

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



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



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNEE 2021

THESE N°228

**LE DEPISTAGE DU MELANOME EN CABINET DE MEDECINE
GENERALE EN REGION RHONE-ALPES
THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le Jeudi 30 septembre 2021

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Serhouni Céline

Née le 10/12/1990 à Saint Chamond (42)

Sous la direction

Du Docteur REVEST Maximilien

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Pr Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Pr Pierre COCHAT

Directeur Général des services

M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Pr Gilles RODE

Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux
RILLON

Pr Carole BU-

Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)
GUERRA Doyenne de l'UFR d'Odontologie
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques
PERROT de Réadaptation (ISTR)
Directrice du département de Biologie Humaine

Pr Christine VINCI-
Pr Dominique SEUX
Dr Xavier

Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences

Pr Kathrin GIESELER

Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences
LETTI Et Technologies

Pr Bruno ANDRIO-

Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des
POULLE Activités Physiques et Sportives (STAPS)

M. Yannick VAN-

Directeur de Polytech

Pr Emmanuel PERRIN

Directeur de l'IUT

Pr Christophe VITON

Directeur de l'Institut des Sciences Financières
(ISFA)

M. Nicolas LEBOISNE Et Assurances

Directrice de l'Observatoire de Lyon

Pr Isabelle DANIEL

Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur
REYRON du Professorat et de l'Education (INSPé)

M. Pierre CHA-

Directrice du Département Composante Génie Electrique
et Procédés (GEP)

Pr Rosaria FERRIGNO

Directeur du Département Composante Informatique

Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN

Directeur du Département Composante Mécanique

Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2019/2020

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie Générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Neurologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie LU-
KASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ;
médecine d'urgence		
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive

ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

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

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
LAMBLIN	Géry	Médecine Palliative

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MARTIN	Xavier	Urologie
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINE	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN	Michèle	Pneumologie
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACON REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie

MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

Maître de Conférences Classe normale

CHABOT	Hugues	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de conférence de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
------------	------

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéri

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS :

Au président du Jury Monsieur le Professeur THOMAS Luc, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. Trouvez ici le témoignage de ma gratitude pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Aux membres du jury, Professeur MAUCORT-BOULCH Delphine et Professeur BOUSSAGEON Remy, vous me faites l'honneur de bien vouloir siéger dans le jury de cette thèse, recevez mes sincères remerciements.

A mon directeur de thèse, Docteur REVEST Maximilien, merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail, merci de ta disponibilité, de tes précieux conseils et de ta patience.

A mes parents et amis.

TABLE DES MATIERES :

Introduction	12
1) Epidémiologie.....	12
2) Les différents types de mélanome.....	13
3) Les facteurs de risque de mélanome.....	16
4) Les facteurs pronostiques.....	18
5) Rappels et définitions de l'OMS.....	18
6) Recommandations actuelles.....	20
7) Outils de dépistage existants.....	21
Matériel et Méthodes.....	26
1) Type d'étude.....	26
2) Elaboration du questionnaire.....	27
Résultats.....	29
1) Caractéristiques sociodémographiques.....	29
2) Outils et prise en charge au cabinet.....	30
3) Ressenti du médecin généraliste.....	31
4) Le dépistage en pratique au cabinet.....	33
Discussion.....	39
1) Le dépistage du mélanome : perspectives futures.....	42
2) Le dépistage du mélanome à l'étranger.....	45
3) Les barrières au dépistage du mélanome.....	46
Conclusion.....	48
Annexes.....	49
Bibliographie.....	60

INTRODUCTION :

Le mélanome est le cancer cutané le plus grave par sa capacité à métastaser. Il constitue un véritable enjeu de santé publique.

Son incidence est en augmentation régulière de 10% par an depuis 50 ans et il se situe au 11ème rang des cancers les plus fréquents chez l'homme et au 9ème rang chez la femme [1]

Il représente entre 2% et 3% de l'ensemble des cancers. On dénombre plus de 7300 nouveaux cas chaque année [2].

Le mélanome est un cancer de bon pronostic s'il est détecté tôt. Le taux de survie relative à 5 ans est de 88% pour les stades localisés et de 18% dans les situations métastatiques. En France, plus de 1500 décès annuels, dont 55% chez l'homme, lui sont imputables, ce qui représente 1% des décès par cancer [1].

L'incidence et la morbi-mortalité liées à ce cancer ne diminuent pas malgré la promotion d'un dépistage ciblé fortement recommandé par l'ensemble des professionnels de santé experts sur le sujet.

Se pose alors la question de savoir comment se déroule la mise en place de ce dépistage sur le terrain, dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

1) Epidémiologie : quelques chiffres :

a) Incidence et mortalité :

Le mélanome cutané constitue actuellement un problème de santé publique majeur. Il se situe au 9ème rang des cancers les plus fréquents et représente 10% des cancers de la peau [3]. Il est le plus grave des cancers de la peau du fait de sa capacité à métastaser, mettant en jeu le pronostic vital. La détection précoce est la meilleure chance de guérison car elle permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique [4].

En France et dans la plupart des pays européens, l'incidence est estimée entre 5 et 10 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants. Cette incidence atteint des sommets chez les populations blanches en Australie : 40 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants [3].

En 2012 d'après l'Institut National du Cancer (INCa) : 11 176 nouveaux cas de mélanome sont diagnostiqués [3]. L'augmentation d'incidence observée dans les années 80 s'est ralentie depuis 2000. Le nombre de décès lié au mélanome cutané en France est estimé à 1 618 [4].

Actuellement, 86% des diagnostics de mélanome cutané ont lieu à un stade précoce (stade I ou II) permettant une survie relative à 5 ans estimée à 88% [5].

La mortalité tend à augmenter (1,2 à 1,5 par an pour 100 000 habitants en France), mais moins que l'incidence ce qui peut être attribué à un dépistage précoce [6].

Environ 10% des mélanomes surviennent dans un contexte de mélanome familial, défini par 2 personnes au moins, atteintes de mélanome dans une même famille, surtout si elles sont apparentées au 1^{er} degré. Plusieurs gènes semblent impliqués dans la transmission familiale du mélanome : le principal est le gène CDKN2A, gène suppresseur de tumeur [6].

b) Coûts :

Les données médico-économiques françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) montrent que le diagnostic et le traitement des mélanomes cutanés ont engendrés : 486 879 actes d'exérèse de lésions superficielles, 11 119 hospitalisations, 11 596 séances de chimiothérapie, 1 254 séjours en soins palliatifs, et 39 537 mises en Affection Longue Durée (ALD). La prise en charge du mélanome cutané invasif a généré un coût de 236,3 millions d'euros en 2008 [5].

2) Les différents types de mélanome :

Le mélanome est une tumeur maligne développée aux dépens des mélanocytes, les cellules qui fabriquent la mélanine. 70 à 80% des mélanomes naissent de novo, en peau apparemment saine. Le risque de transformation maligne des nævus communs est très faible. La localisation varie entre les femmes (prédominance au niveau des membres inférieurs) et les hommes (prédominance au niveau du thorax) [3].

Le mélanome cutané peut survenir à tout âge, de l'enfance à un âge avancé, mais reste très rare avant la puberté [6]. Le pic d'incidence se situe entre 50 et 64 ans chez l'homme, et entre 15 et 64 ans chez la femme. [4].

Classification anatomoclinique des mélanomes :

a) Les mélanomes à croissance lente avec phase d'extension horizontale initiale :

- Le SSM : *spreading superficial melanoma* :

60-70% des mélanomes : développement intra épidermique horizontal, puis vertical dermique dans un second temps.



Figure 1 Mélanome SSM (www.syndicatdermatos.org)

- Le mélanome de Dubreuilh :

10% des mélanomes : Développement horizontal pendant des années, sur les zones photo exposées des personnes de plus de 60 ans (visage principalement)



Figure 2 Mélanome de Dubreuilh (collège national des enseignants de dermatologie)

- ALM : Mélanome acral lentigineux :

2% des cas : Survient sur la paume des mains, la plante des pieds, les bords latéraux des doigts et orteils, sous les ongles.



Figure 3 Mélanome acral lentigineux (<http://www.arcagy.org>)



Figure 4 Mélanome acral lentigineux (www.abimelec.com)

- Mélanomes des muqueuses :

Le mélanome malin des muqueuses est une tumeur extrêmement rare. Il peut survenir dans différentes localisations, notamment la cavité orale, l'anus, la conjonctive, et plus rarement au niveau de la muqueuse génitale féminine. Leur pronostic est en général moins bon que celui des mélanomes cutanés car les formes muqueuses sont généralement détectées à un stade plus tardif de la maladie.

b) Les mélanomes à croissance rapide : phase de développement vertical d'emblée :

- **Les Mélanome nodulaires** : Ils sont rares et représentent 9,2% des mélanomes cutanés [5]. Ce sont les plus invasifs.



Figure 5 Mélanome nodulaire (<http://www.dermatonet.com>)

c) Diagnostics différentiels :

Les nævus atypiques

Les kératoses séborrhéiques (semblent posées sur la peau avec une surface mate et des bords bien nets)

Les carcinomes basocellulaires pigmentés (aspect translucide perlé)

Les histiocytobromes pigmentés (palpation en pastille)

Les angiomes thrombosés qui peuvent simuler un mélanome nodulaire.

3) Les facteurs de risque de mélanome sont : [4]

-Phototype cutané type I ou II : peau claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs, présence d'éphélides (taches de rousseur).

-Nævus :

Nævus dysplasique ou atypique

Nombreux grains de beauté (>40)

Syndrome du nævus atypique (nombre de Nævis >50, de diamètre > 6 mm, ayant des aspects atypiques à bords irréguliers avec polychromie et siégeant en peau non photo exposée)

Nævus congénital géant (diamètre > 20 cm)

-Exposition solaire :

Antécédents de coups de soleil (quel que soit l'âge auquel ils sont survenus, mais d'autant plus avant l'âge de 35 ans). On rappelle qu'à l'heure actuelle, aucune étude ne permet de prouver que les produits de protection solaire diminuent le risque de mélanome [5].

