



HAL
open science

Comment le médecin généraliste s'acquitte de son rôle dans la prévention et le dépistage du mélanome

Guillaume Stimmesse

► **To cite this version:**

Guillaume Stimmesse. Comment le médecin généraliste s'acquitte de son rôle dans la prévention et le dépistage du mélanome. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01162754

HAL Id: dumas-01162754

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01162754>

Submitted on 11 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE : 2015

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

STIMMESSE Guillaume

Né le 03 juillet 1986 à Montbéliard

Présentée et soutenue publiquement le 5 mai 2015

*Comment le médecin généraliste s'acquitte de son rôle dans
la prévention et le dépistage du mélanome.*

**PRESIDENT DU JURY : Pr Joly
DIRECTEUR DE THESE : Dr Fisset
MEMBRES DU JURY : Pr Czernichow
Pr Hermil**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation.SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

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.

DEDICACES

A Monsieur le Professeur Pascal JOLY,

Pour avoir si rapidement accepté de présider ce jury de thèse, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bertrand FISSET,

Pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse, pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail, pour votre disponibilité, et votre écoute, trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter immédiatement de participer au jury de thèse, soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter immédiatement de participer au jury de thèse, pour votre disponibilité, soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Xavier BALGUERIE,

Pour votre aide et vos conseils précieux de spécialiste en dermatologie, soyez assuré de mes plus sincères remerciements.

Aux Docteurs Arnaud DUCHEZ, Bernard CURIE, Didier LEFEBVRE, Virginie BOITREL,
Vanessa BUREAUX pour le temps que vous m'avez consacré en entretien,

et aux 53 médecins généralistes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire,

Je vous remercie tous pour votre aide et vos réponses sans tabou dans une thèse visant à observer vos pratiques professionnelles.

A Lucile,

Merci pour ton soutien et ton aide précieuse dans la réalisation de mon travail de thèse.
Notre rencontre est la plus belle chose qui me soit arrivée dans la vie, je t'aime mon amour.

A mes parents,

Merci d'avoir toujours été là, je vous aime très fort.

A ma sœur,

Merci pour ton soutien et tes encouragements durant toute la durée de mes études.

A Léane et Martin,

Si petits et déjà pleins de vie, c'est un bonheur d'être votre « tonton »

A Jacqueline, ma grand-mère,

Toi qui m'as énormément aidé durant mes études aussi bien sur le plan financier que moral.

Pour ta bonne humeur et ton énergie, merci.

A mes grands-parents Raymond, Micheline, et Robert,

Qui auraient tellement voulu me voir soutenir ma thèse, je ne vous oublie pas.

A Bruno et Martine, à Jean-Paul et Geneviève, à mes cousins et cousines,

Merci pour tous les moments qu'on a passés ensemble,

Merci à toi, Bruno, pour m'avoir transmis ta passion de la médecine.

A mon parrain Jean-Claude, à ma marraine Joëlle, à leurs enfants et à toute leur famille,
Merci pour votre soutien et vos encouragements durant toute la durée de mes études, merci de
m'avoir « adopté » quand je suis arrivé en Normandie, merci pour tous les moments de
bonheur qu'on a passé ensemble ces dernières années.

A ma belle famille,
Merci de l'accueil chaleureux que vous me réservez à chaque fois que l'on se voit, je suis
heureux d'avoir été intégré aussi rapidement dans votre famille.

A tous mes amis et collègues,
Merci pour les moments de détente et de travail passés ensemble, pour la bonne humeur, les
rires, et les souvenirs inoubliables.

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	17
<i>MATERIEL ET METHODES</i>	27
<i>RESULTATS</i>	28
<i>DISCUSSION</i>	43
<i>CONCLUSION</i>	58
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	60
<i>ANNEXES</i>	63

INTRODUCTION

Le mélanome est un cancer cutané engageant le pronostic vital par sa capacité à se métastaser. Il représente entre 2% et 3% de l'ensemble des cancers (1). Le mélanome cutané se situe au 11ème rang des cancers les plus fréquents chez l'homme et au 9ème rang chez la femme (2). L'âge moyen au diagnostic est de 56 ans (2). On dénombre plus de 7300 nouveaux cas chaque année (1). Son incidence est en augmentation régulière de 10% par an depuis 50 ans. C'est le premier des cancers en terme d'augmentation de fréquence (2). Son nombre de cas augmente plus vite qu'aucun autre cancer solide (3) (voir annexe 1)

La prise en charge des mélanomes cutanés invasifs a généré les coûts suivants : en 2008, 42,1 millions d'euros pour les hospitalisations, les séances de chimiothérapie, les soins palliatifs et les hospitalisations pour complication et 194,2 millions d'euros pour les patients en affection longue durée pour mélanome cutané (4).

