

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Sara HOUD

Née le 24/06/1985 à Oullins (69)

Présentée et soutenue publiquement à Nantes le 16 juin 2015

**PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES CANCERS DE LA PEAU:
QUELLE IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DANS LA PRATIQUE DE TOUS LES JOURS ?**

Président : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur : Monsieur le Docteur RAT Cédric

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Sara HOUD

Née le 24/06/1985 à Oullins (69)

Présentée et soutenue publiquement à Nantes le 16 juin 2015

**PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES CANCERS DE LA PEAU:
QUELLE IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DANS LA PRATIQUE DE TOUS LES JOURS ?**

Président : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur : Monsieur le Docteur RAT Cédric

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. PROCACCIO
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GINIÈS, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique
DIQUET Bertrand	Pharmacologie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie

GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LEROLLE Nicolas	Réanimation
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation
MERCIER Philippe	Anatomie
MILEA Dan	Ophthalmologie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique

SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne
BELLANGER William	Médecine générale
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRIET Marie	Pharmacologie
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
CONNAN Laurent	Médecine générale
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FERRE Marc	Biologie moléculaire
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
HINDRE François	Biophysique
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOUEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Histologie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie

PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie

COMPOSITION DU JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Cédric RAT

Membres du jury : Madame le Professeur Gaëlle QUEREUX

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Monsieur le Docteur Jean-Michel NGUYEN

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury, pour leur temps consacré à juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, je vous en remercie.

Trouvez ici le témoignage de ma gratitude pour l'intérêt que vous portez à ce travail et pour l'implication que vous manifestez dans un enseignement de qualité en médecine générale.

A Madame le Professeur Gaëlle QUEREUX,

Vous me faites l'honneur de bien vouloir siéger dans le jury de cette thèse, je vous en remercie.

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse, recevez toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel NGUYEN,

Vous me faites le plaisir de participer à mon jury de thèse, recevez mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Cédric RAT,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour tout l'engagement et l'énergie que tu y as mis, ainsi que pour ta patience au cours de l'élaboration de ce travail.

A Messieurs les Professeurs Laurent Letrilliart et Alain Mercier, sans qui ce travail n'aurait pu se faire. Merci de m'avoir permis d'exploiter les données de la base ECOGEN, et merci pour vos précieux conseils. Merci également aux médecins ayant participé à l'étude et aux internes ayant recueilli les données.

A Aurélie Gaultier, pour sa disponibilité et son aide précieuse dans l'élaboration des calculs statistiques de notre étude.

A tous mes maîtres de stage, et à tous les médecins qui ont contribué à mon enseignement

de la médecine. Merci en particulier à ceux qui ont su me faire aimer la médecine générale.

A toute l'équipe de dermatologie du CHU d'Angers, et à mes anciens co-internes Charles et Panteha.

A mes co-internes du Bailleul.

A mes anciens co-externes de la faculté de médecine Lyon-Nord, et à mes anciens collègues de Lyon-Sud. Merci en particulier à Elodie et Julie. Ces années d'externat à vos côtés ne sont que de bons souvenirs.

A ma famille, mes parents et ma sœur Linda. Merci pour tout votre soutien, et vos encouragements en toutes circonstances.

A mon Baptiste pour tout ton amour, ton aide et ta compréhension.

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
RÉSUMÉ	12
INTRODUCTION	14
MATÉRIEL ET MÉTHODES	16
1- Design de l'étude	16
2- Collecte des données	17
. Identification des consultations étudiées	
. Critères de jugement	
. Autres données recueillies	
3- Plan d'analyse statistique	18
4- Aspects éthiques et réglementaires	19
RÉSULTATS	20
1- Caractéristiques générales des consultations	20
2- L'implication des médecins généralistes	22
DISCUSSION	26
1- Résultats principaux	26
2- Interprétation	26
3- Forces et faiblesses	28
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
LISTE DES FIGURES ET TABLES	35
ANNEXES	36
Annexe 1 : Protocole de l'étude ECOGEN	36
Annexe 2 : Classification Internationale des Soins Primaires-2 (CISP-2)	43
Annexe 3 : Formulaire de recueil de données des patients	45
Annexe 3 bis : Formulaire de recueil de données des médecins	46
Annexe 4 : Manuscrit soumis	47

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ALD :** **Affection Longue Durée**
- AME :** **Aide Médicale d'État**
- AT :** **Accident de Travail**
- CISP-2 :** **Classification Internationale des Soins Primaires-2**
- CMU :** **Couverture Médicale Universelle**
- ECOGEN :** **Éléments de la Consultation en médecine GENérale**
- MP:** **Maladie Professionnelle**
- OD :** **Onco-Dermatologie**
- D :** **Dermatologie**
- ND :** **Non Dermatologie**
- OR :** **Odds Ratio**
- WONCA :** **World Organization of National Colleges, Academies *and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.***

RÉSUMÉ

Contexte :

L'incidence des cancers cutanés, la corrélation entre la précocité du diagnostic et le pronostic, ainsi que l'organisation de notre système de santé actuel plaident en faveur du dépistage et d'actions de prévention en médecine générale. Cependant, l'implication spontanée des médecins généralistes dans le domaine de la prévention et du dépistage du cancer de la peau n'est pas bien connue. L'objectif de notre étude était de décrire l'implication spontanée des médecins généralistes dans ce domaine afin d'identifier des pistes d'amélioration.

Méthode :

Il s'agissait d'une étude observationnelle. Cinquante-quatre internes en stage chez le praticien ont recueilli les données de 20 781 consultations réalisées par 128 médecins généralistes durant la période d'hiver de décembre 2011 à avril 2012, en utilisant la classification internationale des soins primaires. Les consultations ont été classées en : consultations abordant la problématique des cancers de la peau, consultation abordant une problématique de dermatologie courante, et consultations sans rapport avec la dermatologie, en fonction des codes figurant en motif, procédure, ou résultat. Une sollicitation venant du patient a été recherchée dans les motifs de consultation, et la nature de l'implication du médecin a été caractérisée à partir des procédures: éducation, examen clinique, orientation vers un médecin, biopsie.

Résultats :

Dans 70.7% des consultations abordant la problématique des cancers de la peau, les procédures relevaient de la seule implication du médecin. Cette implication était plus

importante chez les plus de 50 ans (OR = 6,26 [1,48-36,72]). L'éducation (5.7% vs 16.9 %, p<0.001) et la réalisation d'un examen clinique (67.5% vs 97.1%, p<0.001) étaient moins fréquentes que dans les autres consultations, contrairement à l'orientation vers un confrère (39.0 % vs 12.1 %, p<0,001).

Conclusion :

L'implication du médecin généraliste est active. Toutefois, l'implication dans l'éducation pourrait vraisemblablement être développée, et de futures études devraient explorer les raisons de la faible implication observée dans l'examen clinique.

MOTS CLÉS : cancers cutanés, prévention, dépistage, médecine générale

INTRODUCTION

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

L'incidence des cancers cutanés est en augmentation depuis plusieurs années et les cancers cutanés sont les plus fréquents des cancers humains [1, 2]. Au total, le risque cumulé d'incidence des cancers cutanés à l'échelle d'une vie peut être estimé à 15% [3]. Aux États-Unis, la prise en charge des cancers de la peau fait partie des 5 plus grosses dépenses de Medicare [4, 5]. L'incidence serait 10 fois plus élevée entre 60 et 70 ans [6]. En effet, environ 80% des cancers cutanés non-mélaniques surviennent après l'âge de 60 ans [7, 8]. Un cancer diagnostiqué sur trois est un cancer de la peau, et un patient sur cinq présentera un cancer cutané au cours de sa vie [9].

La lourdeur de la prise en charge est corrélée à la précocité du diagnostic [10]. Le mélanome est plus rare (10% des cancers de la peau) mais il est potentiellement plus grave. Le taux de survie à 5 ans dépend de la précocité du diagnostic, variant de 95 % (Breslow < 1 mm) à 60 % (Breslow > 4 mm) [11, 12].

La prévention primaire est basée sur la protection solaire et la réduction, voire l'évitement, des expositions solaires. Le dépistage est recommandé dans les populations ayant des facteurs de risque : un antécédent personnel ou familial de mélanome, un nombre de nævi supérieur à 40, la présence de nævi atypiques, un phénotype cutané I ou II, la présence d'éphélides, et des antécédents de coups de soleil dans l'enfance [13, 14, 15].

Plusieurs raisons incitent à mener des actions de prévention en soins primaires. L'une d'elles est l'écologie de la santé: les patients consultant un spécialiste sont une minorité [16, 17]. De plus, beaucoup de patients orientés vers un dermatologue négligeraient spontanément ce conseil de prévention [18]. Enfin, la démographie médicale des dermatologues ne permet pas un accès équitable aux consultations spécialisées, et il a été précédemment démontré que les patients issus de zones sous-dotées en dermatologues avaient des stades diagnostiques plus avancés [19]. Ainsi, améliorer l'implication des médecins généralistes dans la prévention et le dépistage des cancers de la peau doit être une priorité. Plusieurs études ont expérimenté l'utilisation d'outils et techniques innovantes afin de faciliter et d'améliorer la prévention et le dépistage cutané lors des consultations de médecine générale [20, 21, 22]. Cependant, faire des propositions pour améliorer les pratiques de prévention des médecins généralistes nécessite de bien connaître leurs pratiques et d'identifier les pistes possibles d'amélioration. Or, l'implication spontanée des médecins généralistes dans la prévention des cancers cutanés n'est pas bien connue.

L'objectif de notre étude était de décrire l'implication spontanée des médecins généralistes dans la prévention et le dépistage des cancers de la peau.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1- *Design*

Notre étude a exploité les données d'une étude observationnelle transversale multicentrique réalisée en France, l'étude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) dont la méthode a été publiée précédemment [23] (**annexe 1**). L'observation a porté sur 20 781 consultations réalisées par 128 médecins généralistes entre les mois de décembre 2011 et avril 2012. Les médecins généralistes étaient volontaires pour participer à l'étude. Ils appartenaient au réseau français des médecins généralistes enseignants. Ils étaient répartis sur l'ensemble des départements français. L'âge moyen des médecins était de 53 ans, 66,4% étaient des hommes, 51,6% exerçaient en zone urbaine et 61,7 % exerçaient en groupe.

L'objectif d'ECOGEN était de décrire les raisons (motifs de consultation) et procédures de soins associées à des problèmes de santé pris en charge en soins primaires en France.

Le travail d'observation a été mené par 54 internes en médecine générale en stage chez le praticien. Préalablement au démarrage de l'étude, les observateurs ont été formés pendant 1 journée et demi à l'utilisation de la classification internationale des soins primaires (CISP-2), au recueil et à la saisie des données. Pendant les 20 semaines de l'étude, ils ont retranscrit, 2 demi-journées par semaine, le contenu de toutes les consultations auxquelles ils assistaient, en utilisant le codage de la CISP-2 (**annexe 2**). La CISP-2 est depuis 2003 la classification internationale de référence pour les soins primaires, et est incluse dans la famille des classifications de l'OMS [24]. La CISP-2 a été développée par l'organisation internationale de la médecine générale (Wonca). Elle a été créée spécifiquement pour le recueil et l'analyse épidémiologique des données de consultations de médecine générale [25].

Dans cette étude, nous avons analysé les 17 019 consultations réalisées auprès des patients majeurs.

2- Collecte des données

Les observateurs disposaient d'une grille pour guider le recueil des données et relevaient ainsi les motifs, résultats et procédures de la consultation [23] (**annexe 3 et 3bis**). Les données recueillies et codées à l'aide de la CISPI-2 concernaient les données de la consultation: motifs (perspective du patient), résultats (perspective du médecin), et procédures réalisées ou programmées.

Identification des consultations étudiées

La sélection des codes permettant d'identifier les consultations abordant la prévention ou le dépistage des cancers de la peau a été réalisée de façon collégiale : 1) les consultations abordant la prévention ou le dépistage des cancers de la peau comportaient les codes S-26 « peur du cancer de la peau », S-77 « cancer de la peau », S-79 « autre tumeur bénigne ou indifférenciée de la peau », S-80 « kératose actinique », S-82 « nævus ou nævus pigmentaire » ; 2) les consultations abordant d'autres problèmes dermatologiques comportaient les autres codes S ; 3) les consultations sans orientation dermatologique comportaient les codes restants. Les consultations ont ainsi été séparées en 3 groupes : onco-dermatologie (OD), dermatologie courante (D), consultations non dermatologiques (ND).

Critères de jugement

Nous avons recherché qui, du médecin ou du patient, était à l'origine des procédures de la consultation. La procédure onco-dermatologique était attribuée à l'initiative du patient si le codage onco-dermatologique figurait dans les motifs de consultation. *A contrario*, lorsque

le résultat final de consultation comportait un codage onco-dermatologique qui ne figurait pas dans les motifs mis en avant par le patient au cours de la consultation, la procédure correspondante était attribuée à l'initiative du médecin. L'implication du médecin dans l'activité de prévention a ensuite été caractérisée en distinguant les procédures : éducation (-45), examen clinique (codes -30, -31), orientation vers un médecin (-67), excision-biopsie (-52).

Autres données recueillies

Les autres variables recueillies caractérisaient le patient (genre, âge, patient connu ou nouveau patient du cabinet, catégorie socio-professionnelle, précarité évaluée par le bénéfice d'exonérations de paiement) et le médecin (genre, âge, lieu d'exercice, exercice seul ou en groupe, nombre de consultations annuelles). La durée et le lieu de la consultation (cabinet ou visite) étaient également notés.