Exposition chronique au soleil (habitudes de vie, métiers en extérieur)

L'utilisation des cabines à UV artificiels (A noter qu'aucun effet/dose n'a pu être démontré)

-Etat cutané altéré : Présence de dommages cutanés liés au soleil (kératose actinique, lentigos, taches solaires)

-Antécédents personnels ou familiaux de mélanome. Antécédents personnels ou familiaux d'autres cancers cutanés.

-L'immunodépression

A noter également que : le risque de mélanome cutané chez la femme est augmenté par les traitements oestrogéniques ou l'endométriose et que l'utilisation de pesticides augmente le risque de mélanome cutané [4].

Rappel : Les différents phototypes :

Phototypes	Caractéristiques	Réaction au soleil
I 	- Peau très blanche, lactée (rousse) - Cheveux souvent roux ou blonds - Nombreuses taches de rousseur	Brûle toujours, ne bronze jamais, très sensible au soleil voire intolérant
II 	- Peau très claire - Cheveux généralement blonds à châtain - Taches de rousseur assez fréquentes	Brûle toujours, bronze très légèrement et lentement
III 	- Peau intermédiaire - Cheveux châtain à bruns - Quelques taches de rousseur possibles	Brûle parfois, bronze graduellement (bronzage moyen)
IV 	- Peau mate - Cheveux bruns ou noirs - Pas de tache de rousseur	Brûle rarement, bronze bien (bronzage foncé)
V 	- Peau brune - Cheveux noirs - Pas de tache de rousseur	Ne brûle jamais, bronze toujours (bronzage très foncé)
VI 	- Peau noire - Cheveux noirs	Ne brûle jamais

4) Les facteurs pronostiques :

L'épaisseur de la lésion est un critère pronostique majeur. En effet les mélanomes in situ, c'est-à-dire intra épidermiques ont une guérison assurée par l'exérèse chirurgicale seule. En dehors de ce cas le patient est exposé aux risques de récives et de métastases (régionales cutanées, sous cutanées, ganglionnaires ou à distance, viscérales).

L'épaisseur tumorale est mesurée par l'indice de Breslow avec une corrélation presque linéaire entre épaisseur et mortalité.

Le taux de survie à 5 ans se situe entre 91% et 95% si l'indice de Breslow est < à 1 mm. En revanche le taux de survie baisse à 63-79% si l'indice de Breslow est compris entre 2 et 4 mm [4]. Les mélanomes cutanés diagnostiqués à un stade métastatique sont de très mauvais pronostic : les taux de survie à 5 ans ne dépassent pas les 20% [3].

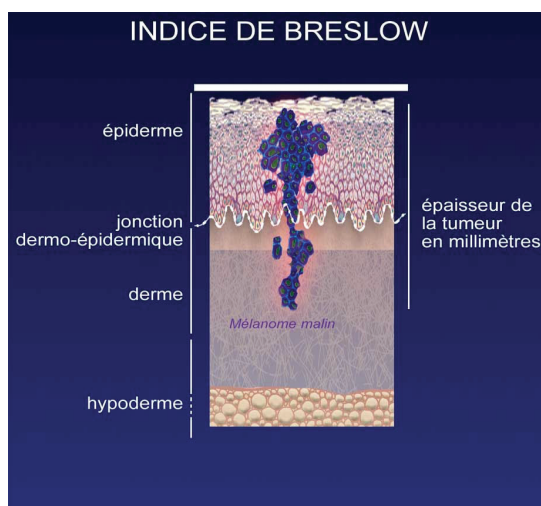


Figure 6 <http://dermato-info.fr>

5) Rappel : Définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [7] :

-Prévention primaire : Elle vise à éviter la maladie en protégeant l'individu avant qu'il en ait subi la première atteinte.

-Dépistage : Selon la conférence de l'OMS sur la prévention des maladies chroniques de 1951 le dépistage consiste à [7] : identifier présomptivement à l'aide d'examens, de tests, ou autres

techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie jusque-là passée inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de faire la part entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic.

Il est à noter que cette définition englobe aussi bien les cas symptomatiques non décelés que les cas pré-symptomatiques. L'examen physique est considéré comme l'une des méthodes de dépistage à condition qu'il puisse être qualifié de rapide.

-Dépistage précoce : L'OMS définit le dépistage précoce comme une prévention secondaire, ayant pour objet de diagnostiquer et traiter des maladies ayant déjà produit une altération pathologique mais n'ayant pas encore atteint le stade auquel l'intéressé vient spontanément se faire soigner.

Le dépistage précoce a également un second objectif : économique, en réduisant les dépenses de santé.

-Dépistage ciblé : Par dépistage ciblé, l'OMS entend un dépistage pratiqué dans certains groupes de population choisis en raison des risques élevés auxquels ils sont exposés, par opposition au dépistage de masse.

Le dépistage doit répondre à un certain nombre de critères définis par l'OMS : [7]

1-La pathologie dépistée représente une menace grave pour la santé publique

2-Il existe un traitement d'efficacité démontrée pour cette pathologie

3-Il existe des moyens appropriés de diagnostic et de traitement

4-La pathologie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique

5-Il existe une épreuve ou un examen de dépistage efficace

6-Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptée par la population

7-Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la pathologie, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique

8-II faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit fait selon des critères préalablement établis

9-II faut que le coût du dépistage ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux

10-II faut assurer la continuité d'action dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

6) Recommandations actuelles :

La stratégie de diagnostic précoce du mélanome de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2006, toujours en vigueur, préconise : que le médecin traitant intervienne à deux niveaux :

1) Il identifie au sein de sa patientèle, les sujets à risques.

Et il recherche des lésions cutanées suspectes à l'occasion d'une consultation.

Pour l'examen cutané, la HAS recommande : une pièce bien éclairée, un déshabillage complet du patient, un examen de l'ensemble du revêtement cutané sans oublier les plis et espaces interdigitaux.

2) Puis ensuite il adresse les patients cités précédemment chez le dermatologue qui confirme ou non la suspicion de mélanome cutané et initie un suivi si nécessaire [8].

Le médecin généraliste doit aussi : [8]

-Inciter ses patients à risque à se faire examiner entièrement la peau une fois par an chez un dermatologue.

-Inciter ses patients à risque à l'auto-examen cutané tous les 3 mois

-Informerses patients sur les risques liés à l'exposition solaire et les comportements à adopter. (Eviter les expositions entre 12 et 16h, port de T-Shirt, lunettes, et chapeaux, Utilisation de crème solaire protectrice contre les UVA et les UVB avec indice de protection optimal (minimum 20) et en quantité généreuse, à renouveler toutes les 2h et après chaque baignade, ne pas exposer les jeunes enfants au soleil).

D'après la revue de la littérature de la HAS de 2012 sur la détection précoce du mélanome :

L'ensemble des experts du mélanome s'accordent à dire qu'actuellement un dépistage de la population générale n'est pas recommandé, car non pertinent et trop coûteux. En revanche le dépistage ciblé des populations à risque de mélanome cutané reste recommandé, même si à l'heure actuelle le dépistage du mélanome ne permet pas de diminuer la mortalité spécifique liée à ce cancer cutané [5].

La coordination du parcours de soins par le médecin traitant ne constitue pas un retard au diagnostic précoce du mélanome cutané. Au contraire, en complément de l'action des dermatologues qui n'ont pas accès à l'ensemble de la population à risque, l'intervention active des médecins traitants dans le parcours de soins coordonnés permet d'améliorer le diagnostic précoce en identifiant les sujets à risques et ceux ayant des lésions suspectes [5].

7) Outils de dépistage existants :

Le dépistage repose sur l'examen cutané total. Il n'y a pas d'âge officiel pour débuter le dépistage. Les sujets à haut risque nécessitent d'avoir un examen cutané complet tous les 6 mois [5].

a) La règle ABCDE ou démarche analytique visuelle : [6]

C'est la méthode la plus utilisée, qui consiste à analyser une lésion cutanée selon 5 critères dénommés A, B, C, D et E.

A : Le A correspond à une lésion asymétrique

B : Lésion à bords irréguliers, souvent encochés ou polycycliques.

C : Lésion de couleur inhomogène (brun, noir, marron, bleu, zones dépigmentées, halo inflammatoire)

D : Lésion à diamètre supérieur à 6 mm (critère non spécifique)

E : Lésion évolutive dans le temps : évolution récente documentée (extension en taille, changement de couleur ou de forme, modification du relief)

Une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si 2 de ses critères sont présents, le critère E étant le critère le plus pertinent.

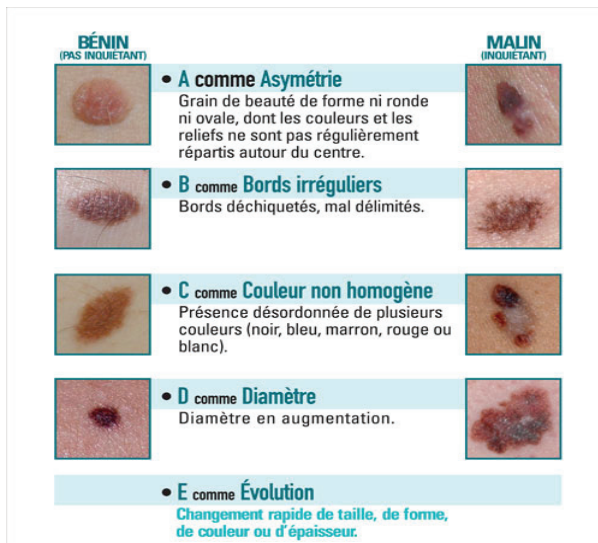


Figure 7 stratégie de dépistage précoce des mélanomes www.antiseche.wordpress.com

b) La démarche cognitive visuelle ou « signe du vilain petit canard » :

Une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si elle diffère des autres nævi par sa forme, sa couleur ou son épaisseur.