Dans un cas sur dix, il s'agit de formes familiales qui nécessitent une surveillance particulière. Il est important que les parents, enfants, frères et sœurs d'un patient atteint de mélanome fassent pratiquer un examen de la peau régulièrement (1).

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 (2).

Le mélanome est une tumeur cancéreuse qui se développe à partir de cellules appelées mélanocytes (1). Les mélanocytes sont présents essentiellement dans la peau mais également au niveau de l'œil et des méninges. Ces cellules sont également présentes dans les muqueuses de la cavité buccale, du rectum et des organes génitaux(5). Un mélanome peut donc se développer à ces différents endroits. Mais dans plus de 90%, il se situe sur la peau (5). Les mélanomes représentent une minorité des cancers de la peau. Ils surviennent à tout âge mais ils sont plus fréquents à partir de l'âge adulte (5). Les mélanomes apparaissent sur n'importe quelle partie du corps, le plus souvent sur le tronc chez l'homme et les jambes chez la femme. Dans la plupart des cas, un mélanome apparaît sur une partie de peau saine et se développe progressivement (5). Un mélanome peut aussi se développer à partir d'un naevus (5). Un naevus est une tumeur bénigne qui se développe à partir des mélanocytes.



Image 1 : Naevus cutanés

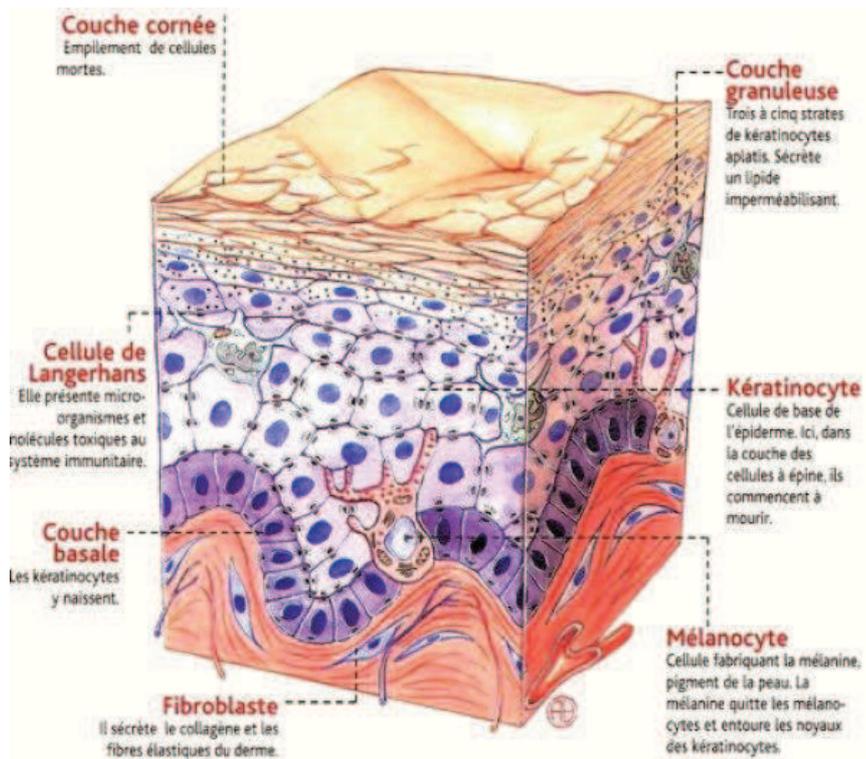


Image 2 : Schéma en coupe de l'épiderme

Les mélanocytes sont des cellules situées dans la couche basale de l'épiderme qui produisent la mélanine, un pigment responsable de la coloration de la peau et des phanères. Il existe deux types de mélanine, l'eumélanine, pigment brun-noir, et la phéomélanine, pigment jaune-rouge, produits par les mélanocytes et transportés jusqu'aux kératinocytes. Le phototype (couleur de la peau et des phanères) est lié à la présence plus ou moins importante de mélanine, et à la proportion entre les deux types de mélanine. Le rôle majeur des mélanines est de protéger la peau contre les effets néfastes des rayons UV et d'empêcher ainsi le développement de cancers cutanés. Cependant seule la mélanine noire est protectrice vis-à-vis des UV car elle renvoie la lumière. Les personnes qui ont un phototype élevé (prédominance de l'eumélanine) sont donc mieux protégées du soleil que celles qui ont un phototype faible chez qui la mélanine rouge est prédominante (6).