Pour notre étude, nous avons distingué les inactifs non étudiants des inactifs étudiants afin de rechercher des inégalités sociales. Nous avons également regroupé les patients en affections longue durée (ALD) et ceux en invalidité ; les patients bénéficiaires de la couverture médicale universelle (CMU) et ceux bénéficiant de l'aide médicale d'Etat (AME) ; les patients en accident de travail (AT) et ceux en maladie professionnelle (MP). Ces variables apparaissaient séparées dans la base de données. Ce regroupement avait pour but de voir si des inégalités existaient selon les pathologies chroniques ou comorbidités du patient (ALD et/ou invalidité), un bas niveau socio-économique (CMU et/ou AME), ou selon des pathologies liées au travail (AT et/ou MP).

3- Plan d'analyse statistique

Les procédures mises en œuvre au cours des consultations d'onco-dermatologie ont été

comparées à celles mises en œuvre au cours de consultations dermatologiques et des consultations autres que dermatologiques.

Pour le calcul des statistiques, nous avons utilisé le logiciel R 3.1.0. Pour les variables quantitatives multivariées, nous avons procédé à un test de Student ou de Mann Whitney-Wilcoxon. Pour les variables bi-variées, nous avons appliqué un Chi-2 ou un test de Fisher. Pour les analyses multivariées, nous avons procédé à une régression logistique.

4- *Aspects éthiques et réglementaires*

L'utilisation de la CISP-2 a été possible pour l'étude ECOGEN grâce à une dérogation auprès de la WONCA, compte tenu du non-acquittement des droits relatifs à cette classification par la France. Une déclaration a été faite auprès d'un comité de protection des personnes bien que cette étude observationnelle n'entrait pas dans le cadre de la loi Huriet.

RÉSULTATS

1- Caractéristiques générales des consultations

Parmi les 17 019 consultations réalisées chez les sujets majeurs, 123 (0.7%) comportaient une problématique en lien avec les cancers de la peau, 1 521 (8.9%) une problématique de dermatologie courante, et 15 375 ne comportaient pas de motif ou de résultat en dermatologie (90.3%) (Figure 1). Chaque consultation pouvait contenir 12 paniers, et pour chacun 1 résultat de consultation, jusqu'à 7 motifs de consultation et jusqu'à 14 procédures.

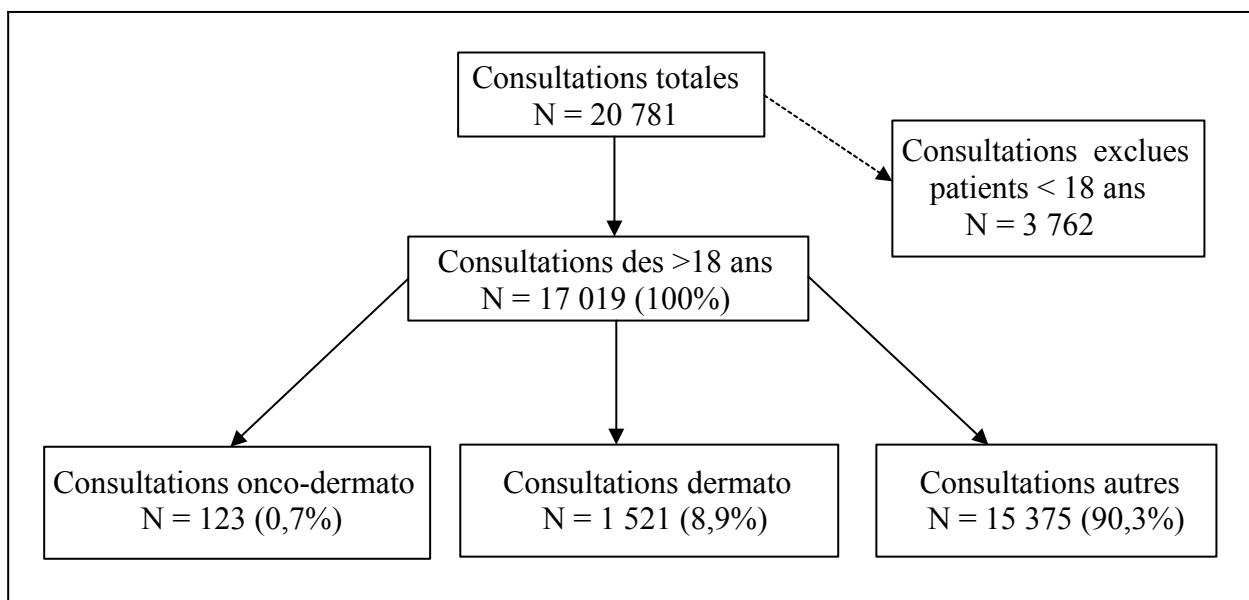


Figure 1 : Répartition des consultations étudiées

Aucune association statistique n'a été retrouvée entre les caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude et la réalisation de consultations en rapport avec les cancers de la peau.

Les caractéristiques des patients reçus lors des consultations sont rapportées dans la table I. Dans le groupe des consultations « onco-dermatologiques », deux populations étaient sous-représentées : les patients de moins de 50 ans ($p= 0.039$), et les sans-emploi ($p= 0,005$). Les retraités étaient sur-représentés (53,7% vs 39,6%, $p=0,002$). Il n'y avait pas d'autres différences significatives associées aux caractéristiques du patient.

Table I: Caractéristiques des patients reçus en consultation, selon que les consultations comportaient une problématique d'onco-dermatologie, de dermatologie, ou non.

	Onco-dermato		Dermato		Non dermato		p
	N=123	n ; %	N=1521	n ; %	N=15375	n ; %	
Genre							
Homme	57 ; 46,3		606 ; 39,8		6134 ; 39,9		0.347
Femme	66 ; 53,7		915 ; 60,2		9241 ; 60,1		
Âge							
18-50	38 ; 30,9		648 ; 42,6		6479 ; 42,1		0.039
50-75	56 ; 45,5		606 ; 39,8		6348 ; 41,3		0.340
75-111	29 ; 23,6		267 ; 17,6		2548 ; 16,6		0.076
Âge (μ ; σ)		59.6 ; 19.1		54.3 ; 19.8		54.3 ; 19.2	0.010
Professions							
Agriculteur	2 ; 1,6		6 ; 0,4		66 ; 0,4		0.153
Artisan, chef d'entreprise	1 ; 0,8		44 ; 2,9		528 ; 3,4		0.174
Cadre sup, prof. intellectuelle	9 ; 7,3		74 ; 4,9		968 ; 6,3		0.075
Profession intermédiaire	6 ; 4,9		114 ; 7,5		1124 ; 7,3		0.563
Employé	24 ; 19,5		328 ; 21,6		3637 ; 23,7		0.109
Ouvrier	4 ; 3,3		67 ; 4,4		739 ; 4,8		0.573
Retraité	66 ; 53,7		633 ; 41,6		6093 ; 39,6		0.002
Sans emploi	7 ; 5,7		214 ; 14,1		1836 ; 11,9		0.005
Étudiant	4 ; 3,3		41 ; 2,7		377 ; 2,5		0.616
NA	0 ; 0,0		0 ; 0,0		7 ; 0,0		-
Pathologies chroniques	39 ; 31,7		464 ; 30,5		4442 ; 28,9		0.345
Bas niveau socio-économique	2 ; 1,6		54 ; 3,6		592 ; 3,9		0.436
Accident du travail	2 ; 1,6		38 ; 2,5		483 ; 3,1		0.293

Les caractéristiques du contexte des consultations sont rapportées dans la table II.

Dans le groupe des consultations comportant une problématique en rapport avec les cancers de la peau, la durée moyenne de consultation était significativement plus longue (respectivement 18.41 min (OD), 17.80 min (D), 17.11 min (ND), p=0,003). Il y avait par ailleurs plus de motifs de consultation (respectivement 3.74 (OD), 3.49 (D), 2.69 (ND), p<0,001).

Table II: Caractéristiques des consultations, selon qu'elles comportaient une problématique en rapport avec les cancers de la peau, une problématique de dermatologie courante, ou non.

		Consultations Onco-dermato N=123 n ; %	Consultations Dermato N=1521 n ; %	Consultations non dermato N=15375 n ; %	p
Contexte	• Cabinet	117 ; 95,1	1391 ; 91,5	14291 ; 92,9	0.06
	• Visite	6 ; 4,9	130 ; 8,5	1084 ; 7,1	
Milieu d'exercice	• Rural				0.72
	• Semi-rural	24 ; 19,5	359 ; 23,6	3687 ; 24,0	0.49
	• Urbain	76 ; 61,8	847 ; 55,7	8625 ; 56,1	0.42
Durée (min ; σ)		18.41 ; 8.34	17.80 ; 8.35	17.11 ; 8.56	0.003
Nombre de motifs (n ; σ)		3.74 ; 1.97	3.49 ; 2.09	2.69 ; 1.72	< 0.001

2- L'implication des médecins généralistes

Parmi les 123 consultations abordant une problématique en rapport avec les cancers de la peau, une sollicitation du patient n'a été identifiée que dans 29.3% des cas. Dans 70.7% des cas, les procédures relevaient de la seule initiative du médecin. Cette différence d'implication se retrouve surtout chez les hommes, les personnes de plus de 50 ans et de plus de 75 ans, chez les retraités, et chez les patients ayant des pathologies chroniques (Table III).

L'implication du médecin était plus importante chez les patients de 50-75 ans (OR = 6,26 [1,48-36,72]) (p=0,02), et chez les patients de plus de 75 ans (OR = 11,71 [1,82-97,69]) (p=0,01) (table IV).

Table III: Origine de l'implication dans la prévention et/ou le dépistage des cancers cutanés en consultation de soins primaires.

	Total		Médecin		Patient		p
	N	moy ; DS	n, %	moy ; DS	n, %	moy ; DS	
Total	123		87 ; 70,7		36 ; 29,3		
Genre							
Homme	57		42 ; 73,7		15 ; 26,3		<0.001
Femme	66		45 ; 68,2		21 ; 31,8		0.01
Âge							
18-50	38		21 ; 55,3		17 ; 44,7		0.626
50-75	56		42 ; 75,0		14 ; 25,0		<0.001
75-111	29		24 ; 82,8		5 ; 17,2		<0.001
Âge		59,6 ; 19,1		61,8 ; 19,5		54,3 ; 17,3	0.038
Professions							
Agriculteur	2		1 ; 50,0		1 ; 50,0		1
Artisan, commerçant	1		0 ; 0,0		1 ; 100,0		1
Cadre sup.	9		6 ; 66,7		3 ; 33,3		0.35
Prof. intermédiaire	6		4 ; 66,7		2 ; 33,3		0.57
Employé	24		17 ; 70,8		7 ; 29,2		0.07
Ouvrier	4		2 ; 50,0		2 ; 50,0		1
Retraité	66		49 ; 74,2		17 ; 25,8		<0.001
Sans emploi	7		4 ; 57,1		3 ; 42,9		1
Etudiant	4		4 ; 100,0		0 ; 0,0		0.029
Pathologies chroniques	39		31 ; 79,5		8 ; 20,5		<0.001
Bas niveau socio-économique	2		1 ; 50,0		1 ; 50,0		1
Accident de travail	2		0 ; 0,0		2 ; 100		0.33

Table IV: Facteurs associés à l'implication des médecins généralistes dans la prévention et/ou le dépistage des cancers cutanés en consultation de soins primaires (analyse multivariée)

	OR	(IC 65%)	p
Genre			
Homme	1,22	[0,49-3,10]	0.67
Femme	REF		
Âge			
18-50	REF		REF
50-75	6,26	[1,48-36,72]	0.02
75-111	11,71	[1,82-97,69]	0.01
Professions			
Agriculteur	REF		REF
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	/	/	1.00
Cadre sup., profession intellectuelle	3,48	[0,08-183,87]	0.50
Profession intermédiaire	4,98	[0,11-290,57]	0.40
Employé	4,63	[0,12-201,28]	0.38
Ouvrier	5,25	[0,09-455,36]	0.42
Retraité	1,07	[0,03-39,05]	0.97
Sans emploi	1,47	[0,03-76,26]	0.84
Etudiant	/	/	0.99
Pathologies chroniques	1,01	[0,03-38,50]	0.99
Bas niveau socio-économique	1,31	[0,45-3,96]	0.62
Accident du travail	/	/	0.99

La table V compare les procédures mises en œuvre lors des consultations comportant une problématique en rapport avec les cancers de la peau et des consultations sans rapport avec la dermatologie. Certaines procédures étaient moins fréquentes lors des consultations comportant une problématique en rapport avec les cancers de la peau : l'éducation (5.7% vs 16.9 %, p<0.001), la réalisation d'un examen clinique (67.5% vs 97.1%, p<0.001), que ce soit un examen clinique détaillé (7.3 % vs 22.3 %, p<0.001) ou un examen clinique partiel (60.2 % vs 74.9 %, p<0.001). Certaines procédures étaient plus fréquentes: l'orientation vers un confrère spécialiste (39.0 % vs 12.1 %, p<0,001), la réalisation de biopsie (6.5 % vs 0.1 %, p=0.001).

Table V: Procédures mises en œuvre par le médecin, respectivement au cours des consultations comportant une orientation onco-dermatologique, dermatologique, et dans les autres consultations.

