le renforcement de la sécurité de la prise en charge au profit du patient et du personnel.

II. Matériel et méthode

1. Schéma de l'étude

A) Objectif et schéma de l'étude

Notre étude était observationnelle descriptive prospective. Elle a eu pour objectif d'étudier le contenu d'une consultation de prévention des cancers cutanés de médecins généralistes du département de la Vienne, tirés au sort et volontaires, par un patient dit "standardisé" lors d'une enquête de terrain et à l'aide d'une grille d'évaluation.

Notre objectif n'était pas de tester les connaissances des participants en tant que tel mais de faire un état des lieux des pratiques sur le sujet concerné. Nous avons donc eu une part qualitative dans notre étude.

B) La population étudiée

La population à étudier s'est composée d'un échantillon de 15 à 20 médecins généralistes.

La sélection de cette population a eu pour critères d'inclusion : d'être un médecin en activité et inscrit au tableau du conseil de l'ordre des médecins du département de la Vienne, avec une pratique de médecine générale exclusive ou partagée, avec un exercice ambulatoire exclusif ou partagé, consentement écrit signé avant la rencontre programmée et sur la base du volontariat.

Les critères d'exclusion ont été les suivants : un arrêt de son activité, l'absence de consentement avant la consultation, une consultation non programmée, l'absence de volontariat, un mode d'exercice hors ambulatoire, un médecin non généraliste et non inscrit au tableau du conseil de l'ordre des médecins du département de la Vienne.

C) Le recrutement

Après avoir identifié la population source (23) et l'avoir précisée selon les critères ci-dessus, nous avons réalisé un tirage au sort de 50 médecins généralistes (24) avec une prise de contact téléphonique et/ou par mail dans les jours qui ont suivis, par ordre du tirage au sort. La prise de contact avec les candidats a pu nécessiter la participation du secrétariat dans la transmission d'informations concernant notre demande. Dans le cas contraire, les échanges ont été réalisés directement avec les candidats.

Ensuite, les candidats sont alors informés, par un discours standardisé, de leur recrutement volontaire pour un travail de thèse médicale avec une consultation physique enregistrée vocalement et programmée au cabinet pour une durée de 15 à 20 minutes avec un patient dit “standardisé” qui s’avère être l’investigateur de cette étude. L’entretien physique et son enregistrement vocal sont régis par un protocole établi par de DPO de l’université de Poitiers (Annexes 1 à 3). Le thème général de l’étude est partagé, à savoir : l’analyse d’une prestation de soins de santé sur une thématique donnée. Nous avons pris le soin, lors de cette étape, de ne pas donner d’information plus précise sur le thème à aborder pour ne pas compromettre la qualité des résultats. A l’inverse, nous pouvions communiquer les modalités de réalisation de l’entrevue (cf. 3.A ci-dessous) si les participants en ressentaient le besoin.

Si nous n’obtenons pas la quantité d’échantillon souhaitée, il est convenu qu’un nouveau tirage au sort sera réalisé et répété si nécessaire. A l’inverse, si nous sommes amenés à un surplus de candidats, seuls les 20 premiers seront inclus, par ordre d’acceptation. Dans ce cas, ils deviennent des participants et un retour négatif avec remerciements des candidats non sélectionnés est effectué.

Une fois l’acceptation orale ou écrite du participant obtenue, nous planifions l’entrevue dans un délai de 2 mois maximum, au libre choix du participant, faisant office de convocation. Un rappel du rendez-vous est envoyé au participant la veille de manière systématique.

2. L’outil de l’étude

A) Le patient standardisé

Le PS est l’outil méthodologique d’inspiration utilisé dans son approche la plus simple. Il est l’un des outils disponibles dans la simulation en santé.

Cet outil se définit par un individu représentant un patient avec une condition spécifique d’une manière réaliste, standardisée et répétable. Il se distingue du patient simulé avec une condition spécifique et d’une manière réaliste mais sans les deux dernières caractéristiques.

L’investigateur s’est employé dans ce rôle en s’en inspirant. Le cumul des rôles est une condition choisie. En effet, nous ne pouvions bénéficier d’un PS formé pour différentes

raisons que nous détaillerons ultérieurement. Ainsi, “l’investigateur-patient standardisé” a le rôle de suivre avec précision uniquement un scénario préétabli et ses modalités de diffusion sans indiçage pour ne pas stimuler de réponse non prévue, du moins inhabituelle.

Le PS s’est efforcé de ne pas couper la parole aux intervenants et de leur permettre de laisser libre court à leur pensée.

B) Le scénario

Le scénario est composé de phrases courtes avec des verbes précis et factuels et est régi par une attention réciproque. Il est sans abréviation ni sous-entendus ou allusion. Il est réaliste, simple et adapté à la population étudiée et au contexte.

Pour l’élaboration du profil du PS, nous nous sommes aidé de l’épidémiologie des cancers de la peau qui peuvent toucher à tout âge et indépendamment du sexe et de l’origine ethnique. Ensuite, nous avons fait le choix de sélectionner un profil à haut risque de cancer cutané. Plus précisément, sur le choix de son phototype et de ses antécédents personnels et familiaux (facteurs de risque ayant le risque relatif le plus élevé).

Nous avons choisi pour contexte un motif de consultation et un profil de patient qui sont explicités oralement par le “patient standardisé” en début de consultation.

Le contexte est le suivant : Mr D. Alexandre, né le 17/07/2005, est tout juste bachelier. Il a un projet de travail pendant les deux mois de vacances scolaires d’été en tant que releveur de compteur d’eau. Ce n’est pas le premier travail saisonnier qu’il réalise. Il a besoin d’une consultation le rassurant face à l’exposition solaire que ce poste estival en extérieur permanent implique.

Son phototype est de type 2 et il a les yeux clairs (critères observables par les participants).

Si des questions sont posées, voici les réponses possibles à apporter : il n’a pas d’antécédent personnel oncodermatologique, il a déjà eu un coup de soleil vers 9 ans dont il se souvient par la douleur qu’il a provoqué, il a eu une exposition solaire non restrictive de la part de ses parents dans l’enfance avec une faible protection solaire.

Egalement, il a pour antécédents familiaux deux oncles maternels ayant eu un mélanome, sans précision.

En dehors de ces détails sur le profil du patient standardisé, si le praticien a d'autres questions, elles seront négatives et/ou incertaines ("je ne sais pas/plus").

3. Description des phases de l'entretien

A) L'accueil

Cette première phase d'accueil est soignée par l'investigateur.

Nous avons choisi une investigation *in situ* par une consultation individuelle factice, programmée au cabinet du participant.

Nous avons laissé le choix aux participants de la pièce où ils se sentaient le plus à l'aise (bureau de consultation par défaut).

Un guide d'entretien est pensé de manière à standardiser une nouvelle fois le discours (Annexe 4), guide validé par le DPO qui a enregistré notre investigation protocolisée (Annexe 5).

Puis le médecin généraliste est informé du protocole réglementaire et du respect du règlement général sur la protection des données (Annexe 1 et 2). Il signe son consentement à sa participation volontaire pour une évaluation d'une prestation de soins de santé et à son enregistrement vocal (Annexe 3) dans le cadre d'un travail de thèse médicale. L'outil d'enregistrement vocal est précisé dans le consentement ainsi que le titre précis de notre travail. L'enregistrement vocal peut donc débuter.

L'investigateur se présente et demande au participant de se présenter en retour.

Ensuite, des données socio-démographiques sont collectées, avec leur accord, comme leur date de naissance ainsi que leur mode et lieux d'exercice exclusif ou partagé et s'ils sont MSU.

Une présentation du déroulé de l'entrevue et un rappel de sa durée sont effectuées. Il est également rappelé le thème général de l'étude (analyse d'une prestation de soins de santé) et les principes de confidentialité.

L'investigateur présente les règles générales d'évaluation non clinique, par un enregistrement vocal de la consultation, sans jugement des participants, dans une situation donnée et non pas dans leur pratique globale.

B) Le briefing

Le briefing technique définit les règles précises pour contextualiser le cas clinique et immerger les participants dans l'environnement de soin et dans le scénario ainsi que les interactions possibles. Il est expliqué aux participants qu'ils ont la possibilité d'utiliser leurs outils et supports de consultation de leur choix, dans la mesure où ils font partie de leurs habitudes dans ce domaine. Les participants mènent la consultation à leur convenance. Ils sont donc pleinement acteurs de la consultation qu'ils dirigent.