L'histogénèse des mélanomes se déroule en deux phases : à partir d'un mélanocyte transformé en cellule cancéreuse sous l'action de facteurs génétiques, physiques (voire une association des deux), il existe une première phase d'extension horizontale intra-épidermique, au-dessus de la membrane basale, puis une seconde phase d'extension verticale avec envahissement du derme superficiel puis du derme profond et de l'hypoderme.

Il y a donc une composante intra-épidermique faite de mélanocytes qui constituent une nappe ou des thèques disposées irrégulièrement le long de la couche basale, associée à un envahissement des couches superficielles de l'épiderme par des cellules tumorales migrant de façon isolée et anarchique, et une composante dermique invasive parfois associée à une réaction inflammatoire (7).

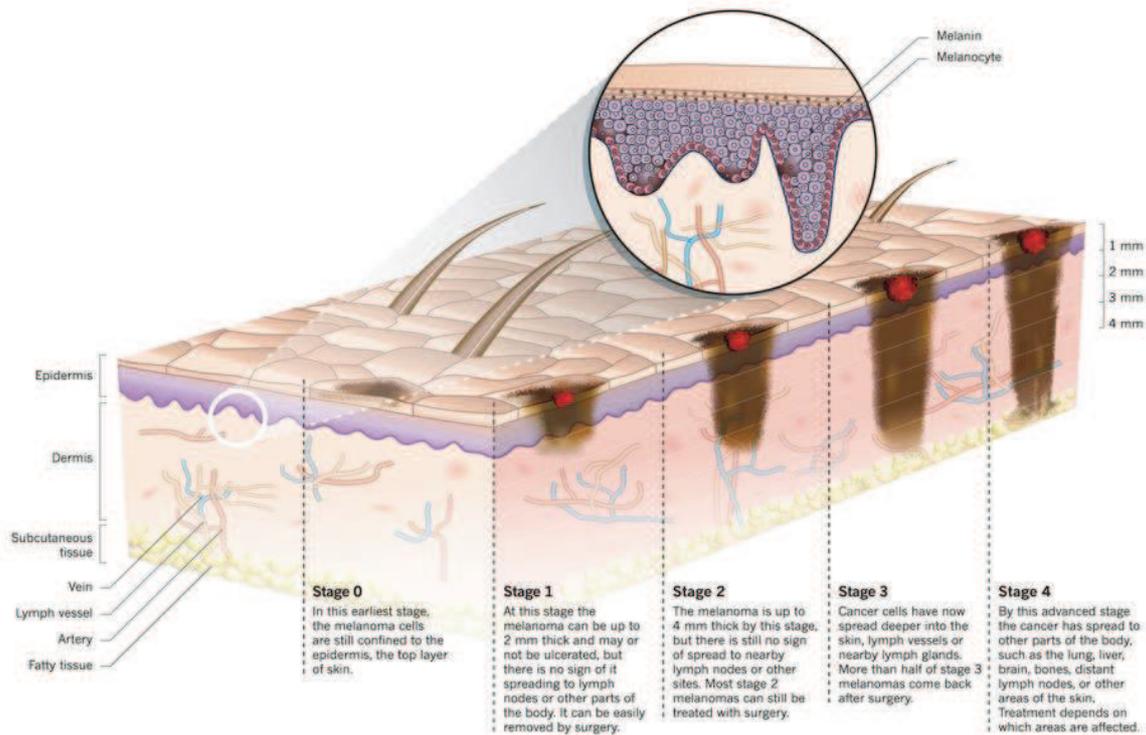


Image 3 : Histogénèse du mélanome

Les différents types de mélanomes sont (5,8) (voir annexe 2):

-les mélanomes à extension superficielle appelés SSM qui sont majoritaires et se présentent sous la forme de taches pigmentées irrégulières s'élargissant progressivement, asymétriques, d'une taille dépassant les cinq millimètres le plus souvent, de différentes couleurs, noir, marron, rouge ou non coloré. C'est la forme la plus fréquente.