	Consultations Onco-dermato N=123	Consultations Dermato N=1521	Consultations Non Dermato N=15375	p
	n ; %	n ; %	n ; %	
Education	7 ; 5,7	80 ; 5,3	2601 ; 16,9	< 0.001
Examens cliniques	83 ; 67,5	1018 ; 66,3	14933 ; 97,1	< 0.001
● <i>Examens détaillés</i>	9 ; 7,3	112 ; 7,4	3421 ; 22,3	< 0.001
● <i>Examens partiels</i>	74 ; 60,2	906 ; 59,6	11512 ; 74,9	< 0.001
Avis spécialisé	48 ; 39,0	148 ; 9,7	1857 ; 12,1	< 0.001
Gestes-biopsies	8 ; 6,5	36 ; 2,4	22 ; 0,1	< 0.001

DISCUSSION

Résultats principaux

Cette étude a décrit l’implication des médecins généralistes dans les procédures de prévention et dépistage des cancers de la peau. Ces procédures étaient réalisées 2.4 fois plus fréquemment à l’initiative du médecin que du patient (70.7% vs 29.3%, p<0.001), particulièrement après 50 ans (OR = 6,26 [1,48-36,72]) (p=0,02) et 75 ans (OR = 11,71 [1,82-97,69]) (p=0,01). Il s’agissait en général d’un motif supplémentaire lors de la consultation (3.7 vs 2.7, p<0,001) et les consultations étaient en moyenne plus longues d’environ 1 minute et 20 secondes (p=0.003). Comparativement aux consultations réalisées dans d’autres champs, les médecins s’impliquaient moins dans l’éducation (5.7% vs 16.9 %, p<0.001) et l’examen clinique (67.5% vs 97.1%, p<0.001), et orientaient plus vers le spécialiste (39.0 % vs 12.1 %, p<0,001). Ces consultations représentaient 1% des consultations quotidiennes de médecine générale.

Interprétation

Les résultats de notre étude montrent que les situations où le patient vient consulter pour montrer une lésion cutanée suspecte sont minoritaires. La prévention et le dépistage sont 2 fois plus souvent le résultat de l’implication active du médecin généraliste. D’autres auteurs avaient précédemment trouvé des résultats proches, particulièrement chez les patients de plus de 60 ans [26, 27]. L’implication croissante des médecins auprès des patients plus âgés -après 50 ans puis après 75 ans- est cohérente avec l’incidence décrite de la maladie, puisque 75 % des cancers de la peau surviennent après l’âge de 50 ans [28]. L’implication plus forte des médecins apparaît aussi en miroir de la moindre implication de certaines populations de patients : les hommes, les personnes plus âgées ou ayant des

pathologies chroniques. Ceci est conforme aux données de la littérature, puisque de nombreuses études ont démontré une association entre l'appartenance à ces classes de population et la faible implication dans le dépistage cutané ainsi que le risque de mélanome épais [29, 30, 31]. Buster *et al* ont décrit que les personnes âgées se percevraient à plus bas risque de développer un cancer cutané [32]. Reen *et al* ont décrit que les personnes les plus âgées ne consultaient pas malgré les campagnes de dépistage [33].

Notre étude a ensuite décrit l'implication des médecins entre éducation, examen clinique, et orientation vers un spécialiste. Tout d'abord, la faible implication des médecins dans l'activité de prévention est assez surprenante. Plusieurs études ont pourtant montré que des conseils donnés par un médecin étaient plus efficaces que des modalités de communication plus impersonnelles [34, 35, 36]. Dans les situations de prévention, Hollands a montré le bénéfice de faire de l'éducation à la santé et de conseiller en appuyant son discours sur l'objectivation de lésions sur le patient [37].

De plus, le faible taux d'examens cliniques cutanés, qu'ils soient partiels ou *a fortiori* détaillés, est également un résultat intéressant bien que paradoxal, le dépistage des cancers cutanés étant basé avant tout sur l'examen cutané. Une étude observationnelle menée en France dans le département des Bouches du Rhône a montré que la peau du patient n'était vue partiellement que dans 45% des consultations et n'était vue totalement que dans 6% des consultations [38], ce qui corrobore nos résultats. Ce faible taux d'examens pourrait être lié à la contrainte du temps. Notre étude montre en effet que prévenir le cancer de la peau est une procédure de consultation supplémentaire réalisée à l'initiative du médecin, mais les consultations correspondantes ne sont finalement plus longues que d'environ 90 secondes. Ce délai supplémentaire semble trop court pour permettre un examen cutané

total. Une hypothèse est que la contrainte du temps est incompatible avec un examen cutané complet si celui-ci n'est pas anticipé.

Enfin, dans notre étude, les médecins généralistes adressaient leurs patients chez le spécialiste dans 39% des cas (3 fois plus que pour les autres consultations), ce qui est cohérent avec les résultats d'une étude précédente [21]. Une hypothèse pour expliquer ce résultat serait que les médecins généralistes ne se sentiraient pas toujours compétents pour l'examen cutané des lésions suspectes, comme cela a pu être mis en évidence dans certaines études [39, 40]. Ceci pourrait alors expliquer qu'ils adressent leurs patients vers le dermatologue au moindre doute... et parfois sans même les examiner. Toutefois, de nouvelles études seraient nécessaires pour mieux comprendre ce résultat.

Forces et Faiblesses

L'étude reposait sur l'observation d'un grand nombre de consultations, menées par des médecins généralistes dont l'exercice est représentatif de l'exercice des médecins généralistes français [23]. Cette étude sans précédent, non basée sur des données auto-rapportées, a décrit les consultations à partir d'une classification internationale validée [41, 42].

Une première limite est liée au recours à la CIS-2, dont les codes des motifs, procédures, et résultats, ne permettaient pas de rapporter certaines informations cliniques qui auraient pu être pertinentes : type de cancer cutané, facteurs de risque de cancers cutanés, phototype cutané. Par ailleurs, la présence d'un observateur externe aurait pu modifier les pratiques des médecins. Pour limiter cet impact, les médecins généralistes n'avaient pas eu d'information sur l'objectif spécifique de cette étude ancillaire.

CONCLUSION

L'analyse de la littérature montre qu'il existe des arguments forts pour inciter au diagnostic précoce du mélanome, mais aussi des carcinomes cutanés. Des efforts de communication pour sensibiliser les populations à la prévention des cancers de la peau ainsi que des campagnes de prévention sont régulièrement effectués. Malgré cela, certaines populations ne se sentent pas concernées et ne sollicitent pas spontanément le médecin concernant des problématiques onco-dermatologiques : c'est le cas des hommes et des personnes âgées, pour qui le médecin va être pro-actif dans le dépistage cutané. Cette étude montre donc la nécessité de compléter les campagnes grand public de prévention des cancers de la peau par des stratégies de prévention impliquant les médecins généralistes. De part l'analyse des procédures de dépistage initiées par le médecin, cette étude suggère des pistes d'amélioration de la pratique des médecins généralistes : développer la prévention primaire et l'éducation à la santé des patients, ce champ semblant jusque-là peu investi. Notre étude montre par ailleurs que les médecins généralistes examinent paradoxalement peu les patients lorsqu'il s'agit de prévention et dépistage de cancers de la peau. La contrainte de temps a pu être évoquée comme étant une des raisons de ce faible taux d'examens cutanés, cependant ce constat devrait conduire à de nouvelles recherches pour en identifier les causes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leiter U, Eigentler T, Garbe C. Epidemiology of skin cancer. *Adv Exp Med Biol.* 2014;810:120-40.
2. Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Non-melanoma skin cancer. *Lancet.* 2010 Feb 20;375(9715):673-85.
3. Binder-Foucard, F., Belot, A., Delafosse, P., Remontet, L., Woronoff, A. S., & Bossard, N. (2013). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1—Tumeurs solides. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice (Fra), 122.
4. Guy GP, Ekwueme DU. Years of potential life lost and indirect costs of melanoma and non-melanoma skin cancer: a systematic review of the literature. *Pharmacoeconomics.* 2011;29(10):863–874.
5. Housman TS, Feldman SR, Williford PM, Fleischer AB Jr, Goldman ND, Acostamadiedo JM, Chen GJ. Skin cancer is among the most costly of all cancers to treat for the Medicare population. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Mar; 48(3):425-9.
6. Wu S, Han J, Li WQ, Li T, Qureshi AA. Basal-cell carcinoma incidence and associated risk factors in U.S. women and men. *Am J Epidemiol.* 2013 Sep 15;178(6):890-7.
7. Diffey BL, Langtry JA. Skin cancer incidence and the ageing population. *Br J Dermatol* 2005; 153: 679–80.
8. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol.* juill 2002;147(1):41-7.
9. OMS | Cancers cutanés [Internet]. WHO. [cité 22 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/uv/faq/skincancer/fr/index1.html>
10. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs. Recommandations. *Ann Dermatol Venereol.* sept

2009;136, Supplement 5:S166-75.

11. Van der Leest RJT, van Steenbergen LN, Hollestein LM, de Vries E, Nijsten T, van Akkooi ACJ, et al. Conditional survival of malignant melanoma in The Netherlands: 1994-2008. *Eur J Cancer*. Févr 2014;50(3):602-10.
12. Chen SC, Pennie ML, Kolm P, Warshaw EM, Weisberg EL, Brown KM, et al. Diagnosing and Managing Cutaneous Pigmented Lesions: Primary Care Physicians Versus Dermatologists. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(7):678-82.
13. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990 2005;41:28–44. doi:10.1016/j.ejca.2004.10.015.
14. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990 2005;41:45–60. doi:10.1016/j.ejca.2004.10.016.
15. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990 2005;41:2040–59.
16. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *New Engl J Med* 1961;265:885-92.
17. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med* 2001;344:2021-5.
18. Rat C, Quereux G, Monegier du Sorbier M, Gaultier A, Bonnaud-Antignac A, Khammari A, et al. Patients at elevated risk of melanoma: individual predictors of non-compliance to GP referral for a dermatologist consultation. *Prev Med*. Juill 2014;64:48-53.
19. Durbec F, Vitry F, Granel-Brocard F, Lipsker D, Aubin F, Hédelin G, et al. The role of circumstances of diagnosis and access to dermatological care in early diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France. *Arch Dermatol*. mars

2010;146(3):240-6.

20. Falk M, Magnusson H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: an effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? *Scand J Prim Health Care*. Sept 2011;29(3):135-43.
21. Rat C, Quereux G, Grimault C, Gaultier A, Khammari A, Dreno B, et al. Melanoma incidence and patient compliance in a targeted melanoma screening intervention. One-year follow-up in a large French cohort of high-risk patients. *Eur J Gen Pract*. 20 août 2014;1-7.
22. Grange F, Woronoff AS, Bera R, Colomb M, Lavole B, Fournier E, et al. Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. *Br J Dermatol*. Janv 2014;170(1):123-9.
23. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guérin MH, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GENérale. *Exercer* 2014 ; 114:148-57.
24. World Health Organization. Derived and related classifications in the WHO-FIC. Geneva: WHO, 2014. Disponible sur: <http://www.who.int/classifications/related/en/>
25. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM. International primary care classifications : the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract* 1992 ; 9 : 330-9.
26. Mas L. Rôle du médecin généraliste dans le diagnostic du mélanome: étude sur une base de population du nord-est de la France en 2008. 2010.
27. Walter FM, Humphrys E, Tso S, Johnson M, Cohn S. Patient understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 31 août 2010;11:62.
28. Bulliard JL, Panizzon RG, Levi F. Epidémiologie des cancers épithéliaux de la peau. *Rev Med Suisse*. 22 avr 2009; 5:882-8.
29. Janda M, Youl PH, Lowe JB, Elwood M, Ring IT, Aitken JF. Attitudes and intentions in

relation to skin checks for early signs of skin cancer. *Prev Med.* juill 2004;39(1):11-8.

30. Mandalà M, Imberti GL, Piazzalunga D, Belfiglio M, Lucisano G, Labianca R, et al. Association of socioeconomic status with Breslow thickness and disease-free and overall survival in stage I-II primary cutaneous melanoma. *Mayo Clin Proc.* févr 2011;86(2):113-9.
31. Youl PH, Baade PD, Parekh S, English D, Elwood M, Aitken JF. Association between melanoma thickness, clinical skin examination and socioeconomic status: results of a large population-based study. *Int J Cancer.* 1 mai 2011;128(9):2158-65.
32. Buster KJ, You Z, Fouad M, Elmets C. Skin cancer risk perceptions: a comparison across ethnicity, age, education, gender, and income. *J Am Acad Dermatol.* Mai 2012;66(5):771-9.
33. Reen B, Coppa K, Smith DP. Skin cancer in general practice --impact of an early detection campaign. *Aust Fam Physician.* Juill 2007;36(7):574-6.
34. Rat C, Quereux G, Riviere C, Clouet S, Senand R, Volteau C, et al. Targeted melanoma prevention intervention: a cluster randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* Févr 2014;12(1):21-8.
35. Clouet S, Rivière-Vannier C. Protection solaire et auto-examen cutané: impact d'une action de prévention ciblée sur des patients à risque de mélanome consultant en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
36. Falk M, Anderson C. Prevention of skin cancer in primary healthcare: an evaluation of three different prevention effort levels and the applicability of a phototest. *Eur J Gen Pract.* 2008;14(2):68-75.
37. Hollands GJ, Hankins M, Marteau TM. Visual feedback of individuals' medical imaging results for changing health behaviour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;20:CD007434.

38. Leman C, Gaudy-Marqueste C, Mallet S, Richard M-A, Poujol J-L, Grob J-J. Le déshabillage du patient: une condition préalable au rôle-clé du médecin généraliste dans le dépistage du mélanome. *Ann Dermatol Venereol*. 2010;(137S):A97.
39. Offidani A, Simonetti O, Bernardini ML, Alpagut A, Cellini A, Bossi G. General practitioners' accuracy in diagnosing skin cancers. *Dermatology (Basel)*. 2002;205(2):127-30.
40. Housiaux-Lefort Des Ylouses S, Bonnetblanc J-M, Preux P-M, Buisson J-G. Diagnostic et dépistage des tumeurs noires en médecine générale : analyse des besoins. *Annales de Dermatologie et de Vénérérologie*. mai 2007;134(5, Part 1):484-6.
41. Soler J-K, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract*. août 2008;25(4):312-7.
42. Gelly J, Le Bel J, Aubin-Auger I, Mercier A, Youssef E, Mentre F, et al. Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care--an observational cross-sectional multicentre study. *Fam Pract*. août 2014;31(4):445-52.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des consultations étudiées

LISTE DES TABLES

Table I : Caractéristiques des patients reçus en consultation, selon que les consultations comportaient une problématique d'onco-dermatologie, de dermatologie, ou non.