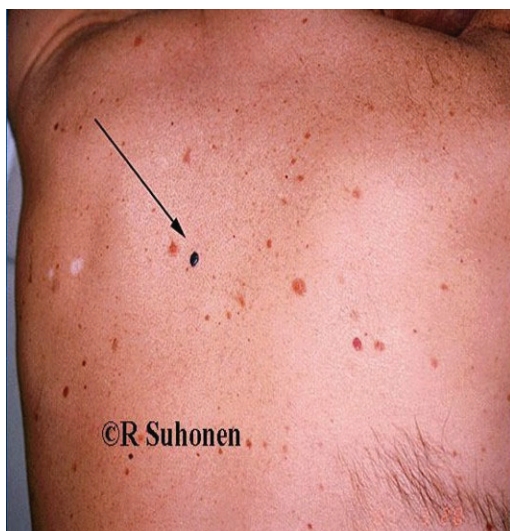


Figure 8 Le mélanome malin par le Dr Clec'h (<http://slideplayer.fr/slide/480367>)

c) Le SAMSCORE : Self Assesment Melanoma Risk Score : [9] :

C'est un auto-questionnaire basé sur l'identification de 7 facteurs de risques. C'est un outil simple récemment créé par le Réseau Mélanome Ouest qui permet à n'importe quel sujet sans connaissance médicale de s'identifier comme étant un sujet à risque ou non de mélanome. Ce questionnaire a été validé au cours d'une étude cas-témoins incluant 8000 patients [10].

Il comporte 8 affirmations. Le patient coche la case si l'information est vraie.

1	J'ai plus de 60 ans	☐
2	J'ai plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des deux bras (bras et avant bras)	☐
3	J'ai des taches de rousseur	☐
4	Je pense appartenir aux phototypes I ou II Phototype I : <i>peau très claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs, incapacité à bronzer, coups de soleils constants après exposition solaire</i> Phototype II : <i>peau claire, cheveux clairs ou châtain, yeux clairs, coups de soleil fréquents</i>	☐
5	Au cours de mon enfance / adolescence, j'ai pris des coups de soleil sévères (rouges, très douloureux, avec cloques, brûlures solaires)	☐
6	J'ai vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen-Orient, DOM-TOM, Sud des USA, Australie...)	☐
7	J'ai déjà eu au cours de ma vie un mélanome	☐
8	Un member de ma famille proche (parent, enfant, frère ou sœur) a déjà eu un mélanome	☐

Le patient est à risque élevé de mélanome s'il se situe dans au moins une des 3 situations suivantes :

- Il a coché au moins 3 affirmations sur les 7
- Il a moins de 60 ans et plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des 2 bras.
- Il a 60 ans ou plus, et des taches de rousseur.

d) La dermatoscopie ou dermoscopie :

Le dermoscope est un instrument grossissant avec éclairage, permettant de mieux visualiser l'architecture pigmentaire des lésions cutanées et donc affiner les hypothèses diagnostiques. Il est principalement utilisé par les dermatologues.

L'utilisation du dermoscope correspond à une codification spécifique des actes de l'Assurance Maladie, sa tarification est au-dessus de celle d'une consultation normale.

Cette méthode a une sensibilité et une spécificité élevée (Se = 0,83-0,95 et Spe = 0,70-0,83) [8].

e) Actions mises en place :

-Chaque année le syndicat des dermatologues et vénéréologues organise une journée de dépistage des cancers de la peau : à cette occasion tous les dermatologues de France se mobilisent pour examiner bénévolement et anonymement les personnes qui se présentent dans les centres de dépistage mis en place pour cette journée. En moyenne, 20 000 personnes sont examinées sur cette journée permettant de dépister une vingtaine de mélanomes. Ce syndicat a également créé une application smartphone donnant des conseils de prévention solaire et l'indice UV en géolocalisation [3].

-L'Institut National du Cancer a mis en place des modules de formation à la détection précoce des cancers permettant aux professionnels de santé de se former au dépistage du mélanome en s'inscrivant sur le site [11]. Le e-learning pourrait être une solution au manque de formation des médecins généralistes grâce à un apprentissage interactif sur internet auquel chaque médecin peut avoir accès facilement.

-La télémédecine : La télé dermatologie :

Ce système permet aux médecins généralistes de pouvoir communiquer avec des dermatologues faisant partie d'un réseau, en leur envoyant des photos de lésions suspectes via des plateformes ou boîtes mails sécurisées, permettant aux médecins généralistes d'avoir des avis spécialisés rapidement et facilement.

Depuis le « pacte territoire santé », le Ministère de la Santé a décidé de mettre en place une expérimentation de télé médecine et notamment de télé dermatologie. Depuis fin 2014 le Ministère de la Santé a choisi 9 régions (dites en déserts médicaux) pilotes pour tester ce dispositif.

MATERIEL ET METHODES :

1) Type d'étude :

Il s'agissait d'une enquête de pratique professionnelle réalisée sous la forme d'une étude descriptive, transversale et quantitative réalisée auprès des médecins généralistes au sein de la région Rhône-Alpes. Le recueil d'informations s'est effectué à l'aide d'un questionnaire standardisé, permettant de comparer les pratiques et attentes des médecins généralistes avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Le questionnaire a ensuite été diffusé par mail :

- aux différents Maitres de Stage Universitaire (MSU) de la région Rhône-Alpes via le mailing de la Faculté de Médecine Lyon Est.

- à l'ensemble des médecins généralistes installés exerçant dans la région Rhône-Alpes via le mailing de l'Union Régionale des Professionnels de santé Médecins Libéraux (URPS) Rhône-Alpes.

Le recueil des données a eu lieu entre le 25 Avril 2018 et le 31 Août 2018.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste, thésé et installé dans la région Rhône-Alpes.

Etaient exclus les médecins non thésés.

Les questionnaires s'adressant directement aux médecins généralistes et les réponses étant totalement anonymisées nous n'avons pas eu besoin de recourir, ni à la commission d'éthique du CUMG (Collège Universitaire de Médecine Générale) ni au CCP (comité de protection des personnes).

2) Elaboration du questionnaire :

L'élaboration du questionnaire a fait l'objet d'un mémoire, lors du stage praticien de niveau

1. L'objectif était d'élaborer, de tester et de valider ce questionnaire de thèse.

Cela a pu être effectué auprès de 6 médecins généralistes thésés exerçant en activité libérale en région Rhône-Alpes. Parmi eux, 3 étaient MSU pour la première fois ; l'un était installé seul dans le 3^{ème} arrondissement de Lyon et les 2 autres travaillaient en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) en région semi-rurale dans la ville de Tignieu-Jamezieu en Isère. Les 3 autres médecins ayant répondu au questionnaire étaient des médecins généralistes travaillant dans la même MSP de Tignieu-Jamezieu mais qui ne sont pas MSU.

Au terme de ce mémoire notre questionnaire a pu être validé car :

Tous les médecins trouvaient le questionnaire facilement compréhensible, adapté au sujet de la thèse future, pertinent dans son ensemble et reproductible en termes de temps et de neutralité des questions.

Quelques modifications de rédaction ont également pu être apportées afin d'en faciliter la lecture et certaines questions jugées inutiles ont été supprimées.

Le questionnaire a ensuite été diffusé à partir de la plateforme Claroline.

Le questionnaire, disponible en annexe, se composait de 29 questions :

- 26 questions à choix multiples avec réponses fermées, permettant une collecte rapide et fiable des données, portant sur les caractéristiques de la population, le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du mélanome, le ressenti du médecin généraliste face à cette mission, les difficultés rencontrées et attentes du médecin généraliste.
- et 3 questions rédactionnelles permettant à nos interlocuteurs de s'exprimer librement en quelques mots afin de préciser leurs idées si celles-ci n'étaient pas mentionnées dans les propositions de réponses.

Les données ont été traitées par l'intermédiaire de la plateforme Claroline également.

Les analyses statistiques ont ensuite été réalisées à l'aide du logiciel Excel : les variables étaient uniquement qualitatives (ou catégorielles) et étaient décrites en termes d'effectifs et de pourcentages.

Le test du Chi2 a été utilisé pour permettre de comparer certaines variables qualitatives afin d'affirmer ou d'infirmer le caractère indépendant entre deux variables.

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

RESULTATS :

Au total, 271 médecins ont répondu au questionnaire.

L'échantillon était composé de 120 hommes et 151 femmes avec un sexe ratio de 0,79.

La majorité de l'échantillon était âgée de moins de 40 ans.

1) Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon :

	Effectif	Pourcentage
<u>Sexe</u>		
Femmes	151	56%
Hommes	120	44%
<u>Age</u>		
Moins de 40 ans	120	44,3%
De 40 à 55 ans	85	31,4%
De 56 à 65 ans	58	21,4%
Plus de 65 ans	8	2,9%
<u>Milieu d'exercice</u>		
Urbain	100	37%
Semi rural	125	46%
Rural	46	17%
<u>Possibilité de télédermatologie</u>		
Oui	127	47%
Non	144	53%

2) Outils et prise en charge au cabinet :

	Effectif	Pourcentage
<u>Existence d'une consultation dédiée au dépistage</u>		
Non	260	96%
Oui	10	4%
<u>Méthodes de dépistage utilisées</u>		
Règle ABCDE	239	82%
Règle du vilain petit canard	170	63%
Règle du « tout changement évolutif »	218	80%
SAMSCORE	3	1%
<u>Utilisation d'un dermoscope au cabinet</u>		
Oui	24	8,9%
Non	247	91,1%

3) Ressenti du médecin généraliste :

	Effectif	Pourcentage
<u>Aisance face au dépistage</u>		
Très à l'aise	35	13%
Moyennement à l'aise	194	72%
Pas du tout à l'aise	42	15%
<u>Niveau de formation en dermatologie suffisant</u>		
Oui	94	34,7%
Non	177	65,3%
<u>Participation à une FMC ou une formation sur le mélanome</u>		
Oui	124	46%
Non	147	54%
Parmi les médecins n'ayant jamais participé à une formation sur le mélanome : <u>Intérêt pour une formation complémentaire</u>		
Oui	120	82%
Non	27	18%
Parmi les médecins n'ayant pas de dermoscope : <u>souhait de se former</u>	247	
Oui	167	67,6%
Non	80	32,4%
Parmi les médecins ne souhaitant pas <u>se former à la dermoscopie : principaux freins relevés</u>		
Manque de temps	43	53,8%
Pas d'utilité au cabinet	23	28,8%
Difficulté	27	33,8
Manque d'intérêt	15	18,8
Autres	26	32,5%