Image 3 : mélanomes à extension superficielle

-les mélanomes nodulaires sont de petites élévations rondes de peau noire ou non colorée fermes sous le doigt. Il s'agit le plus souvent d'un nodule pigmenté, qui va évoluer rapidement. Ces mélanomes peuvent s'ulcérer, suinter, saigner et se recouvrir d'une croûte.



Image 4 : mélanomes nodulaires

-le mélanome de Dubreuil se présente sous la forme d'une tache colorée allant du noir au marron foncé qui s'étend progressivement sur plusieurs années. Ce mélanome se développe sur les zones exposées au soleil, principalement sur le visage et chez les personnes âgées de façon quasiment exclusive. Ce mélanome est longtemps limité aux couches superficielles de l'épiderme, son évolution initiale est lente. Il peut être confondu avec des lentigines solaires, lésions bénignes de la peau. Après cette phase initiale longue, il rejoint en pronostic les autres types de mélanome. La dermoscopie peut aider au diagnostic précoce mais le recours à la biopsie est le plus souvent nécessaire pour en faire le diagnostic.



Image 5 : mélanomes de Dubreuil

-le mélanome acral lentigineux se développe sur les zones non exposées au soleil, il n'est pas provoqué par l'exposition aux ultra-violets (9), il apparaît sur la paume des mains et la plante des pieds sous la forme d'une tache irrégulière brune ou noire puis sous la forme de nodules. Parfois il se manifeste sur les ongles sous la forme d'une petite bande colorée. Il est parfois de la couleur de la peau et alors très difficile à diagnostiquer car il peut être confondu avec un durillon ou une verrue plantaire.

Il représente 5% des mélanomes cutanés chez les personnes de phototype I et II (population blanche), mais en Asie ou en Afrique où les personnes sont le plus souvent de phototype V et VI, il représente 60% des mélanomes.



Image 6 : mélanome acral lentigineux

Quel que soit le type de mélanome, le pronostic va dépendre de la précocité du diagnostic et du stade de la maladie, caractérisé entre autres par l'épaisseur de la lésion qui aura été enlevée chirurgicalement.

Les critères pronostiques et d'évaluation du stade de la maladie sont essentiels et sont définis par l'analyse au microscope : il s'agit de l'épaisseur de la lésion en millimètre qui définit l'indice de Breslow et du niveau histologique appelé indice de Clark (8). (Voir annexe 3)

Les paramètres histopronostiques fondamentaux sont également l'ulcération, l'index mitotique et l'étude du premier ganglion relais (7).

En effet l'ulcération a une valeur péjorative importante quelque soit l'épaisseur de la tumeur. L'index mitotique, qui correspond au nombre de mitose par mm², a une valeur pronostique indépendante pour les tumeurs de faible épaisseur (inférieure à 1 mm). L'étude du premier ganglion relais est un marqueur pronostique de très grande valeur. L'exérèse de ce ganglion, dit ganglion sentinelle, n'est proposée que pour les mélanomes épais (supérieurs à 1 mm) ou pour les mélanomes peu épais mais ulcérés ou mitotiques.

L'examen histologique permet également, et avant tout, d'affirmer la nature mélanocytaire et le caractère malin de la tumeur. Il permettra également de préciser le caractère complet ou non de l'exérèse.

L'indice de Breslow est l'épaisseur tumorale maximale, mesurée de la partie supérieure de la granuleuse de l'épiderme jusqu'à la cellule tumorale la plus profonde. L'indice de Breslow est le principal critère pronostique dans le mélanome cutané avec une corrélation établie entre l'épaisseur tumorale, le risque de récurrence et la mortalité (7).

Mélanome primitif après exérèse	Risque de récurrence	Risque d'être décédé cinq ans plus tard	Risque d'être décédé 10 ans plus tard
intra épidermique	0%	0%	0%
Breslow : 0.20-0.75 mm	Inférieur à 10%	Inférieur à 5%	Inférieur à 5%
Breslow : 0.75-1.5 mm	20%	10%	15%
Breslow : 1.5-4 mm	40%	30%	40%
Breslow : >4 mm	70%	40%	50%
Mélanome loco-régional après curage	Risque de récurrence	Risque d'être décédé cinq ans plus tard	Risque d'être décédé 10 ans plus tard
1 adénopathie positive	70%	50%	Supérieur à 60%
>4 adénopathies positives	Supérieur à 80%	Supérieur à 70%	Supérieur à 80%