Table II : Caractéristiques des consultations, selon qu'elles comportaient une problématique d'onco-dermatologie, de dermatologie, ou non.

Table III : Origine de l'implication dans la prévention et/ou le dépistage des cancers cutanés en consultation de soins primaires.

Table IV: Facteurs associés à l'implication des médecins généralistes dans la prévention et/ou le dépistage des cancers cutanés en consultation de soins primaires (analyse multivariée)

Table V: Procédures mises en œuvre par le médecin, respectivement au cours des consultations comportant une orientation onco-dermatologique, dermatologique, et dans les autres consultations.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Protocole de l'étude ECOGEN



Etude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale)

Protocole

Comité de pilotage

- ✓ Dr Laurent Letrilliart, MCA, DMG de l'Université de Lyon
- ✓ Pr Alain Mercier, PA, DMG de l'Université de Rouen
- ✓ Dr Irène Supper, étudiante en master 2 d'« Evaluation en santé et Recherche clinique » de l'Université de Lyon
- ✓ Dr Matthieu Schuers, CCA, DMG de l'Université de Rouen
- ✓ Dr David Darmon, CCA, DMG de l'Université de Nice
- ✓ Dr Pascal Boulet, CNGE
- ✓ Dr Dominique Ambros, MCA, DMG de l'Université de Reims
- ✓ Dr Madeleine Favre, MSU, DMG de l'Université de Paris 5
- ✓ Pr Gil Mury, PA, DMG de l'Université de Clermont-Ferrand

Comité scientifique

- ✓ Dr Laurent Letrilliart, MCA, DMG de l'Université de Lyon
- ✓ Pr Alain Mercier, PA, DMG de l'Université de Rouen
- ✓ Pr Bernard Gay, PU, DMG de l'Université de Bordeaux
- ✓ Dr Denis Pouchain, UFR Paris-Ouest
- ✓ Dr Eric Van Ganse, MCU-PH, Unité de pharmaco-épidémiologie de l'Université de Lyon

Développements informatiques

Philippe Ameline

Validation méthodologique

- ✓ Pr Anne-Marie Schott, Epidémiologiste, Université de Lyon 1
- ✓ Angélique Denis, biostatisticienne, Hôpitaux Civils de Lyon

Financement

Laboratoires Pfizer

1. Introduction

1.1. Intérêt de classifier les données de consultation en soins primaires.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a identifié la classification des actes et des pathologies, opérée selon des procédures harmonisées et adaptées, comme un facteur concourant à la qualité des soins, au même titre que la tenue d'un dossier médical informatisé bien organisé.¹ L'utilisation de nomenclatures et le recours à la classification des pathologies ouvre notamment l'accès direct à des bases de connaissances informatisées. En particulier, la représentation standardisée et codée des problèmes de santé des patients dans le dossier médical informatisé constitue un préalable au contrôle des prescriptions médicamenteuses (en termes d'indications, de contre-indications, voire de précautions d'emploi) en temps réel lors de l'élaboration de l'ordonnance.² Certains logiciels pilotes, notamment « Prodigy » au Royaume-Uni (compatible avec la nomenclature de Read), intègrent ainsi des recommandations de bonne pratique dans le cadre de systèmes d'aide à la prescription médicamenteuse mais aussi non médicamenteuse, d'aide à la demande d'avis spécialisé ou d'hospitalisation, et à l'information du patient (édition de brochures thématiques).³ La classification systématique des motifs de consultation (plaintes présentées par le patient) et des résultats de consultation (problèmes diagnostiqués par le médecin) dans le cadre d'un réseau de médecins permet aussi de constituer une base de données utilisable comme outil d'aide à la démarche diagnostique. Le projet hollandais « Transition », reposant sur la classification des épisodes de soins en médecine générale selon la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP, Wonca), a permis ainsi d'informer en retour les praticiens sur la distribution de fréquence des résultats diagnostiques selon le motif de consultation.⁴ Il est possible d'imaginer l'utilisation de ce type de données de morbidité dans un but pronostique, selon une modélisation prenant en compte les co-morbidités ainsi que les facteurs démographiques.⁵ Enfin, la simple connaissance par chaque praticien de la distribution de fréquence des pathologies dans sa patientèle lui permettrait d'orienter son développement professionnel continu selon des critères objectifs, afin de mettre ses compétences en adéquation avec les problèmes qu'il rencontre le plus fréquemment.

¹ ANAES. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 1999.

² De Zegher I et al. OPADe: optimization of drug prescription using advanced informatics. *Comput Methods Programs Biomed* 1994; 45: 131-6.

³ Rogers J et al. Evaluation of an implementation of PRODIGY phase two. *Proc AMIA Symp* 1999; 604-8.

⁴ Okkes IM et al. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch Family Physicians. *J Fam Pract* 2002; 51: 31-6.

⁵ Delaney B et al. Can computerized decision support systems deliver improved quality in primary care ? *BMJ* 1999; 319: 1281-3.

Le codage des pathologies, parce qu'il permet de décrire de façon standardisée l'état clinique des patients et leur évolution, est utile aussi à l'évaluation des pratiques professionnelles, incluant les procédures (par comparaison à des référentiels) mais aussi les résultats des soins.

1.2. La classification internationale des soins primaires (CISP)

En France, il y a peu de données permettant d'avoir une vue d'ensemble de la morbidité réelle en soins primaires. Il existe des enquêtes ponctuelles réalisées par l'IRDES (anciennement dénommé le CREDES) auprès des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, qui décrivent la morbidité diagnostiquée en médecine libérale.⁶ Il y a aussi quelques systèmes de recueil continu et systématique de données de morbidité en médecine de ville, opérationnels sur une large échelle, essentiellement l'Observatoire de la Société française de médecine générale (Sfmg), les réseaux d'IMS Health et Thales (CEGEDIM). Depuis 1993, la Sfmg a développé un réseau national constitué de plus d'une centaine de médecins généralistes, constituant l'Observatoire de la médecine générale (OMG). Celui-ci a permis d'alimenter une base de données médicales exploitable, reposant sur l'utilisation du Dictionnaire des résultats de consultation.⁷ Hormis une large étude de faisabilité portant sur les résultats de consultation (à l'exclusion des motifs de consultation et des procédures de soins),⁸ aucun recueil de données de consultation de médecine générale d'envergure n'a été réalisé en France jusqu'à présent à partir de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). Pourtant, cette classification a été reconnue en 2003 comme classification internationale de référence pour les soins primaires, en étant incluse dans la famille des classifications de l'OMS.⁹ Une étude ponctuelle réalisée par la Sfmg a décrit en 1997 les procédures réalisées et programmées en médecine générale, mais les procédures étaient enregistrées par consultation et non par problème de santé.¹⁰

La CISP a été développée par l'Organisation internationale de la médecine générale (Wonca). La CISP-2 inclue 687 rubriques sans les procédures (composants 1 et 7 seulement), 40 rubriques correspondant aux procédures génériques (composants 2 à 6), soit environ 1400 rubriques au total (cf. Annexe 1). Elle a été créée spécifiquement pour le recueil (manuel à l'origine) et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale : motif de consultation (dans la perspective du patient), problèmes diagnostiqués (dans la perspective du médecin), et

⁶ La clientèle et les pathologies en médecine générale. Concours Med 1994 ;116 :1834-44.

⁷ Société française de Médecine Générale. Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale. Document de Recherche en Médecine générale 52, septembre 1998.

⁸ Letrillart L et al. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. Inform Prim Care 2006; 14: 157-65.

⁹ <http://www.who.int/classifications/related/en/index.html>

procédures (réalisées ou programmées).¹¹ Il s'agit d'une classification bi-axiale, dont le premier axe est composé de 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres psychologique et social) et le second axe de 7 composants (symptômes et plaintes, procédures diagnostiques et préventives, procédures thérapeutiques et médications, résultats de tests, procédures administratives, références et autres motifs de contact, diagnostics et maladies). A chaque rubrique est associé un code comprenant trois caractères alphanumériques, dont une lettre désignant le chapitre et deux chiffres spécifiant la rubrique.¹² Dans le cadre du dossier médical informatisé, ses limites en termes de spécificité ont conduit au développement de versions étendues, intégrant une nomenclature ou un thesaurus.¹³ La CISP a ainsi été complétée par l'utilisation de la Classification internationale des maladies (CIM-10) comme nomenclature (ICPC/ICD-NL) pour l'établissement de la liste des problèmes des patients Aux Pays-Bas ;¹⁴ par la constitution de thésaurus, à partir du langage naturel utilisé par les praticiens, comme outil d'aide au codage en Australie (ICPC Plus),¹⁵ en Belgique (LOCAS : Logiciel de Codage et d'Acquisition de Synonymes),¹⁶ et au Canada (Encode-FM).¹⁷ Il existe le plus souvent une correspondance entre ces systèmes terminologiques spécifiques de la médecine générale et la CIM-10, condition préalable à l'échange de données avec les médecins hospitaliers.¹⁸ La CISP a déjà été traduite en plus d'une vingtaine de langues et est utilisée à large échelle en médecine générale, notamment aux Pays-Bas, en Norvège et en Australie.^{19 20 21}

¹¹ Lamberts H et al. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract* 1992; 9: 330-9.

¹² Jamoulle M et al. *Traitements de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2)*. Bruxelles : Care Editions, 2000.

¹³ Letrilliart L et al. Interface terminologies: A case study on the International classification of primary care. *World Academy of Science, Engineering and Technology* 2009; 54: 614-7.

¹⁴ Hofmans-Okkes I et al. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Fam Pract* 1996; 13: 294-302.

¹⁵ Britt H. A new coding tool for computerized clinical systems in primary care – ICPC Plus. *Aust Fam Physician* 1997; 26: S79-S82.

¹⁶ Roland M et al. *Approches taxinomiques en médecine de famille*. Volume 1. Bruxelles : Care Editions, 1996.

¹⁷ Bernstein R et al. Reliability issues in coding encounters in primary care using an ICPC/ICD-10-based controlled clinical terminology. *J Informatics Prim Care* 1997; Symp Suppl: 843-7.

¹⁸ Wood M et al. The conversion between ICPC and ICD-10. Requirements for a family of classification systems in the next decade. *Fam Pract* 1992; 9: 340-8.

¹⁹ Report CS. Moving toward international standards in primary care informatics: clinical vocabulary, 1995, New Orleans. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research.

²⁰ Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. *J Fam Pract* 2002; 51: 31-6.

2. Objectifs

2.1. Objectif principal

Décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé (résultats de consultation) pris en charge en médecine générale en France.

2.2. Objectifs secondaires

- ✓ Décrire les procédures de soins (réalisées et programmées) associées aux principaux problèmes de santé et évaluer leur transférabilité à d'autres professionnels de santé (infirmières, pharmaciens, autres professionnels)
- ✓ Évaluer les déterminants de la durée de la consultation en termes de motifs de consultation, de résultats de consultation, et de procédures de soins

2.2. Objectifs ancillaires

- ✓ D'autres objectifs plus spécifiques pourront être définis avec les Internes investigateurs de l'étude et constituer le sujet de leur thèse d'exercice (cf. Annexe 2).

3. Méthodes

3.1. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. L'étude comportera environ 80 centres (cabinets accueillant des Internes en stage supervisé de niveau 1), rattachés à une vingtaine de départements universitaires de médecine générale. Elle sera coordonnée localement par les Chefs de clinique (ou éventuellement par des enseignants associés) intéressés de ces départements.

3.2. Investigateurs

Un Interne de médecine générale en stage supervisé chez le praticien (niveau 1) jouera le rôle d'investigateur dans un à trois centres. Chaque Interne ou binôme d'Internes pourra choisir un objectif parmi les objectifs principaux ou spécifiques de l'étude, ou en définir un autre, selon ses préférences. La définition de ce thème devra être effectuée à l'issue du séminaire de formation. La contribution de chacun à cette étude constituera son travail de thèse de médecine, sous la direction d'un Chef de clinique (ou d'un enseignant associé). Une journée et demie de formation de l'ensemble des Internes investigateurs et de leur directeur de thèse au recueil des données, à l'utilisation de la CISP-2, ainsi qu'à l'analyse des données (BiostaTGV), sera organisée sur une base interrégionale, avant le début de l'étude. Les méthodes pédagogiques utilisées incluront

l'utilisation de consultations filmées. La définition des objectifs de thèse pourrait intervenir à l'occasion de cette journée.

3.3. Recueil des données

Les données suivantes seront recueillies à propos des MSU : âge, sexe, milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain, code postal et ville de résidence [base ZAUERJ], secteur conventionnel, mode d'exercice (seul ou en groupe), nombre annuel de consultations (RIAP 2010), réception de la visite médicale (cf. Annexe 4).

3.4. Saisie des données

Chaque Interne investigateur saisira de façon différée (de préférence le même jour, en fin de journée) les données préalablement recueillies sur les questionnaires papier dans une base de données centralisée accessible sur un site Web dédié (à partir de l'ordinateur du cabinet du Maître de stage [MSU] ou de l'ordinateur personnel de l'Interne). Les données concernant les motifs et résultats de consultation et les procédures de soins seront saisies sous la forme de codes de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2, cf. Annexe 1), avec un système d'aide en ligne au codage.