Il est rappelé la durée de l'entretien, basée sur la durée de consultation moyenne nationale qui est de 16,4 minutes (25). Pour autant, elle ne régit pas la fin de l'entretien qui est définie lorsque les participants n'ont plus de question ou d'information à transmettre.

L'investigateur rassure les participants en évoquant que "tout le monde fera des erreurs car c'est prévu", "c'est l'endroit idéal pour se tromper et tirer des leçons" et "pas de jugement de comportement ou de performance".

La posture, le ton et les gestes sont soignés. Le vouvoiement est utilisé.

L'investigateur s'assure de la bonne compréhension à ce stade et collecte d'éventuelles questions ou demandes de précisions.

C) La mise en situation

La mise en situation correspond au briefing du cas clinique qui est énoncé sans piège ni complexité particulière et marque le début de la consultation. L'investigateur s'assure que le scénario est également compris. Il change ensuite de rôle pour celui du PS et reste garant de la bonne tenue des objectifs via le scénario scrupuleusement suivi.

D) Le débriefing

L'investigateur réalise un débriefing bref et informé pour collecter les ressentis à chaud. L'intérêt est également de collecter les retours afin d'avoir une rétroaction des participants en terme organisationnel dans le contenu et le format adopté. L'objectif ici n'est donc pas de réaliser une analyse ou une évaluation, même si cette dernière partie est également enregistrée. L'enregistrement vocal s'arrête.

La grille d'évaluation validée est communiquée par mail aux participants au décours de l'entretien.

4. La grille d'évaluation

L'extraction des données a été réalisée par l'investigateur à l'aide de l'enregistrement audio crypté dans le respect du RGPD. L'enregistrement a bénéficié de deux écoutes à 15 jours d'intervalle minimum.

Nous avons établi une grille d'évaluation (Annexe 6) en 4 axes :

- A.** Evaluation des facteurs de risques : 6 thèmes
- B.** Les modalités de prévention : 4 modalités
- C.** Education à l'auto dépistage : 4 éducations
- D.** Examen clinique : 3 critères

Les axes qui la composent ont été ciblés dans le respect de deux outils validés (9;17) et agrémentés par les recommandations en cours et d'autres recherches documentaires (5 ; 9 ; 19 ; 26-31). Par ailleurs, nous avons veillé au respect des recommandations sur les caractéristiques d'un critère de qualité (32). Enfin, elle a également bénéficié d'une expertise par nos confrères spécialisés de l'équipe de dermatologie du CHU de Poitiers.

Concernant l'évaluation à proprement parler, chaque item des axes comporte trois variables qualitatives ordinales allant de 0 à 2 (0 : l'item n'est pas abordé ; 1 : l'item est abordé partiellement ; 2 : l'item est abordé dans sa totalité). Ainsi, si une question ou une information est abordée mais non détaillée par le participant, elle est cotée 1.

Également, un score global sous forme de pourcentage est produit par item.

III. Résultats :

1. Constitution de l'échantillon

Il y a eu 407 médecins généralistes qui ont été référencés dans le département de la Vienne en date du 19 Janvier 2024. Parmi eux, 27 ont été exclus avec pour répartition : 11 exclus car ils avaient une activité exclusive hors médecine générale (angiologie principalement) et 16 pour le lieux d'exercice non ambulatoire.

Concernant le recrutement et conformément au protocole que nous avons établi, cinquante médecins généralistes ont été inclus le 19 Janvier 2024. Une première prise de contact téléphonique et/ou par mail s'est déroulée le 22 Janvier 2024. Une deuxième et dernière prise de contact a été réalisée deux semaines après pour ceux n'ayant pas encore répondu.

Vingt ont accepté de participer à l'étude. Un candidat a reçu nos sincères remerciements suite à notre seuil maximum de recrutement atteint. L'ensemble des candidats inclus sont allés au bout de la démarche scientifique.

Sur les 29 autres candidats inclus, nous avons eu 13 absences de réponse, 11 réponses négatives et 5 exclusions a posteriori.

Les 11 réponses négatives ont été : 2 refus et 8 arrêts d'activité pour cause de retraite ou non.

Les 5 exclusions a posteriori ont été soit pour motif de changement de mode d'exercice hors médecine générale soit pour une indisponibilité dans les temps. En voici le détail : 2 expertises, 1 ostéopathe, 1 exercice en clinique et 1 disponibilité hors délai.

2. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 1 résume les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

L'âge des femmes s'est étendu de 32 à 67 ans soit une moyenne de 50,36 ans. L'âge des hommes s'est étendu de 31 à 67 ans soit une moyenne de 49,66 ans. Ainsi, l'âge moyen des participants, tous sexes confondus, était de 50,05 ans.

Aucune donnée n'est manquante.

TABLEAU 1 : Caractéristiques de la population

Caractéristiques sociodémographiques

n(%) ; Médiane [Q1-Q3], Q1 = premier quartile, Q3 = troisième quartile

Indicateurs	N = 20
Genre	
Hommes	9 (45)
Femmes	11 (55)
Âge	
Hommes	50 [49-53]
Femmes	55 [37-58]
Mode d'exercice	
Médecine générale exclusif	12 (60)
	Hommes 8 (40) Femmes 4 (20)
Partagé	8 (40)
	Hommes 1 (5) Femmes 7 (35)
Lieux d'exercice	
Cabinet médecine générale exclusif	16 (80)
	Hommes 8 (40) Femmes 8 (40)
Partagé	4 (20)
	Hommes 1 (5) Femmes 3 (15)
MSU	9 (45)
	Hommes 4 (20) Femmes 5 (25)

3. Analyse principale

Tableau 2 : Résultats de l'analyse principale

A. Liste des thèmes des facteurs de risque connus et probables	0	1	2
1. Questions relatives aux antécédents personnels et/ou familiaux oncodermatologiques			20 (100)
2. Questions relatives à l'exposition aux UV :			
a) Bronze-t-il difficilement et/ou est-il sujet aux coups de soleil ?	19 (95)	1 (5)	
b) Sujet ayant vécu dans des pays très ensoleillés ?	16 (80)		4 (20)
c) Exposition accrue au rayon UV naturels ?	6 (30)		14 (70)
d) Exposition accrue au rayon UV artificiels ?	20 (100)		
e) Exposition accrue au rayon UV entraînant des coups de soleil ?	4 (20)	16 (80)	
f) Coups de soleil dans l'enfance ? - quantification en nombre - quantification en degré de brûlure	4 (20) 20 (100) 20 (100)	16 (80)	
g) Phototype 1 et 2 et/ou Les yeux clairs ?	4 (20)	16 (80)	
3. Questions relatives à la présence éventuelle d'atypies dermatologiques à risque	3 (15)		17 (75)
a) A-t-il beaucoup de nævi (≥ 40) ?	13 (65)	7 (35)	
b) Des nævi larges (+ de 5 mm) et/ou irréguliers ?	20 (100)		
c) Nævi congénitaux géants >20cm et/ou atypiques ?	20 (100)		
d) Des éphélides et/ou xeroderma pigmentosum ?	20 (100)		
e) Des kératoses actiniques et/ou kérotoacanthome ?	20 (100)		
f) Héliodermie ?	20 (100)		
4. Questions relatives à l'immunodépression	20 (100)		
5. Questions relatives à certaines prises médicamenteuses (hors immunosuppresseurs) photosensibilisantes ?	7 (35)	8 (40)	5 (25)

6. Questions relatives aux facteurs professionnels et/ou environnementaux	19 (95)	1 (5)	
B. Les modalités de prévention			
1. La protection vestimentaire via : - vêtement(s) adaptés - lunettes de soleil adaptées - couvre-chef	16 (80)	16 (80)	4 (20) 20 (100) 4 (20) 20 (100)
2. La protection comportementale : - éviter l'exposition au soleil de 12h à 16h - la mise à l'ombre - s'hydrater	5 (25) 8 (40) 16 (80)	11 (55)	4 (20) 12 (60) 20 (100) 4 (20)
3. L'application de crème solaire et écran total - protégeant contre les UVA et UVB	1 (5) 20 (100)	19 (95)	
4. Modalités d'application de la crème solaire et écran total : - toutes les deux heures minimum - fréquence variable selon l'indice protecteur - après chaque baignade systématiquement - sur les zones photoexposées	4 (20) 8 (40) 20 (100) 19 (95) 14 (70)	15 (75)	1 (5) 12 (60) 1 (5) 6 (30)
C. Education à l'auto-dépistage			
1. explication du ABCDE	10 (50)	7 (35)	3 (15)
2. explication du principe du « vilain petit canard » et consulter	11 (55)	6 (30)	3 (15)
3. explication de l'auto-examen : - tous les 4 mois - par un examen direct à l'aide de miroirs et/ou d'une tierce personne	11 (55) 20 (100) 19 (95)	9 (45)	1 (5)
4. une consultation annuelle chez le dermatologue est recommandée - et selon certains critères	5 (25) 20 (100)	15 (75)	
D. Examen clinique	1 (5)	5 (25)	14 (70)

La durée des 20 entretiens s'est étendue de 2 minutes et 6 secondes à 19 minutes et 25 secondes soit une moyenne de 6 minutes et 42 secondes (6 [4,93-7,23]).