	Effectif	Pourcentage
<u>Rôle du médecin généraliste</u>		
Indispensable pour l'ensemble de la population	174	64%
Utile seulement pour les populations à risque	24	9%
Inutile le dépistage devrait être le rôle du dermatologue	9	3%
Nécessaire mais dépistage trop long et compliqué à mettre en place au cabinet	89	33%
<u>Difficultés rencontrées dans la mise en place du dépistage</u>		
Manque de temps	125	46%
Manque de formation	152	56%
Difficulté à obtenir un avis dermatologique rapide	107	39,5%
Aucune difficulté	20	7%
Autres difficultés	32	12%
<u>Dépistage ciblé organisé du mélanome</u>		
Favorable	226	83,4%
Défavorable	45	16,6%
<u>Si favorable : par qui ?</u>		
Le médecin généraliste	92	34%
Le dermatologue	101	37,3%
Un autre professionnel de santé	63	23,2%
Autre	15	5,5%

4) Le dépistage en pratique au cabinet :

	Effectif	Pourcentage
<u>Information des patients sur le mélanome</u>		
Tous	55	20,3%
Seulement ceux ayant des facteurs de risque	144	53,1%
Très rarement	70	25,8%
Non jamais	2	0,7%
<u>Examen cutané des patients qui consultent pour un autre motif</u>		
Oui	264	97,4%
Non	7	2,6%
<u>Fréquence de l'examen cutané complet chez les patients à risque</u>		
Au moins une fois	37	13,7%
Moins d'une fois par an	83	30,6%
Une fois par an	59	21,8%
Deux fois par an	2	0,7
Plus de deux fois par an	4	1,5%
Jamais	46	17%
Je n'en ai aucune idée	40	14,8%
<u>Examen cutané du patient</u>		
Complètement nu sans sous-vêtement	5	1,8%
Nu avec des sous-vêtements	222	81,9%
Autre/Pas complètement déshabillé	44	16,2%

	Effectif	Pourcentage
<u>Orientation du patient devant une lésion suspecte</u>		
Appel d'un confrère dermatologue pour prise de rendez-vous en urgence	207	76,4%
Le patient prend rendez-vous lui-même chez un dermatologue avec courrier d'adressage	51	18,8%
Patient adressé aux urgences hospitalières	2	0,7%
Demande d'avis par télédermatologie	76	28%
<u>Avez-vous déjà dépisté des mélanomes au cabinet ?</u>		
Oui	164	60,5%
Non	107	39,5%
<u>Orientation systématique des patients à risque chez le dermatologue même en l'absence de lésion</u>		
Oui	140	51,7%
Non	131	48,3%
<u>Formation des patients à l'auto-examen cutané</u>		
Oui	160	59%
Non	111	41%

Synthèse des questions rédactionnelles :

Notre questionnaire comprenait 3 questions rédactionnelles, complémentaires des questions à choix multiples, ou le médecin interrogé pouvait exprimer librement en quelques mots, son opinion en apportant quelques précisions sur les questions posées précédemment.

Concernant la question 8 :

« Pour quelles raisons ne souhaitez-vous pas vous former à la dermoscopie ? » : les principales idées émergentes étaient les suivantes :

- L'efficacité du dermoscope seul dans le dépistage reste controversée d'autant plus depuis que quelques années se développent des logiciels de systèmes optiques comparatifs plus performants.
- Le manque de pratique au quotidien : de nombreux médecins généralistes expliquaient que l'utilisation d'un dermoscope au cabinet n'empêcherait de toute façon pas le recours au dermatologue dans un second temps car la crainte d'une erreur diagnostique reste prépondérante dans leurs réponses. Certains exprimaient aussi une certaine peur liée au niveau de responsabilité diagnostique avec par conséquent un recours fréquent au spécialiste. Plusieurs médecins évoquaient également l'impossibilité de biopsier directement des lésions suspectes au cabinet et donc un recours systématique au dermatologue devant le moindre doute.
- Le manque de temps pour utiliser le dermoscope correctement au cabinet : plusieurs médecins expliquaient que pour les patients l'examen dermatologique n'était souvent pas une priorité lors de consultations déjà denses et chronophages avec plusieurs motifs à traiter.
- Les difficultés liées aux patients : la plupart se sentait peu concernée par le dépistage du mélanome et ne souhaitait pas consacrer une consultation dédiée à cette mission uniquement. Quant aux patients intéressés par le dépistage ils préféraient voir directement un dermatologue.

-L'achat d'un dermoscope de qualité étant relativement onéreux, de nombreux médecins le considéraient comme non rentable en termes de coût (absence de cotation spécifique en médecine générale) et de fréquence d'utilisation.

Concernant la question 13 :

« Quelles sont les difficultés rencontrées dans le dépistage du mélanome au cabinet ? »

- Le manque de temps et l'absence de consultation dédiée étaient à nouveau fréquemment évoqués : en effet la plupart des patients consultent pour plusieurs motifs et l'on ne peut pas toujours y intégrer un examen cutané complet avec interrogatoire exhaustif.
- La difficulté à se sentir compétent par manque de pratique (difficulté diagnostique devant des aspects cliniques atypiques fréquents) et la responsabilité médico-légale impliquée en cas d'erreur ou de retard diagnostiques.
- Difficultés liées aux patients : Manque d'observance des patients à risque sur la surveillance cutanée annuelle.
- Difficultés matérielles : pas de dermoscopie en pratique courante en médecine générale, biopsies de lésions suspectes compliquées à mettre en place au cabinet.
- Difficultés d'accès au dermatologue : délais de consultation longs, cabinets de dermatologues ne prenant plus de nouveaux patients.

Concernant la question 17 :

« Quelles personnes proposeriez-vous pour se charger du dépistage du mélanome ? »

Les principales idées émergentes étaient les suivantes :

- Infirmier diplômé d'Etat (IDE) spécialement formé à cette tâche (ASALE (Action de Santé Libérale En Equipé) ou autre)
- Mise en place d'un médecin référent qui serait équipé d'un dermoscope et formé par des dermatologues.

ANALYSES STATISTIQUES/CROISEMENT DES DONNEES :

1) Lieu d'installation et difficultés d'accès au dermatologue :

On pourrait penser que du fait de la faible démographie médicale en zone rurale, l'accès au dermatologue serait plus complexe qu'en ville et constituerait un frein supplémentaire au dépistage du mélanome.

Parmi les 107 médecins qui avaient un accès difficile au dermatologue :

24 étaient installés en milieu rural, soit 22,4%

45 étaient installés en milieu semi rural, soit 42,1%

38 étaient installés en milieu citadin, soit 35,5%

La valeur de p(p-value) calculé selon le test du Chi2 était de 0,15, ne permettant pas de conclure à un lien de corrélation entre le milieu d'exercice et la difficulté d'accès au dermatologue.

2) Aisance au dépistage du mélanome et possession d'un dermoscope au cabinet :

Sur les 35 médecins se sentant très à l'aise avec le dépistage du mélanome, seulement 6 possédaient un dermoscope, soit 17,1%.

La valeur de p(p-value) calculée selon le test du Chi2 était de 0,06, ne permettant pas de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre les 2 variables.

3) Niveau de formation :

Parmi les 94 médecins qui jugeaient leur formation médicale suffisante pour mener à bien leur mission de dépistage du mélanome, 54 avaient déjà effectué une FMC sur le mélanome soit 57,4%.

La valeur de P(p-value) calculée selon le test du Chi2 était de 0,0049 permettant de confirmer l'hypothèse que les médecins jugeant leur formation médicale suffisante étaient en majorité ceux ayant déjà suivi une formation complémentaire sur le mélanome en dehors de leurs années d'études de médecine.

DISCUSSION :

Les résultats observés ne permettent pas d'extrapoler à l'ensemble de la population car l'échantillon de départ est trop petit pour représenter l'ensemble de la population de médecins généralistes en région Rhône Alpes (6 201 médecins généralistes libéraux en 2018 selon le recensement de l'URPS) [12].

Par ailleurs, les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon diffèrent de ceux de l'ensemble de la population des médecins généralistes de la région Auvergne Rhône Alpes :

La majorité des médecins de notre échantillon était relativement jeune (moins de 40 ans) alors que la population médicale de la région Auvergne Rhône-Alpes est plutôt vieillissante (indice de vieillissement de 1,7 dans la région ce qui signifie que pour 170 médecins généralistes libéraux âgés de 50 ans et plus il y a 100 médecins généralistes libéraux âgés de moins de 50 ans) et avec 50,8% des médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans et plus, et 31,8% âgés de plus de 60 ans [13].

Au 1^{er} janvier 2018 l'âge moyen des généralistes en région Rhône-Alpes est de 52 ans et l'âge médian de 55 ans. [12]

De manière plus générale sur l'ensemble du territoire, d'après l'Ordre National des Médecins en 2018 la part des médecins de moins de 40 était de 21% seulement contre 44,3% dans notre échantillon. [14]

Les femmes médecins semblent également surreprésentées dans notre échantillon (56% de l'effectif) par rapport à la population médicale de la région : 41,2% des médecins généralistes libéraux étaient des femmes en 2018 selon l'URPS [12] et 48,2% des médecins généralistes libéraux étaient des femmes sur l'ensemble du territoire. [14]

On notera également que 53% des médecins de notre échantillon n'avait pas accès à la télédermatologie au moment du questionnaire, ce résultat pourrait être moindre aujourd'hui au vu de l'essor des téléconsultations ces dernières années, ainsi que de leur prise en charge par la Sécurité Sociale, et notamment suite au confinement lié à l'épidémie de COVID 19.

Par ailleurs notre étude présente quelques biais notamment :

- Le biais de déclaration ou non objectivité : en effet il était demandé aux médecins interrogés d'émettre un avis sur leurs propres compétences ce qui confère de facto un caractère subjectif aux réponses données.

- Les questionnaires ont été diffusés via 2 mailings listes différentes : le mailing des MSU de la Faculté et le mailing de l'URPS. Il existe donc un risque que certains médecins présents dans les 2 listes aient pu répondre 2 fois au même questionnaire.