Une double saisie sera réalisée par chaque Interne investigateur sur un échantillon de 20 consultations du premier jour de consultation de la semaine du 6 au 10 février 2012, soit environ 5 % des questionnaires.

3.5. Validation des données

Un contrôle de qualité de la description et du codage des consultations sera réalisé (avec l'accord du patient) à partir de l'enregistrement audio systématique par chaque Interne investigateur d'une consultation pour évaluation par un expert. Cette consultation correspondra à la 3^{ème} consultation du premier jour de consultation de la semaine du 6 au 10 février 2012. La concordance entre l'expert et l'Interne sera mesurée pour le nombre et la nature des motifs de consultation et des résultats de consultation, ainsi que pour le nombre et la nature des procédures de soins (à l'exclusion de l'examen clinique, difficile à évaluer à partir d'un enregistrement audio).

3.6. Analyse des données

La base de données relationnelle de format MySQL sera transmise au Pôle IMER des Hospices Civils de Lyon, pour contrôle qualité des données et analyses statistiques. Celles-ci seront réalisées avec le logiciel SAS. Elles comporteront les étapes suivantes :

- Analyse descriptive des motifs de consultation et des procédures de soin associés aux principaux problèmes de santé.
- Analyse descriptive de la transférabilité des procédures de soins, et analyse de concordance entre évaluation des internes et des médecins
- Analyse de la représentativité des MG participants
- Analyse descriptive de la distribution des consultations selon leur durée

- Analyse univariée des facteurs prédictifs de la durée des consultations
- Analyse multivariée des facteurs prédictifs de la durée des consultations : approche par un modèle hiérarchique pour tenir compte de la structure emboîtée des données (patient =niveau 1, cabinet =niveau 2). Un modèle linéaire mixte puis un modèle de régression logistique seront construits pour modéliser la durée des consultations sous sa forme continue dans un premier temps et sous une forme catégorielle dans un second temps.

Les Internes auront chacun à disposition une copie de la base de données globale, dans un format Excel. Ils réaliseront chacun les analyses relatives à l'objectif spécifique de leur travail de thèse de médecine. Ils pourront utiliser un logiciel gratuit (BiostaTGV) pour faire ces analyses, après avoir bénéficié d'une initiation lors du séminaire de formation initial.

3.7. Restitution des données

Une journée de restitution collective sera organisée au terme des analyses de données, sous la forme d'un Symposium. Cette restitution pourrait éventuellement coïncider avec le Congrès annuel du CNGE, habituellement en novembre (à Lyon en 2012).

3.8. Aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration sera établie au nom du CNGE auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) puis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Bien que cette étude (d'observation) ne modifie pas les pratiques habituelles des médecins, et n'entre pas *a priori* dans cadre de la loi Huriet, une déclaration sera adressée auprès d'un Comité de protection des personnes (CPP). Une affiche d'information des patients destinée à être apposée dans les cabinets des MSU concernés sera éditée et imprimée en une trentaine d'exemplaires. La base de données devrait être hébergée par une société de service.

Une autorisation d'utilisation de la CISP-2 sera demandée auprès de la Wonca, à titre dérogatoire compte tenu du non acquittement des droits relatifs à cette classification par la France jusqu'à présent.

4. Communications

Chaque Interne (et le Dr Irène Supper, dans le cadre de son master 2) restera libre de présenter les résultats de son travail dans des Congrès nationaux ou internationaux, ou sous la forme de publications, dans le cadre d'un plan de communication. Une série de courts articles couvrant les principaux résultats de l'étude Ecogen sera proposée à la revue exercer pour publication.

ANNEXE 2 : Classification Internationale des Soins Primaires-2 (CISP-2)

ICPC-2 - French	Sang, syst. hématop/immunol.	Oeil	Ostéo-articulaire
International Classification of Primary Care - 2nd Edition	B	F	L
Wonca International Classification Committee (WICC)			
Procédures			
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B02 Ganglion lymph. augmenté/douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos
-32 Test sensibilité	B28 Peur du SIDA/du VIH	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes
-33 Ex microbiologique/immunologique	B26 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches visuelles/floatantes	L04 S/P du thorax
-34 Autre analyse de sang	B27 Peur surre maladie sang/lymph/rate	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire
-35 Autre analyse d'urine	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F13 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire
-36 Autre analyse de selles	B29 Autre S/P syst. lymph./immunol.	F14 Mouvements oculaires anormaux	L08 S/P de l'épaule
-37 Cytologie/histologie	B70 Adénite aiguë	F15 Apparence anormale de l'œil	L09 S/P du bras
-38 Autre analyse de laboratoire	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F16 S/P de la paupière	L10 S/P du coude
-39 Epreuve fonctionnelle	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F17 S/P lunettes	L11 S/P du poignet
-40 Endoscope	B73 Leucémie	F18 S/P lentilles de contact	L12 S/P de la main et du doigt
-41 Radiologie diagnostique/maqueterie	B74 Autre cancer du sang	F27 Peur d'une maladie de l'œil	L13 S/P de la hanche
-42 Tracé électrique	B75 Tumeur bénigne/indéf. sang/lymph.	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L14 S/P de la jambe et de la cuisse
-43 Autre procédure diagnostique	B76 Rupture traumat. de la rate	F29 Autre S/P de l'œil	L15 S/P du genou
-44 Vaccination/médication préventive	B77 Autre trauma. sang/lymph/rate	F70 Conjonctivite infectieuse	L16 S/P de la cheville
-45 Recom./éducation santé/avis/répine	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F71 Conjonctivite allergique	L17 S/P du pied et de l'orteil
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B79 Autre anomalie congénitale sang/lymph/rate	F72 Éléphantie, orgelet, chalazion	L18 Douleur musculaire
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B80 Anémie par déficience en fer	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L19 S/P musculaire NCA
-48 Clarification de la demande du patient	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L20 S/P d'une articulation NCA
-49 Autre procédure préventive	B82 Autre anémie/indéf.	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-50 Médication/prescription/injection	B83 Purpura/défaux de coagulation	F76 CE dans l'œil	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articulaire
-51 Incision/drainage/aspersion	B84 Globules blancs anormaux	F79 Autre lésion traumat. de l'œil	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
-52 Excision/épissage/cauter/débridement	B85 Splénomégalie	F80 Sérosis canal lacrymal de l'enfant	L29 Autre S/P ostéo-articulaire
-53 Perfusion/imbibat/dilat/appareilage	B86 Infection par le virus HIV, SIDA	F81 Autre anomalie congénitale de l'œil	L30 Infection du syst. ostéo-articulaire
-54 Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse	B87 Autre maladie sang/lymph/rate	F82 Décollement de la rette	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
-55 Traitement local/infiltration		F83 Rétinopathie	L72 Fracture du radius/du cubitus
-56 Pansement/compression/bandeage		F84 Dégénérescence maculaire	L73 Fracture du tibia/du péroné
-57 Thérapie manuelle/médecine physique		F85 Ulcère de la cornée	L74 Fracture de la main/du pied
-58 Conseil thérap/écoute/examens		F86 Trachome	L75 Fracture du fémur
-59 Autres procédures thérapeutiques		F91 Défaut de réfraction	L76 Autre fracture
-60 Résultats analyses/examens		F92 Cataracte	L77 Entorse de la cheville
-61 Résultats ex/procédé autre dispensateur		F93 Claucome	L78 Entorse du genou
-62 Contact administratif		F94 Cécité	L79 Entorse articulaire NCA
-63 Rencontre du suivi		F95 Strabisme	L80 Luxation et subluxation
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.		F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers			L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-66 Référence à dispenseur			L83 Syndrome cervical
-67 Référence à médecin			L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-68 Autre référence			L85 Déformation acquise de la colonne
-69 Autres procédures			L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
Général et non spécifié	D	H	N
A			
A01 Douleur générale/de sites multiples	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	H01 Douleur d'oreille/otalgie	N01 Mal de tête
A02 Frissons	D02 Douleur abdominale/épigastrique	H02 P. d'audition	N03 Douleur de la face
A03 Fièvre	D03 Brûlure/briûlant/briûlement estomac	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	N04 Jambes sans repos
A04 Fatigue/faiblesse générale	D04 Douleur rectale/anal	H04 Ecoulement de l'oreille	N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils
A05 Sensation d'être malade	D05 Démangeaisons périnales	H05 Saignement de l'oreille	N06 Autre perturbation de la sensibilité
A06 Evanouissement/syncope	D06 Autre douleur abdominale loc.	H13 Sensation d'oreille bouchée	N07 Convulsion/crise convulsive
A07 Coma	D07 Dysepsie/indigestion	H15 Précoc. par l'aspect des oreilles	N08 Mouvements involontaires anormaux
A08 Conflement	D08 Flatiulence/gaz/renvoi	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	N16 Perturbation du goût/de l'odorat
A09 F. de transpiration	D09 Nausée	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	N17 Vertige/étourdissement
A10 Saignement/hémorragie NCA	D10 Vomissement	H29 Autre S/P de l'oreille	N18 Paralysie/étibiale
A11 Douleur thoracique NCA	D11 Diarrhée	H70 Oïte externe	N19 Trouble de la parole
A13 Précoc. par/peur traitement médical	D12 Constipation	H71 Oïte moyenne aiguë/myringite	N26 Peur d'un cancer neurologique
A16 Nourrisson irritable	D13 Jaunisse	H72 Oïte moyenne aiguë	N27 Peur d'une autre maladie neurologique
A18 Précoc. par son aspect extérieur	D14 Hématomèse/vomissement de sang	H73 Salpingite d'eaustache	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
A20 Demande/par discusion sur l'euthanasie	D15 Mâléna	H74 Oïte moyenne chronique	N29 Autre S/P neurologique
A21 Facteur de risque du cancer	D16 Saignement rectal	H75 Tumeur de l'oreille	N70 Foliomyalgie
A23 Facteur de risque NCA	D17 Incontinence rectale	H76 CE dans l'oreille	N71 Méniginge/encéphalite NCA
A25 Peur de la mort, de mourir	D18 Modification selles/mouvement. intestin	H77 Perforation du tympan	N72 Tétanos
A26 Peur du cancer NCA	D19 S/P dents/gencives	H78 Tumeur traumat. super. de l'oreille	N73 Autre infection neurologique
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille	N74 Cancer du syst. neurologique
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA	D21 P. de déglutition	H80 Anom. congénitale de l'oreille	N75 Tumeur bénigne neurologique
A29 Autre S/P générale	D22 Hépatomégalie	H81 Excès de cérumen	N76 Autre tumeur indéf. neurologique
A70 Tuberculose	D23 Masse abdominale NCA	H82 Syndrome vertigineux	N79 Convulsion
A71 Rougeole	D25 Distension abdominale	H83 Otosclérose	N80 Autre lésion traumat. de la tête
A72 Vancelle	D26 Peur d'une autre maladie	H84 Frebacycosie	N81 Autre lésion traumat. neurologique
A73 Paludisme	D27 Gastro-entérite présumée infectieuse	H85 Traumatisme sonore	N85 Anom. congénitale neurologique
A74 Rubéole	D28 Cancer de l'estomac	H86 Surdité	N86 Sclérose en plaque
A76 Mononucléose infectieuse	D29 Cancer du colon/rectum	H89 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	N87 Syndrome parkinsonien
A77 Autre exanthème viral	D30 Cancer du pancréas		N88 Epilepsie
A77 Autre maladie virale NCA	D31 Autre cancer digestif/NCA		N89 Migraine
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D32 Tumeur bénigne/indéf. du syst. dig.		N90 Algie vasculaire de la face
A79 Cancer NCA	D33 CE du syst. digestif		N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D34 Auton. congénitale du syst. digestif		N92 Névralgie du trijumeau
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D35 Maladie des dents/des gencives		N93 Syndrome du canal carpien
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D36 Maladie bouche/langue/lèvres		N94 Nevrite/neuropathie périphérique
A84 Intoxication par subst. médicinale	D37 Maladie de l'oesophage		N95 Céphalée de tension
A86 Effet sec. subst. médicinale	D38 Ulcère duodénal		N99 Autre maladie neurologique
A87 Effet toxique subst. non médicinale	D39 Autre ulcère peptique		
A88 Complication de traitement médical	D40 Trouble de la fonction gastrique		
A89 Effet sec. de facteur physique	D41 Appendicite		
A90 Effet sec. de matériel prothétique	D42 Hernie inguinale		
A90 Anom. congénitale NCA/multiple	D43 Hernie hiatale		
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA	D44 Autre hernie abdominale		
A92 Allergie/réaction allergique NCA	D45 Maladie diverticulaire		
A93 Nouveau-né prématuré	D46 Syndrome du colon irritabile		
A94 Autre morbidité périnatale	D47 Entrée chronique/colite ulcéruse		
A95 Mortalité périnatale	D48 Fissure anal/ulcère périanal		
A96 Mort	D49 Vers/autre parasite		
A97 Pas de maladie	D50 Maladie du foie NCA		
A98 Gestion santé/médecine préventive	D51 Cholécystite/choléolithiasie		
A99 Maladie de nature/site non précisée	D52 Autre maladie du syst. Digestif		
	CODES PROCÉDURE		
	SYMPTÔMES ET PLAINTES		
	INFECTIONS		
	NEOPLASMES		
	TRAUMATISMES		
	ANOMALIES CONGÉNITALES		
	AUTRES DIAGNOSTICS		