Pour rappel, la cotation de chaque item des axes comporte trois variables qualitatives ordinales allant de 0 à 2 (0 : l'item n'est pas abordé ; 1 : l'item est abordé partiellement ; 2 : l'item est abordé dans sa totalité).

Nous pouvons noter divers compléments au Tableau n°2.

Nous avons observé qu'aucun des participants n'a quantifié le nombre et le degré de brûlure des coups de soleil dans l'enfance du PS.

Les atypies dermatologiques peuvent être questionnées mais peu voire aucune n'est questionnées individuellement.

Aucun n'a questionné l'immunodépression innée ou acquise même si les antécédents personnels et les traitements éventuels ont pu être demandés.

Les traitements pris par le PS ne sont pas forcément questionnés dans l'idée de savoir s'ils sont photosensibilisants. D'ailleurs, aucun n'a cité de nom de traitement photosensibilisant.

Concernant les outils cliniques habituels utilisés par les participants, nous avons relevé que 100% fonctionne à l'œil nu soit 0% utilise un dermatoscope, 20% utilisent une loupe lumineuse, 11% une loupe seule, 65% sont amenés à utiliser leur téléphone comme outil clinique et/ou télémédecine. 5% une lampe seule.

Nous notons que seulement 10% ont tenté de chercher un support de consultation sur internet, le reste des participants se sont donc fiés à leurs connaissances personnelles.

Enfin, nous avons observé que l'ensemble des participants s'en sont tenu au discours du patient mais qui a déclaré n'avoir aucune connaissance sur le sujet.

4. Le débriefing

Les ressentis à chaud se résument comme suit : 20% des participants nous ont rapporté que l'âge jeune du patient a influé leur comportement car il se sentait moins inquiet versus un sujet âgé. 25% ont livré que ce motif de consultation est rare voire inexistant que ce soit sur le motif à proprement parlé que sur la manière (par une question qui vient du patient et non du médecin). 10% ont évoqué le filtre secrétariat et son risque de perte/modification d'information dans le recrutement, 10% seulement n'ont pas émis un avis positif sur mon

intervention (1 questionne l'intérêt et 1 avec une absence totale d'implication lors de l'entretien)

La très grande majorité ont fait un retour positif, notamment en précisant l'avantage investigation physique et non par questionnaire en ligne.

IV. Discussion :

Nous pouvons retenir de notre étude une méconnaissance partielle du sujet abordé qui est au détriment de la qualité de la prise en charge. Certains items sont peu voire pas évoqués et lorsqu'ils le sont, ils ne sont que très rarement approfondis.

Egalement, nous retenons plusieurs limites à notre travail que sont une validité externe restreinte, un biais de sélection et de mesure sur différents points, un biais de publication sur notre hypothèse, un biais d'information sur le double rôle de l'investigateur et un biais de réalisation sur l'absence d'insu et le caractère abrégé de l'examen clinique.

Nous rappelons l'importance de la précocité diagnostique des cancers cutanés dont l'incidence et la prévalence ne cessent de croître à l'échelle de la France et au-delà (33-34).

Cette précocité passe avant tout par une identification des personnes à risque avec les médecins généralistes en première ligne.

Nos résultats ont une fiabilité qui, comme tous résultats, présente une part de relativité. Nous avons été attentifs dans l'application de la méthodologie, réalisée de manière consciencieuse, honnête et identique à chaque participant, renforçant ainsi la validité interne de l'étude. Cependant, nous avons conscience que la validité externe de notre étude est plus mesurée, quand bien même nous nous trouvons dans une étude descriptive observationnelle. Ceci s'explique par les disparités d'exposition solaire sur le territoire français (gradient Nord-Sud et côtier) et par conséquent, des disparités de prévention. Enfin, nous pouvons noter la faible taille de notre échantillon qui limite aussi son caractère représentatif.

Ensuite, nous avons fait le choix de concentrer notre travail sur les deux principaux types de cancers de la peau. Nous n'avons pas inclus les cancers cutanés rares (fibroxanthomes atypiques, cancer des glandes cutanées, sarcome de Kaposi, carcinome à cellules de Merkel, la maladie de Paget du mamelon...). En effet, au-delà de leur faible incidence et prévalence, nous avons estimé que leur probable plus forte méconnaissance aurait complexifié notre travail et perturbé les participants. Surtout, toutes les recommandations et supports validés concernent uniquement les 3 cancers de la peau étudiés. Par conséquent, nous avons conscience d'un biais de sélection et de mesure, restreints mais nécessaire pour plus de clarté

et validité. Nous avons pu trouver d'autres études qui prennent en compte l'ensemble des cancers cutanés connus voire même avec un support photographique (35-38).

Par ailleurs, nous relevons un biais de publication sur notre hypothèse. Elle a émergé des écrits sur la quantité de prévention des cancers cutanés insuffisante en médecine générale et le manque de formation des praticiens (14-18), laissant penser que la qualité en serait de même. Néanmoins, ce biais est limité du fait que très peu d'études ont cherché dans le sens de notre hypothèse.

Concernant le recrutement, nous avons mis en place une sélection sur une liste validée donc représentative en ce sens de la population cible et avec des critères de sélection respectant le mode d'exercice que nous souhaitions interroger et le tout par tirage au sort.

Cependant, nous notons un biais de sélection avec les médecins remplaçants non inclus. Nous avons fait le choix de ne pas les inclure pour deux raisons :

- Premièrement le manque de performance probable dû aux cabinets remplacés de manière aléatoire, ponctuellement et dans un temps imparti faible.
- Deuxièmement, l'importance d'utiliser une liste validée de la population à étudier sur laquelle il ne figure pas.

Enfin, nous avons pu recueillir lors de notre débriefing la barrière et le manque de transmission d'informations du secrétariat qui aurait pu renforcer le biais dans la sélection. Nous avons néanmoins élaboré un discours standardisé lors des prises de contact pour limiter les erreurs dans les informations à divulguer mais aussi pour limiter la quantité et la complexité des informations à transmettre aux candidats par le secrétariat.

Nous avons choisi un groupe tiré au sort relativement conséquent et une taille d'échantillon raisonnable dans le but de contrer le biais de participation face à la complexité de la démographie médicale actuelle. Le caractère volontaire n'a pas entraîné de biais de participation à l'étude ou de commentaire.

En second lieu, l'acceptation de participation s'est faite en toute impartialité même si nous ne pouvons exclure que les participants aient été plus sensibles à la formation des internes.

A l'inverse, ils ont pu moins l'investir en tenant compte du décalage avec la réalité que notre méthodologie implique, d'une potentielle anxiété de performance voire du fait que la sollicitation à notre étude peut être perçue comme une charge de travail supplémentaire.

Ensuite, que cela soit en cours d'adhésion ou une fois l'adhésion du participant obtenue, nous avons pris le soin de ne pas compromettre la qualité des résultats avec une vigilance sur les informations divulguées. Le thème, titre et objectifs précis de l'étude n'ont donc pas été transmis en pré-consultation. A l'inverse, nous pouvions communiquer l'ensemble des modalités de réalisation présente dans le paragraphe "accueil".

Ainsi, nous avons limité le biais de mesure même si le protocole réglementaire (Annexe 3) ne nous permettait pas de rester en simple insu. En effet, les participants voyaient dans les annexes abordées en début d'entretien, le titre du travail en cours. Un indice de taille a donc été divulgué, dans le respect du protocole réglementaire.

Le rappel de rdv envoyé la veille a favorisé l'absence de biais d'attrition dans notre étude.