Pour la plupart des items de notre questionnaire, nos résultats semblent plutôt en accord avec les données de la littérature à savoir que :

-La majorité des médecins n'ont effectivement pas de consultation dédiée uniquement au dépistage du mélanome, et que l'examen cutané est en général effectué au détour d'une consultation pour un autre motif.

-Les principales méthodes cliniques de dépistage sont bien connues et employées par les médecins généralistes mais le SAMSCORE reste encore sous utilisé, bien qu'évalué comme étant adapté et pratique par plusieurs études [15] [16] [17] [18].

-La plupart des médecins généralistes ne possèdent pas de dermoscope au cabinet bien qu'ils soient majoritairement favorables à l'idée de s'y former.

- La majorité des médecins de notre échantillon se considère comme étant moyennement à l'aise avec sa mission de dépistage du mélanome, ce qui est bien en lien avec le fait que la majorité d'entre eux se considèrent comme insuffisamment formés en dermatologie et que la plupart d'entre eux n'ont également jamais participé à une Formation Médicale Continue (FMC) sur le mélanome.

-Les médecins généralistes semblent, malgré les difficultés présentées, se placer tout de même au centre du dépistage du mélanome car en tant que professionnels de santé de 1er recours la majorité de notre échantillon considère sa mission comme indispensable pour les populations à risques, et ce, confirmé par le fait qu'au cours de leur carrière la plupart d'entre eux ont déjà dépisté des lésions suspectes qui se sont avérées être des mélanomes.

-Les principales difficultés rencontrées correspondent bien aux problématiques déjà connues en médecine générale à savoir : le manque de temps (consultations chronophages pour motifs multiples), manque de formation et accès difficiles aux dermatologues devenus trop peu

nombreux sur l'ensemble du territoire. On recensait seulement 3324 dermatologues, tout mode d'exercice confondus, en 2017 en France métropolitaine [19].

- Un résultat un peu plus étonnant est celui concernant le dépistage organisé du mélanome : la plupart des médecins de notre échantillon semble plutôt favorable à ce concept, bien que non recommandé par la HAS car son inefficacité a été déjà prouvée. [20]

En revanche, au moment de désigner une personne précise chargée de cette mission, il ne ressort pas de tendance nette et tranchée : un dépistage systématique oui, mais par qui ?

- Concernant la mise en pratique du dépistage, il transparaît à travers nos résultats que le dépistage tel qu'il est recommandé par la HAS et la réalité du terrain ne correspondent pas toujours.

-En effet, seulement à peine un peu plus de la moitié de notre échantillon informe sa patientèle à risque sur le mélanome et la forme à l'autoexamen cutané. De même que seulement la moitié à peine de notre échantillon oriente systématiquement ses patients à risque de mélanome chez un dermatologue pour mise en place d'un suivi, or il s'agit d'un point essentiel des recommandations de la HAS.

De même la plupart des patients ne sont pas complètement déshabillés lors de l'examen cutané contrairement à ce que recommande la HAS. Cependant les recommandations ne semblent pas si claires que cela car elles mentionnent simplement que : « le médecin généraliste doit identifier ses patients à risque et détecter une ou des lésions suspectes à l'occasion d'une consultation » sans préciser si le médecin généraliste doit refaire un examen cutané complet et exhaustif (ce qui impliquerait bien souvent de reconvoquer le patient et ce qui rejoint l'idée d'une consultation dédiée) ou s'il doit se contenter d'examiner rapidement les téguments visibles au moment d'une consultation pour un autre motif.

-Quant à la fréquence de l'examen cutané, là aussi chacun semble faire à sa convenance et il ne ressort pas de fréquence majoritaire dans notre questionnaire.

Bien que conscients de la nécessité de ce dépistage, le taux de participation des médecins généralistes reste relativement faible car peu d'entre eux le mettent en application. Cela avait déjà été mis en évidence en 2004 par Geller et al. qui montrait que les médecins généralistes

avaient bien un intérêt pour le dépistage du mélanome mais que seulement 60% d'entre eux le pratiquaient. [21]

- En revanche devant toute lésion suspecte, la plupart des médecins de notre échantillon adopte bien l'attitude adéquate en adressant rapidement le patient à un confrère dermatologue, même s'il est à noter que la télé dermatologie reste encore sous utilisée d'après notre questionnaire, seulement 28% y ont recours dans ce genre de situation. Cependant ce résultat pourrait ne plus être actuel car depuis 2018 nous avons connu un immense essor de la télémédecine y compris en dermatologie.

On remarque également que 2 médecins adressent leurs patients aux urgences hospitalières dans un contexte de suspicion de mélanome ce qui est surprenant et nous amène à nous poser la question de la formulation de l'item qui peut être portait à confusion : ces médecins-là pensaient peut-être qu'il s'agissait d'un service hospitalier d'urgences dermatologiques comme il pouvait en exister au pavillon R de l'hôpital Edouard Herriot.

1) Dépistage du mélanome : perspectives futures.

Au vu des éléments précédents et des données de la littérature, il apparaît indispensable de promouvoir un parcours de soins des patients à risque, un renforcement de l'information des populations, une meilleure formation des médecins généralistes à l'examen cutané et une bonne coordination médecin généraliste-dermatologue.

Face à la diminution du nombre de dermatologues sur le territoire, les médecins généralistes voient leur activité dermatologique augmenter, ce qui par conséquent accroît le besoin de formation en termes de diagnostic et prise en charge des pathologies dermatologiques, alors que le programme de l'examen classant national ne traitait le module de dermatologie qu'en 12 items sur les 362 enseignements dispensés. [22] La formation des médecins généralistes à la séméiologie des mélanomes est donc essentielle. Les données de la littérature révèlent que cela améliore leur pertinence diagnostique à condition de la renouveler régulièrement. L'INCa a mis en place un module de formation multimédia de détection précoce des cancers à destination des professionnels de santé [4].

La formation des patients à l'auto-examen cutané semble également être un enjeu majeur dans le dépistage du mélanome. Or, il semble peu réalisé en pratique. Peut-être faudrait-il renforcer cet aspect-là également.

Sur l'ensemble des facteurs de risque de mélanome, l'exposition solaire est le seul sur lequel il est possible d'intervenir, les autres étant liés aux caractéristiques phénotypiques ou génétiques. Actuellement les campagnes de prévention primaire, d'informations sur le risque solaire et la prévention du mélanome n'ont eu qu'un faible impact. En effet même si elles améliorent significativement les connaissances de la population, elles entraînent peu de modifications des comportements de la population concernant l'exposition solaire [5]. Ces campagnes d'informations doivent donc être intensifiées et repensées.

Parmi les mélanomes responsables de la mortalité liée à ce cancer on identifie les mélanomes nodulaires, qui ont des caractéristiques de développement plus rapide que le SSM et qui pourraient donc potentiellement échapper au dépistage ciblé et se développer trop rapidement entre deux consultations de dépistage. Il serait donc intéressant de pouvoir identifier les populations à haut risque de mélanome à croissance rapide et de réfléchir à un parcours de soins optimisé pour ce type de sujets.

-Le SAMSCORE est un outil rapide et fiable de dépistage qui reste encore sous-utilisé. On pourrait proposer de l'intégrer aux logiciels médicaux afin de pouvoir coter le risque de mélanome dans la partie « antécédents » des dossiers médicaux. Ceci pourrait inciter les médecins à effectuer un examen cutané complet ponctuel au cours d'une consultation dédiée ou pas, le risque étant affiché à chaque ouverture du dossier médical. On pourrait supposer alors que l'examen cutané des patients avec un samscore positif deviendrait une habitude au même titre que le suivi des frottis cervicaux vaginaux ou de la distribution des tests hémoecults.

- Parmi les outils proposés pour améliorer le dépistage de lésions suspectes de mélanome, le dermoscope est au moins aussi efficace que les autres techniques d'imagerie [5]. Or, pour l'instant c'est une technique qui n'est utilisée quasiment que par des dermatologues. Peut-être serait-il intéressant de développer cette technique au sein des cabinets de médecins généralistes ? Cela pourrait permettre de gagner du temps et d'éviter un grand nombre de

consultations dermatologiques pour simple avis. En revanche cela demanderait un investissement temps conséquent pour la formation, et un investissement financier important pour l'achat du matériel. Se pose alors la question de la rentabilité.

-La télémedecine

La télémedecine est définie par L'OMS comme une pratique médicale utilisant des techniques interactives de communications qu'elles soient visuelles ou auditives, avec transfert de données médicales. Dès les années 90 plusieurs programmes de Télémedecine (TLM) se développent. La TLM représente une voie prometteuse dans le raccourcissement des délais de consultations chez les spécialistes et dans l'accès aux dermatologues dont le nombre est en diminution drastique. Cependant les modalités de sa répartition sur le territoire, de son utilisation et de son financement restent à définir.

L'article 32 de la loi du 13 aout 2004 sur l'Assurance Maladie pose un cadre légal sur les pratiques de télémedecine en précisant ses possibilités, ses limites, et la responsabilité de chacun des intervenants et définit pour la première fois la TLM comme un acte médical.

Puis en 2012 le « Pacte Territoire Santé » présente plusieurs objectifs dont le développement de la TLM qui apparaît alors comme un projet médical territorial et organisationnel à part entière. La loi de financement de la Sécurité Sociale de 2010 facilite la rémunération des actes de TLM en supprimant l'obligation de réaliser un examen clinique pour facturer une consultation, et la possibilité pour le praticien qui sollicite cet avis d'émettre une facturation également. Les Agences Régionales de Santé (ARS) disposent désormais d'un budget dédié au financement de ces activités.

La Télédermatologie (TD) est l'application dermatologique directe de la TLM, ses avantages et ses limites ont déjà été largement décrites dans la littérature médicale [23] : amélioration de l'accessibilité au spécialiste, optimisation du temps d'expertise des professionnels de santé, réduction des coûts des soins (diminution des transports et consultations non justifiés), amélioration du tri des consultations (la TD permettrait d'éviter 20,7% des consultations présentiels), optimisation de la gestion des pathologies dermatologiques en situation d'urgences, mais aussi : sentiments de perte de « contact direct » patient-médecin, appréhension des professionnels de santé quant à la nécessité de formation à la manipulation et l'innovation de nouveaux outils technologiques.