Psychologique		P	Peau	S	U72	Syst. génital masculin et sein
P01	Sensation anxiété/nervosité/tension		S01	Douleur/hypersensibilité de la peau	U73	Y01 Douleur du pénis
P02	Réaction de stress aiguë		S02	Prurit	U75	Y02 Douleur des testicules, du scrotum
P03	Sensation de dépression		S03	Verrue	U76	Y03 Ecoulement urétral chez l'homme
P04	Sentiment/comport. irritable/colère		S04	Tuméfaction/gonflement loc. peau	U77	Y04 Autre cancer urinaire
P05	Sensation vieux, comportement sénile		S05	Tuméfactions/gonflements gén. peau	U78	Y05 Tumeur bénigne du trachus urinaire
P06	Perturbation du sommeil		S06	Eruption localisée	U79	Y06 Autre tumeur indéf. urinaire
P07	Diminution du désir sexuel		S07	Eruption généralisée	U80	Y07 Lésion traumat. du trachus urinaire
P08	Diminution accomplissement sexuel		S08	Modification de la couleur de la peau	U85	Y08 Anom. congénitale du trachus urinaire
P09	Préoccupation sur identité sexuelle		S09	Doigt/orteil infecté	X88	Y09 Glomérulonéph./syndr. néphrotique
P10	Bégalement, brouillelement, tic		S10	Furoncle/anthrax	U90	Y10 Protéinose orthostatique
P11	Problème de l'alimentation de l'enfant		S11	Infection post-traumat. de la peau	U98	Y11 Lithiasis urinaire
P12	Enurésie		S12	Piqûre d'insecte	U99	Y12 Analyse urinaire anormale NCA
P13	Encopésie		S13	Morsure animale/humaine		Y13 Autre maladie urinaire
P15	Alcoolisme chronique		S14	Brûlure cutanée		
P16	Alcoolisation aiguë		S15	CE dans la peau		
P17	Usage abusif du tabac		S16	Echymose/contusion		
P18	Usage abusif de médicament		S17	Eraflure, égratignure, ampoule		
P19	Usage abusif de drogue		S18	Courpore/laceration		
P20	Perturbation de la mémoire		S19	Autre lésion traumat. de la peau		
P22	S/P du comportement de l'enfant		S20	Cor/callotis		
P23	S/P du comportement de l'adolescent		S21	S/P au sujet de la texture de la peau		
P24	P. spécifique de l'apprentissage		S22	S/P de l'ongle		
P25	Problèmes de phase de vie adulte		S23	Calvitie/perte de cheveux		
P27	Peur d'un trouble mental		S24	Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu		
P28	Limitation de la fonction/incap. (P)		S26	Peur du cancer de la peau		
P29	Autre S/P psychologique		S27	Peur d'une autre maladie de la peau		
P70	Démence		S28	Limitation de la fonction/incap. (S)		
P71	Autre psychose organique		S29	Autre S/P de la peau		
P72	Schizophrénie		S30	Zone		
P73	Psychose affective		S71	Herpes simplex		
P74	Trouble anxieux/état anxieux		S72	Gale/autre acariose		
P75	Trouble somatoforme		S73	Pédiculose/autre infestation peau		
P76	Dépression		S74	Dermatophytose		
P77	Suicide/tentative de suicide		S75	Moniliasis/candidose de la peau		
P78	Neurosténie, surmenage		S76	Autre maladie infectieuse de la peau		
P79	Phobie, trouble obsessionnel compulsif		S77	Cancer de la peau		
P80	Trouble de la personnalité		S78	Lipome		
P81	Trouble hyperkinétique		S79	Autre tumeur bén./indéf. de la peau		
P82	Syndrome de stress post-traumatique		S80	Kéatosite actinique/coupe de soleil		
P85	Retard mental		S81	Hémangiome/lymphangiome		
P86	Anorexie mentale, boulimie		S82	Naevus/naevus pigmentaire		
P98	Autre psychose NCA		S83	Autre anom. congénitale de la peau		
P99	Autre trouble psychologique		S84	Impétigo		
Respiratoire		R	S85	Kyste/fistule pilonidal		
R01	Douleur du syst. respiratoire		S86	Dermatite séborrhéique		
R02	Souffle court, dyspnée		S87	Dermatite atopique/eczéma		
R03	Sibilance		S88	Dermatite et allergie de contact		
R04	Autre P. respiratoire		S89	Erythème fessier		
R05	Toux		S91	Psoriasis rosé		
R06	Saignement de nez, épistaxis		S92	Maladie des glandes sudoripares		
R07	Congestion nasale, éternuement		S93	Kyste sébacé		
R08	Autre S/P du nez		S94	Ongle incarné		
R09	S/P des sinus		S95	Molluscum contagiosum		
R21	S/P de la gorge		S96	Acné		
R23	S/P de la voix		S97	Ulcération chronique de la peau		
R24	Hémoptysie		S98	Urticaire		
R25	Expectoration/glaire anormale		S99	Autre maladie de la peau		
R26	Peur d'un cancer du syst. respiratoire		Métabol., nutrit., endocrinien			
R27	Peur d'une autre maladie respiratoire		T			
R28	Limitation de la fonction/incap. (R)		T01	Soif excessive		
R29	Autre S/P respiratoire		T02	Appétit excessif		
R71	Coqueluche		T03	Perte d'appétit		
R72	Streptococc. pharyngée		T04	P. d'alimentation nourrisson/enfant		
R73	Furoncle/abcès du nez		T05	P. d'alimentation de l'adulte		
R74	Infection aiguë voies respiratoire sup.		T07	Gain de poids		
R75	Sinusite aiguë/chronique		T08	Perte de poids		
R76	Angine aiguë		T10	Retard de croissance		
R77	Laryngite, trachéite aiguë		T11	Déshydratation		
R78	Bronchite aiguë, bronchiolite		T12	Cancer de la thyroïde		
R79	Bronchite chronique		T17	Tumeur bénigne de la thyroïde		
R80	Grippe		T22	Tumeur indéf. du syst. endocrinien		
R81	Pneumonie		T27	Infection du syst. endocrinien		
R82	Pleurésie, épanchement pleural		T28	Autre S/P du syst. endocrinien		
R83	Autre infection respiratoire		T29	Autre S/P endoc/métab./nutrit.		
R84	Cancer des bronches, du poumon		T70	Infection du syst. endocrinien		
R85	Autre cancer respiratoire		T71	Cancer de la thyroïde		
R86	Autre tumeur respiratoire		T72	Tumeur bénigne de la thyroïde		
R87	Autre tumeur bénigne		T73	Tumeur indéf. du syst. endocrinien		
R88	Ct du nez, du larynx, des bronches		T78	Canal/kyste thyroépithélio.		
R89	Autre lésion traumat. du syst. resp.		T80	Anom. congénit. endoc/métab./nutrit.		
R90	Anom. congénitale du syst. resp.		T81	Goitre		
R91	Hypertrrophie amygdalée/végétations		T82	Obésité		
R92	Autre tumeur indéf. du syst. resp.		T83	Excès pondéral		
R95	Mal. pulmonaire chronique obstructive		T85	Hyperthyroïdie/thyréotoxicose		
R96	Asthme		T86	Hypothyroïdie/myoxydème		
R97	Rhinite allergique		T87	Hypoglycémie		
R98	Syndrome d'hyperventilation		T89	Diabète insulino-dépendant		
R99	Autre maladie respiratoire		T90	Diabète non insulino-dépendant		
CODES PROCÉDURE			T91	Carence vitamino/nutritionnelle		
SYMPTÔMES ET PLAINTES			T92	Goutte		
INFECTIONS			T93	Trouble du métabolisme des lipides		
NÉOPLASMES			T99	Autre maladie endoc/métab./nutrit.		
TRAUMATISMES			Système Urinaire			
ANOMALIES CONGÉNITALES			U			
AUTRES DIAGNOSTICS			U01	Dysurie/miction douloureuse		
			U02	Miction fréquente/impérieuse		
			U04	Incontinence urinaire		
			U05	Autre P. de miction		
			U06	Hématurie		
			U07	Autre S/P au sujet de l'urine		
			U08	Rétention d'urine		
			U13	Autre S/P de la vessie		
			U14	S/P du rein		
			U26	Peur d'un cancer du syst. urinaire		
			U27	Peur d'une autre maladie urinaire		
			U28	Limitation de la fonction/incap. (U)		
			U29	Autre S/P urinaire		
			U70	Pyélonéphrite/pyérite		
			U71	Cystite/urétrite/urinopathie		
			U72	Urtrite		
			U75	Cancer du rein		
			U76	Cancer de la vessie		
			U77	Autre cancer urinaire		
			U78	Tumeur bénigne du trachus urinaire		
			U79	Autre tumeur indéf. urinaire		
			U80	Lésion traumat. du trachus urinaire		
			U85	Anom. congénitale du trachus urinaire		
			U88	Glomérulonéph./syndr. néphrotique		
			U90	Protrénose orthostatique		
			U98	Analysse urinaire anormale NCA		
			U99	Autre maladie urinaire		
Grossesse, accouchement et PF			Grossesse, accouchement et PF		W	
			W01	Question de grossesse		
			W02	Peur d'être enceinte		
			W03	Saignement pendant la grossesse		
			W08	Nausée/vomissement de grossesse		
			W10	Contraception post-coitale		
			W11	Contraception orale		
			W12	Contraception intra-utérine		
			W13	Sérialisation chez la femme		
			W14	Autre contraception chez la femme		
			W18	Sérialisation hypofertilité de la femme		
			W19	Saignement du post-partum		
			W20	Autre S/P du post-partum		
			W21	Précoc. par modif. image et grossesse		
			W27	Peur complications de la grossesse		
			W28	Limitation de la fonction/incap. (W)		
			W29	Autre S/P de la grossesse		
			W70	Grossesse		
			W79	Grossesse non désirée		
			W80	Grossesse ectopique		
			W81	Toxémie gravidique		
			W82	Avortement spontané		
			W83	Avortement provoqué		
			W84	Grossesse à haut risque		
			W85	Diabète gravidique		
			W90	Acc. non complique, enfant vivant		
			W91	Acc. non complique, enfant mort		
			W92	Acc. complique, enfant vivant		
			W93	Acc. complique, enfant mort		
			W94	Mastite puerpérale		
			W95	Autre mal. sein et grossesse/lait		
			W96	Autre complication puerpérale		
			W99	Autre maladie de la grossesse/acc.		
Syst. génital féminin et sein		X	Syst. génital féminin et sein		Z	
		X01	Douleur génitale chez la femme			
		X02	Douleur menstruelle			
		X03	Douleur intermenstruelle			
		X04	Rapport sexuel douloureux femme			
		X06	Menstruation absente/rare			
		X06	Menstruation excessive			
		X07	Menstruation irrégulière/fréquente			
		X08	Saignement intermenstruel			
		X09	S/P prémenstruel			
		X10	Ajournement des menstruations			
		X11	S/P liées à la ménopause			
		X12	Saignement de la post-ménopause			
		X13	Saignement post-coital femme			
		X14	Ecoulement vaginal			
		X15	S/P du vagin			
		X16	S/P de la vulve			
		X17	S/P du petit bassin chez la femme			
		X18	Douleur du sein chez la femme			
		X19	Tuméfaction/masse du sein femme			
		X20	S/P du mamelon chez la femme			
		X21	Autre S/P du sein chez la femme			
		X22	Précoc. par l'apparence des seins			
		X23	Peur d'une MST chez la femme			
		X24	Peur dysfunction sexuelle femme			
		X25	Peur d'un cancer génital femme			
		X26	Peur d'un cancer du sein femme			
		X27	Peur autre mal. génital/sein femme			
		X28	Limitation de la fonction/incap. (X)			
		X29	Autre S/P génital chez la femme			
		X70	Syphilis chez la femme			
		X71	Gonococcie chez la femme			
		X72	Candidose génitale chez la femme			
		X73	Trichomonase génitale femme			
		X74	Mal. inflammatoire pelvienne femme			
		X75	Cancer du col de l'utérus			
		X76	Cancer du sein chez la femme			
		X77	Autre cancer génital chez la femme			
		X78	Fibrome utérin			
		X79	Tumeur bénigne du sein femme			
		X80	Tumeur bénigne génitale femme			
		X81	Autre tumeur génital indéf. femme			
		X82	Liésion traumat. génitale femme			
		X83	Anom. génitale congénitale femme			
		X84	Vaginite/vulvite NCA			
		X85	Maladie du col de l'utérus NCA			
		X86	Frottis de col abnormal			
		X87	Prolapsus utero-vaginal			
		X88	Maladie fibrokytique du sein			
		X89	Syndrome de tension prémenstruelle			
		X90	Herpes génital chez la femme			
		X91	Candidose acuminée chez la femme			
		X92</td				

ANNEXE 3 : Formulaire de recueil de données des patients

Heure de début / ____ / h / ____ /	Initiales MG / ____ /	Date de consultation / ____ /	N° Questionnaire / ____ /	Patient Nouveau	Genre M F	Année de naissance / ____ /	Consultation Cabinet Visite
Statut CMU ALD	Ininvalidité AME AT	Profession cadre sup., profession intellectuelle ¹	agriculteur	artisan, commerçant, chef d'entreprise	employé ³	retraité	ouvrier ⁴
MP				profession intermédiaire ²			autre sans activité professionnelle
<small>¹ Inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. ² Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. ³ Inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. ⁴ Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs.</small>							
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédures)				n° RC	n° RC		
1.				6.			
2.				7.			
3.				8.			
4.				9.			
5.				10.			
Procédures (diagnostiques, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)				Transférabilité DMP / PPD / SMG / AC			
1.		R / P	n° RC	SC / AC / I	Professionnels	Conditions (le cas échéant) : DMP / PPD / SMG / AC	
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) [RC]				N / A	N / A		
1.				6.			
2.				7.			
3.				8.			
4.				9.			
5.				10.			
Procédure : R = réalisée, P = programmée. Professionnels concernés (plusieurs réponses possibles) : I = infirmière, PH = pharmacien, PS = psychologue, S = secrétaire, K = kiné, SF = sage-femme, AS = assistante-sociale, AP = autre professionnel. Transférabilité : SC = sans condition, AC = avec condition, I = impossible. DMP = Dossier médical partagé, PPD = Protocole prédefini, SMG = Supervision du médecin généraliste, AC = Autre condition. RC : N = nouveau, A = ancien.							
Heure de fin / ____ / h / ____ /							

ANNEXE 3 bis : Formulaire de recueil de données des médecins

Questionnaire Médecin

ECOGEN – Questionnaire médecin MSU

1. Votre âge : |_____| ans

2. Sexe : Féminin Masculin

3. Milieu d'exercice : Rural Semi-rural Urbain

4. Lieu d'exercice : _____ Code postal : |_____|

6. Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3

7. Mode d'exercice : En solo En groupe médical

En groupe pluriprofessionnel En Centre de santé

8. Nombre annuel de consultations : |_____| (Selon les données du RIAP annuel 2010)

9. Recevez-vous les visiteurs médicaux ? Oui Non

Si oui, nombre moyen de visiteurs par semaine : |____|

10. Recevez-vous les délégués de l'assurance maladie (DAM) ? Oui Non

Si oui, nombre moyen de visites par an : |____|

ANNEXE 4: Manuscrit en anglais

Skin cancer prevention and screening: how are general practitioners involved in their practice?