Nous nous sommes efforcés de restreindre au maximum la contrainte de la sollicitation à l'étude en nous limitant à 2 prises de contact seulement et nous avons pu en avoir des retours positifs. Malheureusement, nous ne pouvions pas effectuer des consultations impromptues de par la difficulté d'accès aux cabinets médicaux sans en être patient connu est difficile et de par le protocole réglementaire. Également, pour réduire cette sursollicitation à l'étude, nous avons laissé le choix aux participants de la date et l'heure du rendez-vous.

Enfin, nous avons contenu le biais de mémorisation en fixant un court délai de recrutement, inférieur à 2 mois.

Concernant l'explication du choix de l'outil méthodologique, nous avons effectué diverses recherches dans 3 méthodes d'évaluation des pratiques de soins et une science non médicale, véritables fondements de notre association méthodologique : la simulation en santé, l'analyse des pratiques, l'EPP et la sociologie. Chacune de ces méthodologies permet de répondre à notre question scientifique. Cependant, aucune n'a été pleinement employée car elles ont toutes au moins un axe impératif qui ne fait pas l'objet de la thèse.

Premièrement, notre réflexion s'est principalement appuyée sur l'avis d'experts dans la simulation en santé au sein de la faculté de médecine de Poitiers et son laboratoire de simulation afin d'en avoir une approche avisée (39-40). Elle permet de reproduire des situations ou des environnements de soins, de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel ou une équipe de professionnels. La validité de cet outil est prouvée et les expériences éligibles, *in situ* comprises, sont nombreuses, plus

particulièrement dans le domaine de la formation des professionnels de la santé (41-43). Toutefois, cette méthodologie complexe n'était pleinement applicable. En effet, après retour des experts, nous n'avions pas pour objectif : l'analyse des émotions, de l'empathie, de la communication non verbale, l'évaluation de la performance individuelle, l'amélioration directe des pratiques et pas d'objectif pédagogique pour la population étudiée.

Deuxièmement, l'analyse de la pratique professionnelle selon la HAS se définit par une analyse en groupe sur un cas clinique précis (44), ce qui n'est pas notre cas.

Troisièmement, l'EPP inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques, ce qui n'est pas notre cas non plus (45-46). Qui plus est, des critères d'EPP ont été établis par la HAS en médecine générale (47) et en oncérologie (48) mais l'oncodermatologie n'est pas concernée.

C'est dans cette perspective que nous nous sommes inspirés de ces trois méthodologies validées pour en préciser la nôtre.

Enfin, la Sociologie nous a apporté des compléments d'information (49) pour mieux choisir le type d'entretien qui se rapproche des objectifs de notre travail. Précisément, nous nous retrouvons dans un entretien dit "non directif" (50). Cet entretien est aussi décrit par d'autres auteurs sous l'appellation "entretien ethnographique" (51) ou encore "entretien compréhensif" (52).

Ainsi, la performance d'un entretien non directif par un PS, versus un questionnaire d'évaluation des pratiques, nous a paru évidente.

Notre enquête de terrain a donc pour fondements des entretiens non directifs, offrant une liberté d'ouverture, associés au cadre de la simulation en santé via le PS comme source d'inspiration principale et complétée par d'autres méthodes que sont l'analyse de la pratique et l'EPP.

D'autres études ont-elles fait le choix de solliciter les patients pour s'autoévaluer pour plus d'immersion mais avec la limite d'interprétation et de connaissance des patients (53-54).

Plus précisément, le PS est un outil qui a l'avantage de pouvoir anticiper et reproduire ses actions dans des conditions de sécurité optimales, puisqu'elles sont exercées hors de la présence d'un vrai patient ce qui lui permet de bénéficier d'un "droit à l'erreur".

Cependant, nous ne pouvions bénéficier d'un patient standardisé formé pour différentes raisons : manque de disponibilité, absence de financement pour la rémunération et les limites d'application à notre objectif principal évoquées plus haut. L'investigateur s'est donc employé et inspiré dans le rôle du PS sans avoir, à aucun moment, la prétention d'en être compétent.

La principale critique soulevée à l'encontre de cette méthode est la trop grande part de subjectivité du PS. La subjectivité est liée au manque de formation de l'investigateur au rôle du PS, le fait que le PS-investigateur appartient à la population étudiée et sur le fait d'être un nouveau patient. Cela a pu jouer sur la quantité et la qualité de la relation médecin-patient amenant ce caractère subjectif à l'entrevue qui est un biais d'information inévitable dans notre étude.

De plus, la seconde critique est le risque d'une influence involontaire de l'investigateur sur les réponses données par les participants. Hors premièrement, notre méthodologie considère le participant comme la source essentielle d'information de l'étude d'où la force du choix d'un entretien non directif. Deuxièmement, le PS s'est efforcé à respecter fidèlement le scénario et les modalités d'échanges et de réponses possibles. Enfin troisièmement, la subjectivité même du PS, lorsqu'elle est prise en compte dans le travail scientifique, peut servir de fondement même à la méthode dans l'ouverture des réponses possibles. Cela présente le pouvoir de la dimension compréhensive comme peut l'expliquer Strauss et al. (55) qui considèrent que les chercheurs qui pratiquent l'entretien ethnographique doivent, selon la règle d'or de l'observation participante, devenir membres de la situation qu'ils étudient : "la réussite des entretiens est à ce prix".

L'outil tel que proposé dans cette étude a bien rempli ses objectifs. Il rend l'analyse d'une prestation de soins de santé accessible à des personnels peu formés. Son usage est également plus modulable et moins chronophage. Nous avons pu ressentir tout de même le besoin d'une formation en amont de PS afin d'avoir une réalisation plus efficiente et d'en être plus à l'aise.

En outre, le scénario est réaliste, simple et adapté à la population étudiée et au contexte. Il permet aux participants de s'immerger dans une histoire bien contextualisée.

Ce dosage entre réalisme et fiction permet d'aborder les facteurs humains de manière à ne pas faire émerger des expériences douloureuses professionnelles ou personnelles.

Notre scénario a l'avantage de s'inscrire dans la prévention primaire voire secondaire et quaternaire. Cependant, aucun scénario ne peut explorer les 4 types de prévention à la fois.

Nous avons fait le choix de sélectionner un profil de patient standardisé à haut risque de cancer cutané de par son phototype et de par ses antécédents personnels et familiaux (facteurs de risque ayant le risque relatif le plus élevé) afin de susciter une expertise plus approfondie des médecins généralistes de l'étude.

Il est à noter que toutes les phases de l'entrevue ont été réalisées dans la bienveillance.

La première phase d'accueil, soignée par le thésard, est importante. Elle influence l'entrevue afin de créer un environnement propice aux échanges en mettant à l'aise les participants, entrer par empathie. Le libre choix du lieu de consultation, dans l'environnement habituel, a été une force.

Également, notre guide d'entretien nous a permis de cadrer l'entrevue et il a été validé par le DPO, renforçant le respect du cadre réglementaire.

L'enregistrement vocal seul a pu engendrer une perte d'information versus un enregistrement vidéo et audio, même si la communication non verbale ne faisait pas partie des éléments à analyser. Chaque communication non-verbale a, dans la mesure du possible, fait l'objet d'un commentaire oral pour limiter la perte d'information. En outre, le dictaphone a eu l'avantage de ne pas être intrusif et il limite le biais de mesure.

Le fait de ne pas couper la parole pour laisser libre court à la pensée des participants nous a permis de renforcer la production des réponses et questionnements. Enfin, ce sont les participants qui décident si la consultation est terminée pour ne pas compromettre un ou des résultats.

Ensuite, nous ne pouvions nous improviser dans l'étape du débriefing, une formation dans l'art et la science du débriefing est nécessaire. Cependant, cette étape est primordiale quand bien même elle ne fait pas l'objet d'une analyse/évaluation et qu'elle n'est, par conséquent, que partielle. En effet, elle fait partie de la boucle de la communication (56), grâce au feedback entre l'émetteur et le récepteur du message. Sans feedback, il n'y a pas de communication possible.

La grille d'évaluation a l'avantage d'inclure les 4 types de prévention. En effet, elle peut suivre tous les stades de la maladie : avant, pendant et après. Elle a également bénéficié d'une expertise par nos confrères spécialisés de l'équipe de dermatologie du CHU de Poitiers renforçant sa validité déjà bien établie par toutes les recommandations de sociétés savantes dont elle s'est inspirée et le respect des critères d'évaluation selon la reco HAS. Ainsi, elle

nous a permis d'apporter un support de consultation aux participants validés et de limiter le biais d'information.