Pour rappel on distingue deux méthodes possibles pour la TD :

- La télé-expertise : avis en temps réel ou différé par envoi de photographies, elle ne requiert pas forcément la présence du patient.

- La téléconsultation : avis en temps réel par vidéo avec présence simultanée du dermatologue du patient et du médecin traitant.

2) Le dépistage du mélanome à l'étranger :

L'US préventive Service Task Force, entité équivalente à la HAS aux Etats-Unis, a publié une revue de la littérature examinant les résultats de toutes les études publiées en anglais entre 1995 et 2015, sur l'intérêt d'un dépistage systématique du mélanome [20]. Elle met en évidence qu'aucune étude ne compare spécifiquement la mortalité entre un groupe de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du mélanome et un autre groupe n'en ayant pas bénéficié. Seule une étude en Allemagne a pu établir une diminution du nombre de décès de 0,8 pour 100 000 habitants dans une région où avait été mis en place un dépistage systématique du mélanome par rapport à une autre région où ce n'était pas le cas. L'Allemagne est d'ailleurs le seul pays européen à avoir mis en place un dépistage systématique du mélanome dans la population générale. Ceci confirme bien la non pertinence d'un dépistage de masse du mélanome cutané.

Ce rapport met aussi en évidence que les patients ayant bénéficié d'un examen cutané dans les 3 années précédant la découverte de leur mélanome, ont une tumeur moins épaisse (et donc moins grave) au moment du diagnostic que ceux n'ayant pas eu d'examen cutané.

En Australie, le mélanome constitue également un véritable enjeu de santé publique. En effet ce pays très ensoleillé a une population principalement constituée de descendants d'immigrants à peau très claire, provenant principalement des îles britanniques, et se défendant mal contre les méfaits du soleil. En effet en 2011, en Australie occidentale, le mélanome se plaçait en 3^{ème} position des cancers les plus fréquents. Malgré des campagnes de prévention recommandant de se protéger du soleil, la fréquence du mélanome n'a que très peu diminuée entre 2000 et 2011 et malheureusement l'épaisseur des mélanomes mesurés sur les tumeurs enlevées par chirurgie a légèrement augmenté [24].

Ceci suggère un échec des campagnes actuelles et justifierait un changement de stratégie. Le dépistage systématique aurait pu être une solution, mais de même qu'aux USA, l'Australie le juge inutile et trop coûteux. On pourrait alors évoquer qu'en plus des campagnes actuelles de prévention solaire destinées à l'ensemble de la population générale, des campagnes de santé publique ciblées sur les populations à risque devraient être mises en place.

3) Barrières au dépistage :

a) Liées aux professionnels de santé :

-Le manque de temps constitue un obstacle majeur à la mise en place systématique du dépistage du mélanome au cours d'une consultation de médecine générale. En effet en médecine générale, les patients consultent souvent pour plusieurs motifs à la fois, auxquels il faut ajouter le suivi global du patient et il semble difficile en 15-20 minutes (temps moyen de consultation) de venir ajouter un interrogatoire complet à la recherche des facteurs de risque de mélanome ainsi qu'un examen cutané total à la recherche de lésions suspectes.

Selon l'Inca, une enquête du groupe BVA, seulement 46% des médecins généralistes déclarent déshabiller entièrement leurs patients et seulement 24% déclarent faire un examen cutané complet incluant les organes génitaux externes [11]. Ce que confirme la HAS qui rapporte que les médecins généralistes examinent rapidement le revêtement cutané de leurs patients mais ne les déshabillent pas systématiquement complètement, notamment lors de consultations pour un autre motif [5]. Des chiffres qui restent trop bas pour détecter tous les mélanomes. Il apparaît donc important d'inciter les médecins généralistes à plus déshabiller leurs patients.

L'instauration d'une consultation dédiée à l'examen cutané des patients à risque de mélanome ainsi qu'une cotation propre supplémentaire à celle d'une consultation classique pourrait-elle peut être favoriser le déshabillage complet ?

- Le manque de formation est aussi un élément important à prendre en compte. En effet selon la HAS, les médecins généralistes reconnaissent ne pas toujours maîtriser l'ensemble des facteurs de risque de mélanome ce qui pourrait être à l'origine de la non identification de

certaines patients à risque. Ils estiment également que leurs connaissances pourraient être améliorées et sont demandeurs de formation complémentaire sur cette thématique [5].

- Le manque de médecin et la pénurie de dermatologues en ambulatoire : En effet les délais de consultation sont extrêmement longs, de plusieurs mois en général. L'accessibilité au dermatologue constitue donc un véritable problème à la fois pour le médecin qui doit orienter ses patients à risque, et à la fois pour les patients ayant besoin d'un rendez-vous.

c) Liées au patient lui-même :

Le patient ayant une lésion cutané suspecte peut être trompé par l'absence de douleurs et l'apparente non évolutivité de la lésion. La peur du résultat peut aussi être un facteur de retard à la consultation du dermatologue [4]. Les dépassements d'honoraires de certains spécialistes et l'inégalité de répartition territoriale des dermatologues peut aussi constituer un frein pour certains patients.

CONCLUSION :

Le mélanome est une tumeur cutanée maligne. En France son incidence est d'environ 10 000 nouveaux cas par an et la mortalité d'environ 1600 décès par an, ce qui en fait un problème de santé publique majeur [25].

Le dépistage précoce du mélanome représente un point capital dans la prise en charge car il permet d'intervenir avant l'apparition de métastases et augmente donc les chances de guérison.

Afin d'encadrer ce dépistage, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations en 2006, préconisant l'identification des populations à risque par le médecin généraliste et un examen cutané complet régulier. La HAS réaffirme également en 2012 la non utilité d'un dépistage de masse, systématique et organisé, du mélanome [5].

Notre étude nous a permis de montrer que les médecins généralistes étaient bien sensibilisés à cette problématique, et qu'ils considéraient le rôle du médecin généraliste comme indispensable pour les populations à risque même si cette mission demeure longue et compliquée à mettre en pratique au cabinet.

Les médecins étaient globalement assez peu à l'aise avec cette mission de prévention. Ceci s'explique par le fait que la majorité d'entre eux ne s'estimaient pas suffisamment compétents pour mener à bien cette mission.

Les principales difficultés rencontrées lors du dépistage du mélanome étaient : le manque de temps pour se former, le manque de temps pour examiner le tégument complet des patients, l'absence de consultation dédiée au cabinet, et la diminution du nombre de dermatologues allongeant considérablement les délais de consultation.

La majeure partie des médecins étaient favorable à la mise en place d'aides pour mener à bien cette mission, notamment le développement de la télédermatologie à l'échelle nationale ou encore par exemple la mise en place d'une cotation spécifique pour l'examen cutané complet de dépistage.

Annexe 1 :

QUESTIONNAIRE DE THESE :

Le mélanome est le cancer cutané le plus grave de par sa capacité à métastaser et donc à engager le pronostic vital.

Il y a encore quelques années, le dépistage du mélanome était exclusivement réservé aux dermatologues. Actuellement la pénurie de médecins rend cela impossible et le médecin généraliste est désigné comme nouvel acteur de ce dépistage. En effet le médecin traitant est en première ligne au sein du parcours de soins et l'HAS le place au centre de ce dépistage : elle recommande aux médecins généralistes de repérer les patients présentant un ou plusieurs facteurs de risque de mélanome, de pratiquer un examen régulier de leurs peaux et de les orienter chez un dermatologue pour un contrôle cutané annuel.

Ce questionnaire servira de travail de thèse sous forme d'une enquête de pratiques professionnelles afin de voir comment se déroule ce dépistage en pratique et quel est le ressenti des médecins généralistes face à cette nouvelle mission.

1) Concernant le rôle du médecin généraliste dans cette nouvelle mission de dépistage du mélanome, vous sentez-vous :

- a) Très à l'aise
- b) Moyennement à l'aise
- c) pas du tout à l'aise

2) Concernant vos patients à risque de mélanome : Avez-vous une consultation dédiée uniquement à ce dépistage ?

- a) oui
- b) non

3) Considérez-vous votre formation en dermatologie suffisante pour assurer la prévention et le dépistage du mélanome ?

a) oui

b) non

4) Parmi les méthodes de dépistage laquelle ou lesquelles utilisez-vous ?

a) la règle ABCDE

b) la règle du « vilain petit canard » (présence d'un nævus qui diffère des autres, de par son aspect et/ou sa taille)

c) la règle du « tout changement évolutif » (apparition d'une tache brune ou grain de beauté changeant rapidement d'aspect)

e) le SAMSCORE

5) Avez-vous un dermoscope au cabinet ?

a) oui

b) non

6) Si non aimeriez-vous vous y former ? :

a) oui

b) non

7) Si vous ne souhaitez pas vous y former : quelles raisons évoqueriez-vous ?

a) je n'ai pas le temps

b) je n'en aurais pas l'utilité au quotidien au cabinet

c) cela me semble difficile

d) cela ne m'intéresse pas

e) Autre raison

8) si autre raison :

préciser :

9) Avez-vous déjà participé à une FMC ou formation complémentaire sur le mélanome ?

a) oui

b) non.

10) Si non : cela vous intéresserait-il ?

a) oui

b) non

11) Pensez-vous que le rôle du médecin généraliste dans la prévention / dépistage du mélanome est :

a) indispensable pour l'ensemble de la population

b) utile seulement pour les patients à risques

c) inutile cela devrait être le rôle du dermatologue

d) nécessaire mais trop longue et compliquée à mettre en œuvre au cabinet

12) Quelles difficultés rencontrez-vous dans le dépistage du mélanome :

a) manque de temps

b) manque de formation

c) difficultés à avoir un avis dermatologique rapide devant une suspicion de mélanome

e) aucune difficulté

f) Autre

13) si autre :

préciser :

14) Pour mener à bien ce dépistage : quels pourraient être vos attentes et besoins ?

a) Aide financière pour acheter du matériel adapté (téléphone ou appareil permettant de faire des photos de qualité, achat d'un dermoscope etc ...)

b) Mise en place d'un réseau national de télé dermatologie auquel tous les médecins généralistes auraient accès

c) Que l'on vous propose régulièrement des formations adaptées

d) Mise en place d'une consultation dédiée au cabinet avec une cotation particulière.