Background: Skin cancer incidence, histopathology and healthcare organization advocate for skin cancer prevention interventions grounded in primary care. However, little is known about the involvement of general practitioners (GPs) in skin cancer prevention. The objective of this study was to determine the involvement of GPs in skin cancer primary prevention and screening.

Methods: In this observational study, 54 GP trainees reported on 17,019 consultations conducted by 128 French GPs between December 2011 and April 2012, using the international classification of primary care. The consultations were classified as follows: addressed skin cancer issues, regular dermatology issues or did not address dermatology issues, based on the codes for the reason for consultation, process of care or health problems managed during the consultation. The physician involvement was also collected: education, clinical examination, referral to a physician. A multivariate analysis searched for factors associated with GP involvement in skin cancer prevention.

Study results and interpretation: In 70.7% of the consultations that addressed skin cancer issues, prevention and/or screening procedures derived from the physician initiative (and not from the patient). GP involvement was greater for individuals aged over 50 years (OR = 6.26, 95%CI [1.48-36.72]). “Education” and “completion of a clinical examination” were less frequent than for other consultations (5.7% vs 16.9%, $p < 0.001$; 67.5% vs 97.1%, $p < 0.001$, respectively), while referral to another physician was more frequent (39.0% vs 12.1 %, $p < 0.001$).

Further studies are needed to investigate the reasons for the weak involvement observed with respect to clinical examination.

INTRODUCTION

Skin cancers are the most frequent cancers and their incidence is continuing to increase [1]. Overall, the cumulative risk of skin cancer incidence during a lifetime is estimated to be 15% [2]. In the United States, skin cancer management is one of the 5 major Medicare expenditures [3][4]. The expenditure has increased by 76.9% over the last 15 years [5]. In all, 90% of skin cancers are non-melanoma skin cancers. In Western countries, the incidence of those cancers is estimated to be between 109 and 148/100,000 [1]. The incidence is reported to be 10-fold greater between ages 60 and 70 years, i.e. between 1019 and 1488/100,000 in that age group [6]. Indeed, about 80% of non-melanoma skin cancers occur after age 60 years [7][8]. The cumbersome of management is correlated with the earliness of diagnosis [1]. Melanoma is rarer (10% of skin cancers) but potentially more serious [1][9]. The 5-year survival depends on the earliness of diagnosis and ranges from 95% (Breslow thickness < 1 mm) to 60% (Breslow thickness > 4 mm) [9][10]. In all, 75% of melanomas occur after age 50 years [1].

Prevention is based on avoidance of UV radiation exposure. Screening is recommended for populations with risk factors: a personal or family history of melanoma, a number of nevi greater than 40, the number of atypical nevi, phenotype I or II, freckles and actinic damage, and a history of sunburn [11][12][13].

There are many reasons for preventive interventions grounded in primary care. One is the ecology of medical care: only a minority of patients consult a specialist [14][15]. Many patients who are systematically referred to a dermatologist do not take up the referral [16]. Last, but not least, the demographic density of dermatologists does not allow all patients to consult a dermatologist for a skin examination. Thus, enhancing skin cancer prevention in a primary care setting is a major issue. Various studies have addressed the provision of innovative tools and procedures in order to facilitate prevention and screening in the

context of primary care [17][18][19]. However, little is known about GP spontaneous involvement in skin cancer prevention. In-depth knowledge of those practices and identification of areas for improvement is a necessity before formulating enhancement proposals.

The objective of this study was to determine the involvement of GPs in skin cancer prevention and screening during regular consultations.

METHODS

Design and setting:

The study exploited the data generated by a multicenter, cross-sectional, observational study conducted in France, the ECOGEN (Elements of COnsultation in GENeral practice) study, the methodology of which has been published elsewhere [20]. The observational study included over 20,000 consultations conducted between December 2011 and April 2012 by 128 general practitioners (GPs). The GPs volunteered to take part in the study and were members of the French network of teaching general practitioners. The GP practices were distributed throughout France. The characteristics of the physicians taking part in the study were as follows: mean age 52.64 years; 66.4% male; 51.6% practicing in an urban area; 61.7% practicing in group practices.

The objectives of the ECOGEN study were to determine the reasons for, and care procedures associated with, health issues managed in primary care settings in France. The study was conducted by 54 GP interns. Prior to study start, the observers were trained in the use of the international classification of primary care (ICPC-2) for 1.5 days [21][22].

During the 20 weeks of the study, the observers prospectively reported, on 2 half-days per week, the content of all the consultations they attended using the ICPC-2classification. The observers had a paper checklist to orient data collection and reported the 'reasons' for

consultation, and the process of care and health problems managed during the consultation [20] [21]. The data were subsequently compiled, daily, in a secure online database. The study analyzed the 17,019 consultations attended by adult subjects.

Outcomes

Two researchers (CR, SH) jointly selected the codes enabling identification of: 1) the consultations addressing skin cancer prevention or screening (codes S-26: 'Fear of cancer of skin'; S-77: 'Malignant neoplasm of skin'; S-79: 'Neoplasm skin benign, unspecified'; S-80: 'Solar keratosis/sunburn'; S-82: 'Nevus/mole'); 2) consultations addressing other dermatological problems (other codes S); 3) consultations without any dermatological orientation (remaining codes). The consultations were thus divided into 3 groups: addressed skin cancer issues (SC), addressed regular dermatology issues (RD) and did not address dermatology issues (ND).

It was investigated who, the physician or the patient, initiated the process of care. The process of care was considered to have been initiated by the patient if the code was indicated as a reason for consultation. In contrast, when the final result of the consultation included a code that was not indicated in the reasons advanced by the patient during the consultation, the procedures of care was considered to have been initiated by the physician. The physician involvement in prevention was subsequently characterized by distinguishing the following process of care: education (code: S45), physical examination (codes: S30, S31), referral to a specialist (code: S67), biopsy or excision (code: S52).

The other variables collected characterized the patient (gender, age, patient known or new to the practice, socioeconomic category, deprivation as determined by fee exoneration) and the physician (gender, age, practice site, practice alone or group practice, number of consultations annually). The duration and site of the consultation (office or home call)

were also reported.

Statistical analysis plan:

The process of care implemented during consultations that addressed skin cancer issues were compared to those implemented in consultations that addressed regular dermatology issues and those implemented during consultations without dermatology issues. The statistical analyses were performed using the R 3.1.0. software package. The Student's test and Mann-Whitney-Wilcoxon test were used for quantitative variables. The Chi² or Fisher test was used for bivariate variables. A multivariate analysis led to identify factors associated with GP involvement in skin cancer prevention and/or screening.

Ethical approval

Approval was obtained from the Institutional Review Board Sud-East IV (No L11-149). A statement was made to the Advisory Committee on Information Processing in Health Research (CCTIRS No.11605) and the French Commission on Information Technology and Liberties (No.1549782).

RESULTS

General characteristics of the consultations

Among the 17,019 adult consultations, 123 (0.7%) addressed skin cancer issues (SC), 1,521 (8.9%) addressed regular dermatology issues (RD) and 15,375 (90.3%) were not related to dermatology issues (ND).

No statistical association between the physician characteristics and SC consultations was evidenced.

The characteristics of the consulting patients are reported in table 1. In the SC consultation group, 2 populations were under-represented: patients aged less than 50 years (30.9 vs. 42.1%; $p = 0.039$) and unemployed patients (5.7 vs. 11.9%; $p = 0.005$). Retired patients were over-represented (53.7 vs. 39.6%; $p = 0.002$). There were no other significant differences associated with the patient characteristics.

The characteristics of the consultation context are reported in table 2. In the SC group, the mean duration of the consultation was significantly longer (18.41 min (SC), 17.80 min (RD), 17.11 min (ND); $p = 0.003$). In addition, there were more reasons for consultation (3.74 (SC), 3.49 (RD) and 2.69 (ND); $p < 0.001$).

General practitioner involvement:

Among the 126 SC consultations, a patient request was only identified in 29.3% of cases (Table 3). In 70.7% of cases, the process of care related to the physician involvement only. Physician involvement was even more marked for patients aged 50-75 years (OR = 6.26 [1.48-36.72], $p = 0.02$) and patients aged over 75 years (OR = 11.71 [1.82-97.69]; $p = 0.01$).

Table 4 compares the process of care implemented during SC consultations and ND consultations. Certain procedures were conducted less frequently during SC consultations: patient education (5.7 vs. 16.9 %; $p < 0.001$), clinical examination (67.5 vs. 97.1%; $p < 0.001$) in the form of a full clinical examination (7.3 vs. 22.3%; $p < 0.001$) or partial clinical examination (60.2 vs. 74.9%; $p < 0.001$). Certain procedures were more frequent: referral to a specialist (39.0 vs. 12.1%; $p < 0.001$) and biopsy (6.5 vs. 0.1%; $p = 0.001$).

INTERPRETATION

Main results

This study investigated GP involvement in skin cancer prevention and screening. The process of care were conducted 2.2-fold more frequently at the physician initiative than at the patient initiative (70.7 vs. 29.3%; $p < 0.001$), particularly for patients aged over 50 years (OR = 6.26 [1.48-36.72]). The process of care was generally implemented as a supplementary procedure during the consultation (3.7 vs. 2.7; $p < 0.001$) and the consultations were, on average, 1 min and 20 sec longer ($p = 0.003$). Compared to the consultations conducted in other fields, the physicians were less involved in education (5.7 vs. 16.9%; $p < 0.001$) and clinical examination (67.5 vs. 97.1%; $p < 0.001$) and more involved in referral to a specialist (39.0 vs. 12.1%; $p < 0.001$). These consultations accounted for 1% of the consultations in general practice.

Explanation of the findings

The results of the study showed that the situations in which the patient spontaneously consults in order to show a suspect skin lesion were in the minority. Prevention and screening were 2-fold more frequently the result of active GP involvement. Other authors have previously reported similar results, particularly for patients aged over 60 years [23]. The increasing involvement of physicians with respect to more elderly patients (after age 50 years and then after age 75 years) is consistent with the reported incidence of the disease since 75% of skin cancers emerge after age 50 years [6]. The stronger involvement of the physicians also appears to reflect the lesser involvement of certain patient populations: men and the elderly. Buster et al. have reported that the elderly consider themselves at a lower risk of developing skin cancer [24]. Reen et al. have shown that the most elderly do not consult despite the screening campaigns [25].

This study then determined physician involvement in patient education, clinical

examination and referral. First, the weak involvement of physicians in education and counseling is a surprising but nonetheless relevant finding. Several studies have shown that counseling given by physicians was more effective than that given in the context of more impersonal communication modalities [19][26]. In preventive settings, Hollands has shown the benefit of counseling based on showing the patient the lesions on his/her body [27].

Secondly, the low rate of clinical examination is another relevant finding. This seems paradoxical since skin cancer screening is based on physical examination. The low examination rate could be related to time constraints. Indeed, this study showed that skin cancer prevention was a supplementary consultation procedure carried out at the physician initiative. However, those consultations were only about 90 seconds longer. The additional time interval seems too short to enable a full skin examination. One potential explanation could be that the time constraint was incompatible with a full skin examination if the latter had not been scheduled.

Lastly, in this study, the GPs referred their patient to a specialist in 40% of cases (3-fold more than for the other consultations). This is consistent with the results of a previous study [18]. One potential explanation could be that GPs did not feel qualified to conduct skin examination of suspect lesions. GPs could thus tend to refer the patient to a dermatologist if there was the slightest doubt, sometimes without even examining the patient. However, further studies are needed to elucidate this paradoxical result further.

Strengths and limitations of the study

The study was based on observation of a large number of consultations conducted by GPs whose practices were representative of French GP practice [28]. This unprecedented study was not based on self-reported data and defined the consultations using a validated

international classification [21][22].

However, this study has some limitations. First, it was related to the use of the ICPC2 whose codes for the reasons for consultation, procedures of care and health problems do not enable reporting certain clinical information that could have been pertinent: skin cancer type and other skin cancer risk factors (sun exposure habits, previous use of tanning beds, phototype). In addition, the presence of an outside observer could have modified the physician practices. In order to minimize that impact, the GPs had no information on the specific objective of this ancillary study.