Elle répond donc à notre objectif secondaire et est un bon outil à destination des médecins traitants ou tout autre spécialiste, des infirmier(e)s, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues qui sont ou seraient amenés à soit réaliser une prévention des cancers cutanés soit seraient face à une lésion suspecte.

Nous avons atteint le premier pallier de l'apprentissage (57) à savoir comprendre les situations avec des perspectives d'agir puis de transférer ses acquis.

Par contre, l'examen clinique étant simplement décrit par les participants et non réalisé, il était moins ancré dans la réalité et son interprétation est plus nuancée. En effet, les recommandations n'en font pas état, le principal étant qu'il soit réalisé corps entier. De plus, nous nous devons de respecter l'application des trois variables qualitatives ordinales pour l'uniformité de notre évaluation. Enfin, de nombreuses études ont déjà performé dans la dermoscopie et la télédermoscopie (58-63) et nous ne reviendrons pas sur la nécessité de l'examen clinique dermatologique à tous les niveaux de la prise en charge (64).

Nous notons une absence de biais de réalisation car tous les participants ont été soumis à la même grille d'évaluation. Cependant, c'est le thésard qui a été à la fois investigateur et PS, pouvant involontairement influencer les résultats. Ensuite, la double écoute par l'investigateur à 15 jours d'intervalle renforce la qualité de l'évaluation en limitant la perte de données.

Notre investigation a demandé, de la part de la population étudiée, une mise en condition réflexive, c'est-à-dire avoir des capacités à se distancer, à se remettre en cause et admettre ses éventuelles erreurs, savoir se questionner et se nourrir des réflexions des autres, savoir observer et écouter, accepter d'être confronté à soi et aux autres dans cette relation interpersonnelle soutenue. Les participants ont donc dû effectuer un certain nombre d'opérations mentales et intellectuelles. Elles ont pu être influencées par les conditions réelles et s'ils ont redouté de faire une erreur, activant un mauvais stress.

Les ressentis à chaud ont en grande majorité souligné la satisfaction de pouvoir effectuer une rencontre physique versus remplir un questionnaire. Nous pouvons le traduire par un seuil maximal de recrutement atteint dans un contexte de démographie médicale sous tension. Qui plus est, ce recrutement complet a été obtenu alors même que nous avons veillé à ne pas dévoiler le sujet précis qui a amené notre sollicitation de rencontre.

Conclusion :

Notre étude a montré, grâce à une méthodologie innovante et séduisante, que la prévention ambulatoire des cancers de la peau en médecine générale dans le département de la Vienne n'est pas maîtrisée. Il paraît donc évident d'apporter à minima et par l'intermédiaire de notre grille d'évaluation, un support de consultation performant. En complément, une formation sur ce domaine et la démocratisation de la téléexpertise permettront certainement de servir la qualité des soins. Une étude qualitative prospective au décours d'une de ces deux pistes d'amélioration semblerait appropriée.

Liste des tableaux

Tableau 1 : caractéristiques de la population

Tableau 2 : résultats de l'analyse principale

Annexes

Annexe 1 : Attestation sur l'honneur, étude en santé : Analyse de pratiques de soin des professionnels de santé



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Étude en santé : Analyse de pratiques de soin des professionnels de santé

Contexte : Afin de faciliter l'enregistrement de certaines thèses d'exercice, mémoires ou études en santé, un traitement générique garantissant sa mise en conformité au Règlement général sur la protection des données est proposé.

La collecte des données doit être faite par des entretiens semi-dirigés de professionnels de santé et doit répondre à la finalité principale suivante : « **Analyser les pratiques de soin des professionnels de santé** »

- L'objectif général de l'étude : Etudier la réalisation d'une consultation de prévention des cancers cutanés de médecins généralistes du département de la Vienne, tirés au sort et volontaires, par un patient standardisé et à l'aide d'une grille d'évaluation.
- L'étudiant chargé de l'étude : GAUDET Laurent, laurent.gaudet@etu.univ-poitiers.fr
- L'encadrant : Pr ARCHAMBAULT Pierrick, pierrick.archambault@univ-poitiers.fr

Par ailleurs, ce traitement autorise, moyennant un formulaire adapté, une captation de la voix des personnes interrogées et ne doit pas traiter de données de santé ou toute autre donnée sensible - au sens de l'article 9.1 de la RGPD - des personnes interrogées. Les catégories de données autorisées à être collectées peuvent être :

- Des données relatives à l'identité de la personne (état-civil, identité, données d'identification, adresse mail...);
- Et des données professionnelles de la personne (durée d'installation, le milieu dans lequel le professionnel de santé exerce, pratiques professionnelles...).

IMPORTANT : En signant cette attestation sur l'honneur vous vous engagez à ce que le traitement que vous mettez en œuvre respecte en tous points les mesures organisationnelles et techniques déclarées sur le registre des traitements des données à caractère personnel de l'Université de Poitiers dont les détails sont précisés infra.

Vous vous engagez également à fournir au DPO tous les documents qui serviront à

documenter la fiche de traitement (Ex : Formulaire, questionnaire, guide d'entretien, etc..)

Mesures organisationnelles :

- Les personnes concernées signent une autorisation de captation de la voix contenant leur nom, prénom, signature, adresse mail et code de pseudonymisation (Annexe 3) ;
- Les personnes concernées lisent le formulaire d'information conforme RGPD avant de débiter l'entretien (Voir Annexe 2) ;
- L'entretien est enregistré sur un dictaphone (pas de téléphone portable) ;
- Aucune donnée identifiante (Nom, prénom, n° de téléphone, etc...) ne sera contenue dans l'enregistrement audio ;
- A l'issue de l'entretien, l'enregistrement contenu dans le dictaphone est rapidement enregistré sur un support amovible chiffré dédié à la recherche. Le fichier audio est immédiatement effacé du dictaphone ;
- Les données de la recherche sont exclusivement traitées sur le support amovible chiffré (disque dur externe, clef USB) afin d'assurer un cloisonnement des données et éviter tout mélange avec ses propres données personnelles ;
- Les formulaires de captation de la voix, servant également de table de correspondance, sont stockés dans un endroit sécurisé défini par le directeur de thèse/mémoire séparément des données traitées pour la recherche ;
- Le fichier contenant l'enregistrement audio est effacé immédiatement après la transcription.

Mesures techniques

- Les données utilisées pour la recherche (Transcriptions, fichier excel, etc...) sont pseudonymisées ;
- Le support amovible doit être chiffré en AES 256. Outil conseillé : VeraCrypt : <https://www.veracrypt.fr/code/VeraCrypt/>) ;
- L'ordinateur utilisé pour le traitement des données doit être accessible par un login et un mot de passe conforme aux préconisations de la CNIL ;
- L'ordinateur utilisé pour le traitement des données est équipé d'un anti-virus à jour ;
- *Optionnel mais conseillé* : Les données brutes de la recherche peuvent faire l'objet d'une copie de sécurité sur le serveur de l'Université ou un support annexe chiffré

conservé par une personne de confiance.

Je soussigné, ARCHAMBAULT Pierrick intervenant en tant que Professeur Associé en Médecine Générale, directeur de la présente thèse, 2 rue Magellan, 79250 Nueil-Les-Aubiers, atteste que le traitement de données à caractère personnel permettant d'effectuer l'étude « Prévention des cancers cutanés en médecine générale dans le département de la Vienne », et dont je suis l'encadrant, sera mené en conformité avec le Règlement (UE) n°2016/679 et respectera en tous points les mesures organisationnelles et techniques citées supra.

Fait à Nueil-les-aubiers, le 16/01/2024

Signature

Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
01 - GENERALISTE Conventionné
2 rue Magellan
79250 NUEIL-LES-AUBIERS TEL 05 49 65 61 02
79 1 01634 8 / 0 1 20 1



Annexe 2 : Protection des données personnelles, information destinée aux participant.e.s



L'Université de Poitiers met en œuvre un traitement de vos données personnelles dans le cadre de la réalisation d'une étude en santé.

L'Université de Poitiers est attachée à la protection de la vie privée de la communauté universitaire dans le respect du règlement européen (UE) 2016/679 du parlement Européen et du Conseil du 27 Avril 2016 et de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée.

Ces textes imposent au responsable de traitement une mise à disposition d'une information claire, compréhensible et facilement accessible par les personnes concernées par le traitement.