15) Dans l'hypothèse d'un dépistage ciblé organisé du mélanome (comme le sont par exemple le cancer du sein ou le cancer colorectal), seriez-vous favorable ?

a) non

b) oui

16) Si oui : par qui ? :

a) le médecin généraliste

b) le dermatologue

c) une autre personne du corps médical, spécialement formée à cette tâche.

d) Autres

17) si autre :

préciser :

18) Informez-vous vos patients sur le mélanome en général ?

- a) oui tous
- b) oui mais seulement ceux ayant des facteurs de risques de mélanome cutané
- c) très rarement
- d) non jamais

19) Vous arrive - t- il d'examiner la peau d'un patient alors qu'il consulte pour un autre motif ?

- a) oui
- b) non

20) Concernant vos patients présentant un ou plusieurs facteurs de risques de mélanome cutané : faites-vous un examen cutané complet ?

- a) oui au moins une fois dans leur vie
- b) oui au moins d'une fois par an
- c) oui une fois par an
- d) oui deux fois par an
- e) oui plus de deux fois par an
- f) non jamais
- g) je n'en ai aucune idée

21) De manière générale, comment examinez-vous la peau de vos patients :

- a) complètement nu sans sous-vêtements

b) nu avec seulement des sous-vêtements

c) autres / pas complètement déshabillé

22) Devant une lésion suspecte d'être un mélanome, comment orientez-vous votre patient ?

a) vous appelez vous-même un confrère dermatologue pour prendre rendez-vous pour le patient en urgence

b) vous lui dites de prendre rendez-vous chez un dermatologue de son choix, avec un courrier et le patient prend son rdv lui-même

c) vous l'envoyez aux urgences hospitalières

d) vous demandez un avis dermatologique par télémedecine (envoi de photos de lésions cutanées par mail à des dermatologues qui donnent un avis rapidement)

23) Dans votre pratique, avez-vous déjà dépisté des mélanomes cutanés ?

a) oui

b) non

24) Orientez-vous systématiquement tous les patients avec un ou plusieurs facteurs de risque chez un dermatologue, même en l'absence de lésion cutané ?

a) oui

b) non

25) Formez-vous vos patients à risques, à l'auto examen cutané ?

a) oui

b) non

26) Etes-vous :

a) Un homme

b) Une femme

27) Quel âge avez-vous ?

a) moins de 40 ans

b) de 40 à 55 ans

c) de 56 à 65 ans

d) plus de 65 ans

28) Etes-vous installé en milieu :

a) rural

b) semi rural

c) citadin

29) Dans votre pratique quotidienne est-il possible d'obtenir un avis dermatologique par télémedecine ?(Possibilité pour le médecin généraliste d'envoyer des photos de lésions cutanées par mail à un/des dermatologue(s) qui répondent sous quelques heures/quelques jours) :

a) oui

b) non

Annexe 2 :

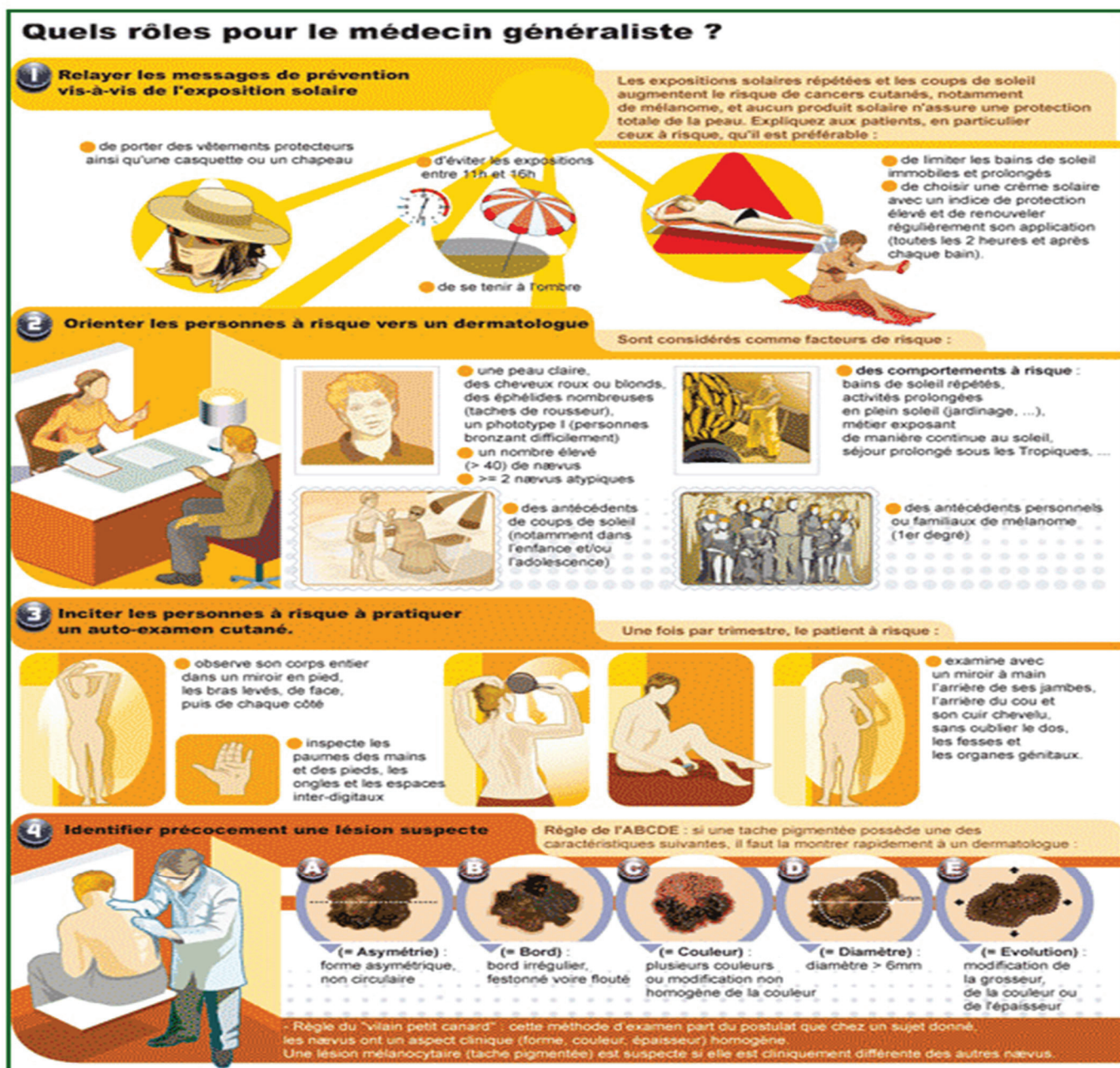


Figure 9 Mélanome le rôle du médecin généraliste (Onco paca - corse : réseau régional de cancérologie) (<https://www.oncopaca.org/fr/page/risque-aggrave-cancers-cutanes>)

ANNEXE 3 : Conclusions signées de la thèse



DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE EN MEDECINE

DATE : JEUDI 30 SEPTEMBRE 2021

LIEU ET SALLE DE SOUTENANCE DE THESE : FACULTE DE MEDECINE LYON SUD
HEURE DE LA THESE : 16H

Nom, prénom du candidat : Serhouni céline

Adresse : 5 montée de verdun 69160 Tassin

Téléphone : 06-84-56-47-85

Email : celine.serhouni@gmail.com

- Interne Médecine générale (DES)

LE DÉPISTAGE DU MÉLANOME CUTANÉ EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN REGION RHONE-ALPES

PRESIDENT ET MEMBRES DU JURY

Nom, prénom & titre

Président :

Professeur THOMAS Luc

Fonction exercée et lieu d'exercice

UFR de médecine/UCBL1 :

UFR Lyon sud, dermatologue au CHLS

Membres assesseurs

Professeur Maucourt-Boulch Delphine

Professeur Boussageon Remy

Docteur Revest Maximilien

UFR/Ucbl1 et/ou activité & lieu d'exercice (hospitalier ou libéral)

UFR Lyon sud, chef de pôle santé publique

UFR Lyon est, directeur adjoint du CUMG

Praticien hospitalier au CH de Trevoux

VU :

Signature du candidat :

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

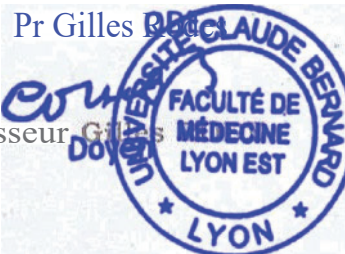
Cachet et Signature

GROUPEMENT HOSPITALIER
SUD
CENTRE HOSPITALIER LYONSUD
69495 Pierre Bénite

Service de Dermatologie
Professeur THOMAS Luc
RPPS 10003061545

VU :

Pour le président de l'université
Le Doyen de l'UFR de médecine Lyon Est



Professeur Gilles DOYEN

3

Faculté de Médecine Lyon Est

<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER



DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

DATE : JEUDI 30 SEPTEMBRE 2021

LIEU (SALLE) DE SOUTENANCE DE THÈSE : FACULTÉ DE MÉDECINE LYON SUD

HEURE DE LA THÈSE : 16H

Nom, prénom du candidat : serhouni céline

Titre de la thèse : Le dépistage du mélanome cutané en cabinet de médecine générale en région rhone alpes

1)

Documents à remplir par le Président de la thèse, Professeur à l'université Claude Bernard Lyon 1)

- 2) Le Président s'engage à prendre la responsabilité du suivi de la thèse pour en assurer la qualité,
- 3) Le Président établit un court rapport confirmant que le travail effectué correspond bien à celui attendu pour une thèse de Doctorat en Médecine.
Les soutenances doivent débuter au plus tard à 18 heures

RAPPORT DU PRESIDENT DE LA THESE

Je ne suis pas à l'initiative de ce travail, mais j'ai lu et approuvé le mémoire de thèse intitulé « Le dépistage du mélanome en cabinet de médecine générale en région Rhône-Alpes proposé par le Docteur Revest à Mme Céline Serhouni.