Conclusions and implications for practice, policy and the future

Policy makers actively communicate with a view to promote population awareness of skin cancer prevention. This study shows the need to reinforce general public skin cancer prevention campaigns with preventive strategies involving GPs. The study suggests areas for the improvement of GP practice: expanding preventive counseling of patients, a field in which it would appear that little has been invested so far. This study also shows that GPs, paradoxically, examine few patients when the objective is skin cancer prevention and screening. This finding requires new studies to determine the causes.

ACKNOWLEDGMENTS

Contributors: the authors wish to thank the 54 trainees for their participation in data collection and the 128 GPs who agreed to take part in the study, and the French medical schools involved in ECOGEN study (Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Clermont Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris Descartes, Paris Pierre et Marie Curie, Paris Diderot, Paris Est Créteil, Paris Ile-de-France Ouest, Poitiers, Rennes, Rouen, St-Etienne, Strasbourg, and Tours).

REFERENCES

1. Madan V, Lear JT, Szeimies R-M. Non-melanoma skin cancer. Lancet. 20 févr 2010;375(9715):673-85.
2. Binder-Foucard, F., Belot, A., Delafosse, P., Remontet, L., Woronoff, A. S., & Bossard, N. (2013). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1–Tumeurs solides. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice (Fra), 122.
3. Housman TS, Feldman SR, Williford PM, Fleischer AB, Goldman ND, Acostamadiedo JM, et al. Skin cancer is among the most costly of all cancers to treat for the Medicare population. J Am Acad Dermatol. Mars 2003;48(3):425-9.
4. Guy GP, Ekwueme DU. Years of potential life lost and indirect costs of melanoma and non-melanoma skin cancer: a systematic review of the literature. Pharmacoeconomics. Oct 2011;29(10):863-74.
5. Rogers HW, Weinstock MA, Harris AR, et al. Incidence estimate of non melanoma skin cancer in the united states, 2006. Arch Dermatol. 1 mars 2010;146(3):283-7.
6. Diffey BL, Langtry JA. Skin cancer incidence and the ageing population. Br J Dermatol 2005; 153: 679–80.
7. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. Br J Dermatol. Juill 2002;147(1):41-7.
8. Wu S, Han J, Li WQ, Li T, Qureshi AA. Basal-cell carcinoma incidence and associated risk factors in U.S. women and men. Am J Epidemiol. 2013 Sep 15;178(6):890-7.
9. Balch CM, Soong SJ, Atkins MB, et al. An evidence-based staging system for cutaneous melanoma. CA Cancer J Clin. 2004;54(3):131-149.
10. Van der Leest RJT, van Steenbergen LN, Hollestein LM, de Vries E, Nijsten T, van Akkooi ACJ, et al. Conditional survival of malignant melanoma in The Netherlands: 1994-2008. Eur J Cancer. Févr 2014;50(3):602-10.

11. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990 2005;41:28–44. doi:10.1016/j.ejca.2004.10.015
12. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990 2005;41:45–60. doi:10.1016/j.ejca.2004.10.016
13. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990 2005;41:2040–59.
14. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *New Engl J Med* 1961;265:885-92.
15. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med* 2001;344:2021-5.
16. Rat C, Quereux G, Monegier du Sorbier M, Gaultier A, Bonnaud-Antignac A, Khammari A, et al. Patients at elevated risk of melanoma: individual predictors of non-compliance to GP referral for a dermatologist consultation. *Prev Med*. Juill 2014;64:48-53.
17. Grange F, Woronoff AS, Bera R, Colomb M, Lavole B, Fournier E, et al. Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. *Br J Dermatol*. Janv 2014;170(1):123-9.
18. Rat C, Quereux G, Grimault C, Gaultier A, Khammari A, Dreno B, et al. Melanoma incidence and patient compliance in a targeted melanoma screening intervention. One-year follow-up in a large French cohort of high-risk patients. *Eur J Gen Pract*. 20 août 2014;1-7.
19. Falk M, Magnusson H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: an effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? *Scand J Prim Health Care*. Sept 2011;29(3):135-43.
20. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guérin MH, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GENérale. Exercer 2014 ;

114:148-57.

21. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM. International primary care classifications : the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract* 1992 ; 9 : 330-9.
22. Soler J-K, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract*. août 2008;25(4):312 7.
23. Walter FM, Humphrys E, Tso S, Johnson M, Cohn S. Patient understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 31 août 2010;11:62.
24. Buster KJ, You Z, Fouad M, Elmets C. Skin cancer risk perceptions: a comparison across ethnicity, age, education, gender, and income. *J Am Acad Dermatol*. Mai 2012;66(5):771-9.
25. Reen B, Coppa K, Smith DP. Skin cancer in general practice --impact of an early detection campaign. *Aust Fam Physician*. Juill 2007;36(7):574-6.
26. Rat C, Quereux G, Riviere C, Clouet S, Senand R, Volteau C, et al. Targeted melanoma prevention intervention: a cluster randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. Févr 2014;12(1):21-8.
27. Hollands GJ, Hankins M, Marteau TM. Visual feedback of individuals' medical imaging results for changing health behaviour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;20:CD007434
28. Gelly J, Le Bel J, Aubin-Auger I, Mercier A, Youssef E, Mentre F, et al. Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care--an observational cross-sectional multicentre study. *Fam Pract*. août 2014;31(4):445-52.

Table 1: Characteristics of the patients consulting by consultation type: addressing skin cancer issues (SC), addressing regular dermatology issues (RD), without dermatology issues (ND).

	SC consultations		RD consultations		ND consultations		p
	N=123	n; %	N=1521	n; %	N=15375	n; %	
Gender							
Male	57; 46.3		606; 39.8		6134; 39.9		0.347
Female	66; 53.7		915; 60.2		9241; 60.1		
Age							
Mean, SD		59.6; 19.1		54.3; 19.8		54.3; 19.2	0.010
18-50	38; 30.9		648; 42.6		6479; 42.1		0.039
50-75	56; 45.5		606; 39.8		6348; 41.3		0.340
75-111	29; 23.6		267; 17.6		2548; 16.6		0.076
Occupation							
Farmers, farm operators	2; 1.6		6; 0.4		66; 0.4		0.153
Artisans, business owners	1; 0.8		44; 2.9		528; 3.4		0.174
Managers, higher occupations	9; 7.3		74; 4.9		968; 6.3		0.075
Intermediate occupations	6; 4.9		114; 7.5		1124; 7.3		0.563
Employees	24; 19.5		328; 21.6		3637; 23.7		0.109
Workers	4; 3.3		67; 4.4		739; 4.8		0.573
Pensioners	66; 53.7		633; 41.6		6093; 39.6		0.002
Unemployed	7; 5.7		214; 14.1		1836; 11.9		0.005
Students	4; 3.3		41; 2.7		377; 2.5		0.616
NA	0; 0.0		0; 0.0		7; 0.0		-
Suffering from a chronic disease							0.345
Low socioeconomic status	39; 31.7		464; 30.5		4442; 28.9		
	2; 1.6		54; 3.6		592; 3.9		0.436

Table 2: Consultation characteristics by procedure type addressing skin cancer issues (SC), addressing regular dermatology issues (RD), without dermatology issues (ND).

	SC consultations		RD consultations		ND consultations		p	
	N=123		N=1521		N=15375			
	n; %	Mean, SD	n; %	Mean, SD	n; %	Mean, SD		
Practice location								
Rural	23; 18.7		315; 20.7		3063; 19.9		0.72	
Semi-rural	24; 19.5		359; 23.6		3687; 24.0		0.49	
Urban	76; 61.8		847; 55.7		8625; 56.1		0.42	
Context								
Office	117; 95.1		1391; 91.5		14291; 92.9		0.060	
Home call	6; 4.9		130; 8.5		1084; 7.1			
Consultation duration	18.41; 8.34		17.80; 8.35		17.11; 8.56		0.003	
Number of problems	3.74; 1.97		3.49; 2.09		2.69; 1.72		<0.001	

Table 3: Initiator of the skin cancer prevention and/or screening in primary care consultations.

		Total N	Total Mean, SD	Physician n, %	Physician Mean, SD	Patient n, %	Patient Mean, SD	p
Gender								
Male		57		42; 73.7		15; 26.3		<0.001
Female		66		45; 68.2		21; 31.8		0.010
Age								
18-50		38		21; 55.3		17; 44.7		0.63
50-75		56		42; 75.0		14; 25.0		<0.001
75-111		29		24; 82.8		5; 17.2		<0.001
Age (mean, SD)			59.6; 19.1		61.8; 19.5		54.3; 17.3	0.038
Occupation								
Farmers, farm operators		2		1; 50.0		1; 50.0		1
Artisans, merchants, business owners		1		0; 0.0		1; 100.0		1
Managers, higher intellectual occupations		9		6; 66.7		3; 33.3		0.35
Intermediate occupations		6		4; 66.7		2; 33.3		0.57
Employees		24		17; 70.8		7; 29.2		0.066
Workers		4		2; 50.0		2; 50.0		1
Pensioners		66		49; 74.2		17; 25.8		<0.001
Unemployed		7		4; 57.1		3; 42.9		1
Students		4		4; 100.0		0; 0.0		0.029
Low socioeconomic status		2		1; 50.0		1; 50.0		1
Suffering from a chronic disease		39		31; 79.5		8; 20.5		<0.001

Table 4: Factors associated with GP involvement in skin cancer prevention and/or screening in primary care consultations (multivariate analysis).

	OR	(IC 65%)	p
Gender			
Male	1.22	[0.49-3.10]	0.67
Female	REF	-	-
Age			
18-50	REF	-	-
50-75	6.26	[1.48-36.72]	0.021
75-111	11.71	[1.82-97.69]	0.014
Occupation			
Farmers, farm operators	REF	-	REF
Artisans, merchants, business owners	/	/	1.00
Managers, higher intellectual occupations	3.48	[0.08-183.87]	0.50
Intermediate occupations	4.98	[0.11-290.57]	0.40
Employees	4.63	[0.12-201.28]	0.38
Workers	5.25	[0.09-455.36]	0.42
Pensioners	1.07	[0.03-39.05]	0.97
Unemployed	1.47	[0.03-76.26]	0.84
Students	/	/	0.99
Low socioeconomic status	1.31	[0.45-3.96]	0.62
Suffering from a chronic disease	1.01	[0.03-38.50]	0.99

Table 5: Procedures implemented by the physician in consultations addressing skin cancer issues (SC), addressing regular dermatology issues (RD), without dermatology issues (ND).

	SC consultations	RD consultations	ND consultations	p
	N=123 n; %	N=1521 n; %	N=15375 n; %	
Education	7; 5.7	80; 5.3	2601; 16.9	<0.001
Physical examination	83; 67.5	1018; 66.3	14933; 97.1	<0.001
• Detailed examination	9; 7.3	112; 7.4	3421; 22.3	<0.001
• Partial examination	74; 60.2	906; 59.6	11512; 74.9	<0.001
Referral to the specialist	48; 39.0	148; 9.7	1857; 12.1	<0.001
Biopsy	8; 6.5	36; 2.4	22; 0.1	<0.001

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Mademoiselle Sara HOUD

Vu, le Directeur de thèse

Dr Cédric RAT

Vu, le Président du jury de thèse

P. HUZÉ JE

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine d'ANGERS

I. RICHARD

Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



TITRE

Prévention et dépistage des cancers de la peau : quelle implication des médecins généralistes dans la pratique de tous les jours?

RÉSUMÉ

Contexte: L'incidence des cancers cutanés, la corrélation entre la précocité du diagnostic et le pronostic, ainsi que l'organisation de notre système de santé actuel plaident en faveur du dépistage et d'actions de prévention en médecine générale. Cependant, l'implication spontanée des médecins généralistes dans le domaine de la prévention et du dépistage du cancer de la peau n'est pas bien connue. L'objectif de notre étude était de décrire l'implication spontanée des médecins généralistes dans ce domaine.

Méthode: Il s'agissait d'une étude observationnelle. Cinquante-quatre internes en stage chez le praticien ont recueilli les données de 20 781 consultations réalisées par 128 médecins généralistes durant la période d'hiver de décembre 2011 à avril 2012, en utilisant la classification internationale des soins primaires. Les consultations ont été classées en : consultations abordant la problématique des cancers de la peau, consultations abordant une problématique de dermatologie courante, et consultations sans rapport avec la dermatologie, en fonction des codes figurant en motif, procédure, ou résultat. Le fait que soit le patient soit le médecin était à l'initiative de la procédure en rapport avec la dermatologie a été rapporté. La nature de l'implication du médecin a été caractérisée à partir des procédures: éducation, examen clinique, orientation vers un médecin, biopsie.

Résultats: Dans 70.7% des consultations abordant la problématique des cancers de la peau, les procédures relevaient de l'initiative du médecin. Cette implication était plus importante chez les plus de 50 ans (OR = 6,26 [1,48-36,72]). L'éducation (5.7% vs 16.9 %, p<0.001) et la réalisation d'un examen clinique (67.5% vs 97.1%, p<0.001) étaient moins fréquentes que dans les autres consultations, contrairement à l'orientation vers un confrère (39.0 % vs 12.1 %, p<0,001).

Conclusion : L'implication du médecin généraliste est active. Toutefois, l'implication dans l'éducation pourrait vraisemblablement être développée, et de futures études devraient explorer les raisons de la faible implication observée dans l'examen clinique.

MOTS-CLÉS

Cancers cutanés

Prévention

Dépistage

Médecine générale

FORMAT

Mémoire
 Article¹ : à soumettre soumis accepté pour publication publié
suivi par : Dr RAT Cédric

¹ statut au moment de la soutenance