Responsable de traitement

L'Université de Poitiers, représentée par Mme la Présidente, est responsable de traitement.

Bases juridiques du traitement

Mission d'intérêt public (Article 6.1.e RGPD) : En vertu de l'article L123-2 de code de l'éducation.

Finalités du traitement

- Analyser les pratiques de soin des professionnels de santé : Etudier une prestation de soins de santé par les médecins généralistes du département de la Vienne, tirés au sort et volontaires, par un patient standardisé et à l'aide d'une grille d'évaluation.
- Rédiger une transcription exacte et fidèle de l'entretien par un enregistrement de la voix ;
- Production de publications anonymes.

Destinataires des données

- Le directeur de thèse/mémoire ;
- L'étudiant menant l'étude ;
- Seul l'étudiant menant l'étude est destinataire de l'enregistrement audio.

Transfert de données

Aucun transfert de données n'est effectué en dehors de l'Union Européenne.

Durée de conservation

- 2 ans après les dernières publications ;

- 3 mois pour les enregistrements audio.

Exercice de vos droits

Vous disposez du droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'UFR Médecine/Pharmacie de l'Université de Poitiers ou auprès du délégué à la protection des données à l'adresse dpo@univ-poitiers.fr.

Si la réponse apportée demeurerait insatisfaisante, il est possible d'adresser une réclamation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) :

3 place de Fontenoy

TSA 80715

74334 Paris Cedex 07

www.cnil.fr

Annexe 3 : Modèle autorisation de captation et d'exploitation d'images, d'enregistrements audio et / ou vidéo

Vu le Code civil, en particulier son article 9,

Vu le Code de l'éducation,

Vu le Code de la propriété intellectuelle,

Vu la Loi Informatique et libertés,

Vu le Règlement général sur la protection des données,

Civilité	M. <input type="checkbox"/>	Mme. <input type="checkbox"/>
NOM, Prénom		
Code de pseudonymisation		
Adresse électronique		

Dans le cadre de sa thèse pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées en médecine générale, Monsieur GAUDET Laurent organise un entretien et souhaite vous enregistrer avec une captation intégrale dans le but d'étudier la réalisation d'une consultation de prévention des cancers cutanés de médecins généralistes du département de la Vienne, tirés au sort et volontaire.

L'exploitation et la conservation des données collectées se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. Les enregistrements ne seront pas conservés au-delà de la période indiquée.

Vous disposez de droits d'accès à vos données, de rectification et de retrait de votre consentement.

Titre de l'étude	Prévention ambulatoire des cancers cutanés en médecine générale dans le département de la Vienne (86)		
But du projet (finalité)	Faire un état des lieux des pratiques en matière de prévention des cancers cutanés en médecine générale		
Investigateur(s) et personne(s) responsables(s) du projet	Nom	Prénom	Fonction
	GAUDET ARCHAMBAULT	Laurent Pierrick	Interne en médecine générale Professeur Associé Médecine Générale
Captation	Photographie <input type="checkbox"/>	Voix <input type="checkbox"/>	Vidéo <input type="checkbox"/>
Exploitation	Durée	2 mois	
	Lieu(x) / contexte(s) (le cas échéant)	[modalités de diffusion et de reproduction]	
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input type="checkbox"/>
Conservation	Durée	2 mois	
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input type="checkbox"/>
Exercice des droits (accès, rectification, effacement)	Délégué à la protection des données - dpo@univ-poitiers.fr		

Je soussigné(e) _____, reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la captation et l'exploitation de ma voix, à titre gratuit, selon les modalités ainsi définies.

Fait à _____, le _____

Signature

Annexe 4 : Guide d'entretien standardisé

1. Pièce : Le choix aux participants de la pièce, le plus à l'aise (bureau de consultation par défaut)

2. Cadre réglementaire : Puis le médecin généraliste est informé du protocole réglementaire et du respect du règlement général sur la protection des données (Annexe 1 et 2). Il signe son consentement à sa participation volontaire pour une évaluation d'une prestation de soins de santé et à son enregistrement vocal

3. Débuter l'enregistrement vocal

4. Présentation réciproque : L'investigateur se présente et demande au participant de se présenter en retour.

5. Données socio-démographiques sont collectées : âge, MSU oui/non, ainsi que leur mode et lieux d'exercice (E ou P)

6. Rappels = briefing technique : durée 15 à 20 min maximum, confidentialité, sans jugement, thème général sur une situation donnée et non sur votre pratique globale

Les échanges possibles mais la source d'information essentielle c'est vous, vous dirigez/menez comme à votre habitude

de, vous utilisez le support de votre choix (connaissances, support physique ou numérique...), pas de mauvaise réponse, "tout le monde fera des erreurs"...

Briefing du cas clinique : l'investigateur devient PS, il est donc physiquement réel. Si examen clinique il y a, en faire la description et non la réalisation.

7. Scénario : Mr D. Alexandre, né le 17/07/2005, est tout juste bachelier. Il a un projet de travail pendant les deux mois de vacances scolaires d'été en tant que releveur de compteur d'eau. Ce n'est pas le premier travail saisonnier qu'il réalise. Il a besoin d'une consultation le rassurant face à l'exposition solaire que ce poste estival en extérieur permanent implique.

Son phototype est de type 2 et il a les yeux clairs (critères observables par les participants).

Si des questions sont posées, voici les réponses possibles à apporter : il a pour antécédent personnel un coup de soleil vers 9 ans dont il se souvient pour la douleur qu'il a provoqué et une exposition solaire non restrictive de la part de ses parents dans l'enfance avec une faible protection solaire.

Egalement, il a pour antécédents familiaux deux oncles maternels ayant eu un mélanome, sans précision.

En dehors de ces détails sur le profil du patient standardisé, si le praticien a d'autres questions, elles seront négatives et/ou incertaines ("je ne sais pas/plus").

Demander si le participant est prêt à commencer la consultation.

8. Debrief : pas d'analyse mais recueil des ressentis à chaud, partage de la grille d'évaluation

9. Stop enregistrement

Annexe 5 : Attestation d'enregistrement au registre du DPO



Université de Poitiers – Délégué à la protection des données

15 rue de l'Hôtel Dieu - 86000 Poitiers

05 49 36 60 05

dpo@univ-poitiers.fr

La délivrance de ce certificat signifie que votre traitement a été porté au registre tenu par le délégué à la protection des données de l'Université de Poitiers et que votre dossier est complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement.

En tout état de cause, vous êtes tenus de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1 - la définition et le respect des finalités du traitement.
- 2 - la pertinence des données traitées.
- 3 - la conservation pendant une durée limitée des données.
- 4 - la sécurité et la confidentialité des données.
- 5 - le respect des droits des personnes concernées par le traitement : information sur leur droit d'accès, de rectification, à l'effacement et d'opposition.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par e-mail ou en renseignant le formulaire accessible à la page suivante :

<https://rgpd.appli.univ-poitiers.fr/plugins/formcreator/front/formdisplay.php?id=1>

Pascal MARTIN

Délégué à la protection des données de l'Université de Poitiers

Référence du traitement	20248
Date d'enregistrement	23/01/2024
Responsable de traitement	Université de Poitiers – 15 rue de l'Hôtel Dieu – 86000 Poitiers
Référent opérationnel	GAUDET Laurent
Nom du traitement	Etudier une prestation de soins de santé par les médecins généralistes du département de la Vienne

Annexe 6 : Grille d'évaluation

A. Liste des thèmes des facteurs de risque connus et probables

1. Questions relatives aux antécédents oncodermatologiques : A-t-il des antécédents personnels et/ou familiaux de cancers de la peau ? (0 ; 1 ; 2)
2. Questions relatives à l'exposition aux UV :
 - Bronze-t-il difficilement ou est-il sujet aux coups de soleil ? (0 ; 1 ; 2)
 - Sujet ayant vécu dans des pays très ensoleillés ? (0 ; 1 ; 2)
 - Exposition accrue au rayonnement UV naturels (UVA et UVB principalement) ? (0 ; 1 ; 2)
 - Exposition accrue au rayonnement UV artificiels (cabines de bronzage, soudure à l'arc) ? (0 ; 1 ; 2)
 - Exposition accrue au rayonnement UV entraînant des coups de soleil (oui/non, quantification) ? (0 ; 1 ; 2)
 - Coups de soleil dans l'enfance (Oui/non, quantification en nombre et degré de brûlure (à partir d'un second degré notamment)) (0 ; 1 ; 2)
 - Phototype 1 et 2 et/ou les yeux clairs ? (0 ; 1 ; 2)
3. Questions relatives à la présence éventuelle d'atypies dermatologiques à risque :
 - A-t-il beaucoup de nævi (≥ 40) ? (0 ; 1 ; 2)
 - Des nævi larges (+ de 5 mm) et/ou irréguliers ? (0 ; 1 ; 2)
 - Nævi congénitaux géants >20 cm et/ou atypiques ? (0 ; 1 ; 2)
 - Des éphélides et/ou xeroderma pigmentosum ? (0 ; 1 ; 2)
 - Des kératoses actiniques et/ou kératoacanthome ? (0 ; 1 ; 2)
 - Héliodermie ? (0 ; 1 ; 2)
4. Questions relatives à l'immunodépression :