Il s'agit d'un travail original qui remplit toutes les conditions d'un mémoire de thèse de doctorat d'état en médecine.

Je donne donc un avis favorable à sa soutenance pour l'obtention du grade de docteur en médecine.

Lyon le 15.06.2021 à thèse, 6/2021

Nom, Prénom du Président et Cachet du service

Signature GROUPE ENT HOS PITALIER SUD
CENTRE HOSPITALIER LYON SUD
69d 05 Pierre Benite
e Dermatologie
Mme THOMAS Luc
RPPS 10003041545

Luc THOMAS

Faculté de Médecine Lyon Est
<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER



Nom prénom du candidat : serhouni céline

CONCLUSIONS

Le mélanome est une tumeur cutané maligne. En France son incidence est d'environ 10 000 nouveaux cas par an et la mortalité d'environ 1600 décès par an, ce qui en fait un problème de santé publique majeur. Le dépistage précoce du mélanome représente un point capital dans la prise en charge car il permet d'intervenir avant l'apparition de métastases et augmente donc les chances de guérison. Afin d'encadrer ce dépistage, la Haute autorité de santé a publié des recommandations en 2006, préconisant l'identification des populations à risque par le médecin généraliste et un examen cutané complet régulier. L'Has ré-affirme également en 2012 la non utilité d'un dépistage de masse, systématique et organisé, du mélanome. Notre étude nous a permis de montrer que les médecins généralistes étaient bien sensibilisés à cette problématique, et qu'ils considéraient le rôle du médecin généraliste comme indispensable pour les populations à risque même si cette mission demeure longue et compliquée à mettre en pratique au cabinet. Les médecins étaient globalement assez peu à l'aise avec cette mission de prévention. Ceci s'explique par le fait que la majorité d'entre eux ne s'estimaient pas suffisamment compétant pour mener à bien cette mission. Les principales difficultés rencontrées lors du dépistage du mélanome étaient : le manque de temps pour se former, le manque de temps pour examiner le tégument complet des patients, l'absence de consultation dédiée au cabinet, et la diminution du nombre de dermatologue allongeant considérablement les délais de consultations. La majeure partie des médecins étaient favorable à la mise en place d'aides pour mener à bien cette mission, notamment le développement de la télé-dermatologie à l'échelle national, ou encore par exemple la mise en place d'une cotation spécifique pour l'examen cutané complet de dépistage.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature

GRUPEMENT HOSPITALIER SUD
CENTRE HOSPITALIER LYON SUD

69895 Pierre Bénite
RPPS 10003061545

Service de Dermatologie
Professeur THOMAS Luc

Vu :

Pour le président de l'université
Le doyen de l'UFR de médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer Lyon
le 17 JUIN 2021

Faculté de Médecine Lyon Est

<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER

BIBLIOGRAPHIE :

1. HAS. Guide tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique - mélanome cutané. [en ligne].2012 [cité le 14 mars 2019] Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide_melanome_web.pdf
2. HAS. La prise en charge du mélanome cutané - guide patient [en ligne]. 2010 [cité le 14 mars 2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-05/ald_30_gp_melanome_web.pdf
3. Syndicat national des dermatologues et vénéréologues. Prévention solaire : en ville aussi la vigilance est indispensable. [En ligne]. [cité le 13.02.2019]. Disponible : <https://www.syndicatdermatos.org/prevention-solaire-ville-vigilance-indispensable/>
4. Le webzine de l'HAS. Mélanome cutané : la détection précoce est essentielle. [En ligne]. Mars 2017. [Cité le 13 Février 2019]. Disponible : https://webzine.has-sante.fr/jcms/c_1354947/en/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane?portal=p_3058934&userLang=en
5. HAS. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « détection précoce du mélanome cutané » Juillet 2012 version finale édition. [En ligne]. 2012.[cité le 13 février 2018]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane
6. Collège national des enseignants de dermatologie et vénéréologie. Item 149 : tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : mélanomes. [En ligne]. 2010 [cité le 13 Février 2019]. Disponible : http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_26/site/html/1.html
7. Wilson JMG, Jungner G. Principes et pratique du dépistage des maladies. Organisation mondiale de la santé. Cahiers de santé publique. Genève 1970. 182p.
8. HAS. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. [En ligne]. Octobre 2006. [Cité le 13 février 2019].Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_strategie_de_diagnostic_precoce_du_melanome.pdf
9. Réseau mélanome Ouest. Osez innover un comportement solaire responsable [En ligne]. 2017[cité le 10 Mars 2019]. Disponible : <https://www.reseau-melanome-ouest.com/samscore>
10. Rat C, Quereux G, Lequeux Y, Cary M, Jumbou O, Nguyen J M, et al. Intérêt du SAMScore dans le dépistage du mélanome. EM|consulte-Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. Décembre 2011. 2014 Nov 19;138(12S):A105.
11. Institut National du cancer. Aide pour votre pratique du dépistage des cancers cutanés. 2019. [En ligne]. [Cité le 13 Février 2018]. Disponible : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Aide-pour-votre-pratique>
12. [URPS médecins libéraux Auvergne Rhone Alpes](#). Rapport départementale de la démographie médical des médecins généraliste en région Auvergne Rhône Alpes en 2018. [en

ligne]. 2018 [cité le 20 mars 2019]. Disponible : https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/URPS_ML_AuRa_MG_rapport_2018.pdf

13. URPS médecins libéraux Auvergne Rhône Alpes. Démographie médicale et diagnostic territoriale [en ligne]. 2018 [cité le 25 mars 2019]. Disponible : <https://www.urps-med-aura.fr/votre-installation-liberale/demographie-medecale-et-diagnostic-territorial/#!/demographie-de-la-medecine-generale>

14. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2018. [en ligne]. 2018. [cité le 30 mars 2019]. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

15. Quéreux G, Nguyen J-M, Volteau C, Lequeux Y, Dréno B. Creation and test of a questionnaire for selfassessment of melanoma risk factors. Eur J Cancer Prev . Janv 2010;19(1):48-54.

16. Quéreux G, Moyse D, Lequeux Y, Jumbou O, Brocard A, Antonioli D, et al. Development of an individual score for melanoma risk. Eur J Cancer Prev. Mai 2011;20(3):217-24.

17. Quéreux G, N'guyen J-M, Cary M, Jumbou O, Lequeux Y, Dréno B. Validation of the Self-Assessment of Melanoma Risk Score for a melanoma-targeted screening. Eur J Cancer Prev. nov 2012;21(6):588-95.

18. Rat C, Gravier E, Quereux G, Senand R, Dreno B, Nguyen J-M. Cohorte de patients à risque de mélanome (COPARIME) : premiers résultats. Ve Congrès Int d'épidémiologie Épidémiologie Santé Mond Brux 12-14 Sept 2012. sept 2012;60, (Suppl 2):S114.

19. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France : profils comparés 2007/2017 : les territoires au cœur de la réflexion. [en ligne]. 2017 [cité le 15 avril 2019]. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1sogkeq/atlas_de_la_demographie_medecale_2017.pdf

20. Wernli KJ, Henrikson NB, Morrison CC, Nguyen M, Pocobelli G, Blasi PR. Screening for skin cancer in adults : update evidence report and systematic review for the US preventive task force. JAMA. 2016 Jul 26;316(4):436-47

21. Geller AC, O'Riordan DL, Oliveria SA, Valvo S, Teich M, Halpern AC. Overcoming obstacles to skin cancer examinations and prevention counseling for high-risk patients: results of a national survey of primary care physicians. J Am Board Fam Pract. déc 2004;17(6):416-23.

22. Association nationale des étudiants en médecine de France. Liste des items ECN 2015. [en ligne]. 2016 [cité le 5 avril 2019]. Disponible: <http://www.anemf.org>

23. Romero G, Garrido JA, García-Arpa M. Telemedicine and Teledermatology (I): Concepts and Applications. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition). 2008;99(7):506–22.

24. Williams C, Quirk C, Quirk A. Melanoma : a new strategy to reduce morbidity and mortality. Aus Med J. 2014;7:266-71.

25. Santé publique France, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Encadré. L'épidémiologie du mélanome cutané en France et en Europe. Thuret A. [en ligne] 2019 [cité le 4 octobre 2019]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/encadre.-l-epide-miologie-du-melanome-cutane-en-france-et-en-europe>



Serhouni Céline

Le dépistage du mélanome en cabinet de médecine générale en région Rhône-Alpes.

RESUME

Le mélanome constitue un véritable enjeu de santé publique. La stratégie de dépistage précoce place le médecin généraliste en première ligne. L'objectif de cette thèse est de comparer les recommandations actuelles et la pratique des médecins généralistes en cabinet.

Nous avons réalisé une enquête de pratique professionnelle auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes à l'aide d'un questionnaire standardisé portant sur la prise en charge au cabinet et le ressenti des médecins généralistes.

271 médecins ont répondu au questionnaire. La plupart d'entre eux étaient globalement peu à l'aise dans cette mission. Les principales difficultés rencontrées étaient : le manque de temps, le sentiment d'incompétence, l'absence de consultation dédiée et le manque de dermatologues.

Les médecins généralistes sont bien sensibilisés au dépistage du mélanome et leurs rôles restent essentiel dans cette mission. Néanmoins il semble nécessaire de mettre en place des aides pour leurs permettre de mener à bien cette fonction, notamment le développement de la télédermatologie.

MOTS CLEFS : Dépistage du Mélanome ; Médecine Générale ; Enquête de Pratiques

PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le professeur THOMAS Luc

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le professeur BOUSSAGEON Remy

Madame la professeur MAUCORT-BOULCH Delphine

Monsieur le docteur REVEST Maximilien

Date de soutenance : Jeudi 30 septembre 2021

Adresse postale de l'auteur : 5 montée de Verdun 69160 TASSIN

EMAIL : celine.serhouni@gmail.com