Est-il immunodéprimé, que cette immunodépression soit constitutionnelle ou acquise (traitement immunosuppresseur, VIH-sida, polyomavirus à cellule de Merkel...) ? (0 ; 1 ; 2)
5. Questions relatives à certaines prises médicamenteuses (hors immunosuppresseurs) photosensibilisantes ? (0 ; 1 ; 2)

C'est le cas par exemple de :

Certains traitements médicamenteux (azathioprine, cyclosporine, méthoxsalène, hydrochlorothiazide, moutarde à l'azote...) ou procédé thérapeutique (PUVAthérapie, radiothérapies à visée diagnostique ou thérapeutique) ou virus (VIH) peuvent augmenter le risque soit en sensibilisant la peau aux UV, soit en affaiblissant le système immunitaire.

6. Questions relatives aux facteurs professionnels et/ou environnementaux :

Travaille-t-il ou a-t-il travaillé à un poste qui l'expose à des facteurs de risque de cancer de la peau : UV, arsenic, crésotes, hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), rayonnements ionisants (X ou gamma), composés inorganiques dans l'eau de boisson, biphényles polychlorés (PCBs), suies de cheminées, « *shale-oils* », ou « *coal-tar pitch* » et distillation de « *coal-tar* » ? (0 ; 1 ; 2)

C'est le cas des personnes exerçant un travail en extérieur ou de celles qui font de la soudure des métaux, de la sidérurgie, de la radiologie médicale et industrielle, ou qui utilisent des pesticides arsenicaux.

B. Les modalités de prévention :

- la protection vestimentaire via : le port de vêtements adaptés, lunettes de soleil adaptées, couvre-chef. (0 ; 1 ; 2)

- la protection comportementale : éviter l'exposition au soleil de midi à seize heures, la mise à l'ombre, s'hydrater (0 ; 1 ; 2)

- l'application de crème solaire et écran total, protégeant contre les UVA et UVB (0 ; 1 ; 2)

- Modalités d'application de la crème solaire et écran total : toutes les deux heures minimum, systématiquement après la baignade, localisations d'application en zone photo exposée (0 ; 1 ; 2)

C. Education à l'auto-dépistage :

- explication du ABCDE : peau qui diffère des autres selon au moins un des critères de la règle ABCDE (respectivement Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur non homogène, Diamètre en augmentation et l'Évolution, critère le plus pertinent, rapide de la taille, la forme, la couleur ou de l'épaisseur sur peau saine (dans 80% des cas) ou non (20%), (0 ; 1 ; 2)

- explication du principe du « vilain petit canard » : naevus ou tâche qui se démarque des autres et consulter (la peau qui change, qui saigne et qui ne cicatrise pas ou un grain de beauté qui apparaît et évolue rapidement) (0 ; 1 ; 2)

- explication de l'auto-examen : tous les 4 mois en examen direct, miroir sur pied/vertical + miroir à main ou à l'aide d'une tierce personne (0 ; 1 ; 2)

- une consultation annuelle chez le dermatologue est recommandée si > ou égale à 1 facteur de risque et une consultation dermatologique en urgence si > ou égale à 2 critères ABCDE. (0 ; 1 ; 2)

D. Examen clinique : pas fait, fait partiellement, corps entier (0 ; 1 ; 2) ; l'outil clinique est laissé libre (dermoscope, loupe...) et sera pris en note simple.

Bibliographie :

1. OMS. Définition du cancer. [consulté le 16 décembre 2023]. Disponible : https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab_1
2. Jamouille M., Roland M. Quaternary prevention. Wonca Classification Committee, HongKong, 1995.
3. OMS. Définition de la prévention. [consulté le 16 décembre 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
4. Lapôtre-Ledoux B., Remontet L., Uhry Z., Dantony E., Grosclaude P., Molinié F et al. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n°12-13. 2023.
5. Santé publique France. Cancers de la peau [consulté le 11 décembre 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancers-de-la-peau/les-maladies/#tabs>
6. OMS. Rayonnement UV et cancer de la peau [consulté le 11 décembre 2023]. Disponible : [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer)
7. Thieden E., Philipsen P., Sandby-Moller J., Heydenreich J., Wulf H. Proportion of lifetime UV dose received by children, teenagers and adults based on time-stamped personal dosimetry. The Journal of Investigative Dermatology. 2004 Dec;123(6):1147-50.
8. Haute autorité de santé. Mélanome cutané : la détection précoce est essentielle. 11 Février 2020. [consulté le 11 décembre 2023] Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974838/fr/melanome-cutane-la-detection-precoce-est-essentielle
9. Dépistage des cancers : recommandations et conduites à tenir. Les Cancers en France – Institut national du cancer, Édition 2017
10. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, version consolidée au 24 mars 2012. article 9. [consulté le 14 décembre 2023] Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000441469/>
11. Glazer AM., Rigel DS., Winkelmann R. Clinical Diagnosis of Skin Cancer: Enhancing Inspection and Early Recognition. Dermatologic Clinics. 2017 Oct;35(4):409-416.
12. Townsend T. Diagnosis and management of melanoma in a rural general practice. Journal of Primary Health Care. 2018 Oct;10(3):207-209.
13. Grant MP., Helsper CW., Stellato R., Van Erp N., Van Asselt KM., Slottje P. et al. The Impact of the COVID Pandemic on the Incidence of Presentations with Cancer-Related Symptoms in Primary Care. Cancers (Basel). 2022 Oct 30;14(21):5353.
14. Halpern AC., Hanson LJ. Awareness of knowledge of and attitudes to nonmelanoma skin cancer and actinic keratosis among physicians. International Journal of Dermatology. 2004 Sep;43(9):638-42.
15. 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. British Medical Journal Open. 2017 Jan 30;7(1):e013033.
16. Najmi M., Brown AE., Harrington SR., Farris D., Sepulveda S., Nelson KC. A systematic review and synthesis of qualitative and quantitative studies evaluating provider, patient, and health care system-related barriers to diagnostic skin cancer examinations. Archives of Dermatological Research. 2022 May;314(4):329-340.

17. Détection précoce des cancers de la peau - Médecins généralistes
Collection : Outils pour la pratique des médecins généralistes - Prévention et dépistage / Dépistage du cancer de la peau. Institut national du cancer. Octobre 2016.
18. Dolan N., Martin GJ., Robinson JK., Rademaker AW. Skin cancer control practices among physicians in a university general medicine practice. *Journal of General Internal Medicine*. 1995 Sep;10(9):515-9.
19. Institut national pour le cancer. Épidémiologie des cancers cutanés. [consulté le 11 décembre 2023]. Disponible : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Epidemiologie>
20. Houd S., Prévention et dépistage des cancers de la peau : quelle implication des médecins généralistes dans la pratique de tous les jours ? Juin 2015
21. Hornung RL., Hansen LA., Sharp LK., Poorsattar SP., Lipsky MS. Skin cancer prevention in the primary care setting: assessment using a standardized patient. *Pediatric Dermatology*. 2007 Mar-Apr;24(2):108-12.
22. Johnson N., Mant D., Newton J., Yudkin PL. Role of primary care in the prevention of malignant melanoma. *British Journal of General Practice*. 1994 Nov;44(388):523-6.
23. Liste des médecins généralistes du département de la Vienne. [consulté le 18 Janvier 2024]. Disponible : https://annuaire.sante.ameli.fr/?type=ps&ps_nom=D&ps_localisation=91480
24. Outil pour la réalisation d'un tirage au sort. [consulté le 19 Janvier 2024]. Disponible : <https://www.dcode.fr/tirage-au-sort>
25. Irving G., Neves AL., Dambha-Miller H., Oishi A., Tagashira H., Verho A. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *British Medical Journal*. 2017 Nov 8;7(10):e017902.
26. Panorama des Cancers en France. Institut national du cancer. 2023
27. Cancers de la peau : s'informer et se protéger. Guide pratique Institut national du cancer. Novembre 2022
28. World cancer research fund international. Diet, nutrition, physical activity and skin cancer. [consulté le 9 janvier 2024]. Disponible : <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/skin-cancer.pdf>
29. HAS. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané ». Janvier 2013. [consulté le 14 janvier 2024]. Disponible : 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
30. HAS. Mélanome cutané : la détection précoce est essentielle. 11 Février 2020. [consulté le 11 décembre 2023] Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974838/fr/melanome-cutane-la-detection-precoce-est-essentielle
31. Centre de lutte contre le cancer, Léon Bérard. Cancer de la peau - non mélanome (carcinome). [consulté le 14 janvier 2024]. Disponible : <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/cancers/cancer-de-la-peau-non-melanome-carcinome/>
32. HAS. Élaborer et mettre en œuvre des critères de qualité. Juillet 2013. [consulté le 9 janvier 2024]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/critere_de_qualite_format2elics.pdf
33. Rat C., Houd S., Gaultier A., Grimault C., Quereux G., Mercier A. et al., Proposal for an annual skin examination by a general practitioner for patients at high risk for melanoma: a French cohort study. *British Medical Journal Open*. 2015 Jul 29;5(7):e007471.

34. Margolis SA. Skin cancer medicine integral to Australian general practice. *Australian Journal of General Practice*. 2019 Jun;48(6):343.
35. Dixon AJ., Hall RS. Managing skin cancer-23 golden rules. *Australian Family Physician*. 2005 Aug;34(8):669-71.
36. Friedman KP., Whitaker-Worth DL., Grin C., Grant-Kels JM. Melanoma screening behavior among primary care physicians. *Cutis*. 2004 Nov;74(5):305-11.
37. Brown AE., Najmi M., Duke T., Grabell DA., Koshelev MV., Nelson KC. The summer skin check. *Journal of General Internal Medicine*. 2022 Jul; 37(9): 2267–2279.
38. O'Connor KM., Chien AJ. Management of melanocytic lesions in the primary care setting. *Mayo Clinic Proceedings*. 2008 Feb;83(2):208-13; quiz 213-4.
39. Degomme L., Boon G., Brun G., Caffy C., Camiade N., Guevara F. et al. La simulation en santé. Décembre 2022
40. HAS. Bonnes pratiques en matière de simulation en santé. [consulté le 11 Décembre 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf
41. Cifuni M., Stoddard C., Witt S., Pfennig-bass C., Pittman M. A Standardized Patient Experience : Elevating Interns to Expected Level of Clinical Competency. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2020 Nov 20;22(1):37-40
42. Meyer D., Fearnow B., Smith HL., Morgan GS., Rocio B. Implementing Standardized Patient Caregivers to Practice Difficult Conversations in a Pediatric Dentistry Course. *MedEdPORTAL*. 2022; 18: 11201.
43. Papanagnou D., Klein MR., Chi Zhang X., Cameron KA., Doty A., McCarthy DM., Rising KL., Salzman DH. Developing standardized patient-based cases for communication training : lessons learned from training residents to communicate diagnostic uncertainty, *Advances in simulation*. 2021 Jul 22;6(1):26.
44. HAS. Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques. [consulté le 14 Décembre 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807236/fr/staffs-d-une-equipe-medico-soignante-groupes-d-analyse-de-pratiques
45. HAS. EPP en médecine ambulatoire. [consulté le 14 Décembre 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_736246/cd-rom-epp-en-medecine-ambulatoire-2008
46. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. [consulté le 14 Décembre 2023]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000810646#:~:text=Elle%20vise%20à%20promouvoir%20la,le%20respect%20des%20règles%20déontologiques.>
47. HAS. Critères d'EPP en médecine générale. [consulté le 14 Décembre 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_796192/criteres-depp-en-medecine-generale
48. HAS. Critères d'EPP en oncologie. [consulté le 14 Décembre 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_832474/criteres-depp-en-cancerologie
49. Jean-Baptiste. La «neutralité» dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence. In: *Politix*, vol. 9, n°35, Troisième trimestre 1996. Entrées en politique. Apprentissages et savoir-faire. pp. 207-225)
50. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, 1975, 16 (2), pp.229-247.
51. Beaud S. L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour "l'entretien ethnographique". 1996. pp. 226-257
52. Kaufmann JC., *L'entretien compréhensif*. 1996.
53. Jackson A., Wilkinson C., Ranger M., Pill R., August P. Can primary prevention or

- selective screening for melanoma be more precisely targeted through general practice? A prospective study to validate a self administered risk score. *British Medical Journal*. 1998 Jan 3;316(7124):34-8; discussion 38-9.
54. Falk M., Anderson C. Prevention of skin cancer in primary healthcare: an evaluation of three different prevention effort levels and the applicability of a phototest. *European Journal of General Practice*. 2008;14(2):68-75.
55. Lévi-Strauss C. *Mythologiques, le cru et le cuit*. 1964
56. Wiener N. *Cybernetics or control and communication in the human and machine*. 1948.
57. Ministère de la santé et des sports. *Référentiel infirmier*. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
58. Chamberlain A., Jonathan N. Cutaneous melanoma-atypical variants and presentations, *Australian Family Physician*. 2009 Jul;38(7):476-82.
59. Chappuis P., Duru G., Marchal O., Girier P., Dalle S., Thomas L. Dermoscopy, a useful tool for general practitioners in melanoma screening: a nationwide survey. *British Journal of Dermatology*. 2016 Oct;175(4):744-50.
60. Rosendahl C. Dermatoscopy in general practice. *British Journal of Dermatology*. 2016 Oct;175(4):673-4.
61. Usatine RP., Shama LK., Marghoob A., Jaimes N. Dermoscopy in family medicine: A primer. *Journal of Family Practice*. 2018 Dec;67(12):E1-E11.
62. Grimaldi L., Silvestri A., Brandi C., Nisi G., Brafà A., Calabro M. et al. Digital epiluminescence dermoscopy for pigmented cutaneous lesions, primary care physicians, and teleradiology: a useful tool ?. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2009 Aug;62(8):1054-8.
63. Van Sinderen F., Tensen E, Van der Heijden JP., Witkamp L., Jaspers M., Peute L. Is Teledermoscopy Improving General Practitioner Skin Cancer Care ?. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2019 Aug 21;264:1795-1796.
64. Eden KB., Orleans CT., Mulrow CD., Pender NJ., Teutsch SM. Does Counseling by Clinicians Improve Physical Activity? A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2002 Aug 6;137(3):208-15.



UNIVERSITÉ DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



Résumé :

Objectif : Réaliser un état des lieux des pratiques ambulatoires en médecine générale, dans le département de la Vienne, dans l'identification des facteurs de risque et dans la prévention des cancers cutanés en termes de conseils et examen clinique.

Matériel et méthodes : Notre enquête de terrain a été observationnelle descriptive prospective. Elle a réalisé des entretiens non directifs auprès de 20 médecins généralistes du département tirés au sort et volontaires. Ces entretiens ont été associés au cadre de la simulation en santé via le patient standardisé comme source d'inspiration principale et complétés par d'autres méthodes que sont l'analyse de la pratique et l'évaluation des pratiques professionnelles.

L'évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation préalablement établie et validée.

Résultats : Nous avons identifié une méconnaissance partielle du sujet abordé par les médecins généralistes qui est au détriment de la qualité de la prise en charge. Certains items sont peu voire pas évoqués et lorsqu'ils le sont, ils ne sont que très rarement approfondis.

Conclusion : Notre étude a montré, grâce à une méthodologie innovante et séduisante, que la prévention ambulatoire des cancers de la peau en médecine générale dans le département de la Vienne n'est pas maîtrisée. Il paraît donc évident d'apporter à minima et par l'intermédiaire de notre grille d'évaluation, un support de consultation performant. En complément, une formation sur ce domaine et la démocratisation de la téléexpertise permettront certainement de servir la qualité des soins. Une étude qualitative prospective au décours d'une de ces deux pistes d'amélioration semblerait appropriée.

Mots clés : Prévention, cancers cutanés, médecine générale, simulation en santé, entretien non directifs