Le niveau histologique d'invasion dans le derme et l'hypoderme, ou indice de Clark est une classification en 5 niveaux:

Niveau 1 : mélanome in situ, intra-épidermique

Niveau 2 : invasion du derme papillaire incomplète (derme superficiel)

Niveau 3 : invasion de la totalité du derme papillaire jusqu'à la jonction avec le derme réticulaire (derme moyen)

Niveau 4 : extension au derme réticulaire

Niveau 5 : extension à l'hypoderme

Les principaux facteurs de risque du mélanome mis en évidence sont (2) :

-les caractéristiques physiques : phénotype clair avec peau claire, cheveux roux ou blonds, yeux clairs, nombreuses éphélides.

Le phénotype (ou phototype) conditionne la sensibilité de la peau aux rayonnements ultra-violet. Il existe six phototypes différents, liés, comme vu précédemment, à la production de mélanine, et à la proportion entre les deux types de mélanine. Les individus de phototype I et II sont plus sensibles aux UV du soleil (voir annexe 4).

-les facteurs environnementaux et comportementaux comme les antécédents personnels d'exposition solaire intermittente et intense et de brûlure solaire surtout pendant l'enfance, et le bronzage par ultra-violet artificiels.

En effet, l'exposition au soleil, et principalement aux ultra-violet, est le principal facteur de risque environnemental du mélanome cutané. D'autres facteurs de risque comme les composés chlorés organiques, les métaux lourds, en particulier le chrome, ont été également identifiés. Plus récemment, des chercheurs de Boston ont trouvé un lien entre la consommation de sildénafil (Viagra) et le développement du mélanome. En inhibant une molécule appelée PDE5A, ce médicament pourrait promouvoir l'invasion par la tumeur primitive (9).

Le rayonnement solaire émis à la surface de la Terre est principalement composé d'UVA (95-99%), qui ne sont pas arrêtés par les nuages contrairement aux UVB (1-5%), pourtant plus dangereux (10).

Les risques liés au soleil connus sont : les coups de soleil, l'affaiblissement des défenses immunitaires et l'inflammation, le vieillissement cutané prématuré avec apparition de taches pigmentaires de couleur plus ou moins foncée sur le dos des mains et le visage, apparition de lésions de kératose actinique, sécheresse cutanée et rides, kératite et cataracte, cancers cutanés et rétinoblastomes (voir annexe 5).

Le lien entre le mélanome cutané et l'exposition solaire est reconnu depuis longtemps puisque les taux d'incidence du mélanome cutané sont plus élevés en Australie qu'en Europe.

Or, les populations ayant migré en Australie étaient des populations à risque puisqu'à prédominance celtique, la différence d'incidence ne s'explique donc pas par la différence de phototype, mais bien par l'intensité de l'exposition solaire, plus forte en Australie qu'en Europe (10).

Le soleil est depuis 1992 classé cancérigène pour l'homme par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). En 2009, le CIRC a classé cancérigène la partie UV du spectre solaire, mais également les UV émis par les lampes de bronzage artificiel. La cancérigénicité des UVA et UVB s'explique par une action génotoxique, passant à la fois par des réactions oxydatives et par la formation au niveau de l'ADN de dimères de pyrimidines et de mutations de base thymine en cytosine. Les UVA sont 1000 à 10000 fois moins toxiques pour l'ADN que les UVB, cependant les UVA peuvent atteindre les couches les plus profondes de l'épiderme, et les systèmes de réparation des dommages induits à l'ADN par les UVA sont moins efficaces (10)

Plusieurs études ont montré que les personnes travaillant en extérieur avaient en fait un plus faible risque de développer un mélanome que celles qui travaillent à l'intérieur (9). Les hypothèses avancées pour expliquer cela seraient que la peau continuellement exposée au soleil s'adapterait et deviendrait plus performante pour réparer les lésions de l'ADN causées par les radiations ultra-violettes. Une autre hypothèse est que l'augmentation de la production de mélanine provoquée par l'exposition quotidienne au soleil pourrait former une couche protectrice contre les rayons nocifs. Enfin, une hypothèse plus controversée implique la vitamine D : des études ont démontré que les gens qui passent beaucoup de temps à

l'extérieur pourraient être protégés contre le mélanome par l'augmentation du taux de vitamine D, mais les preuves sont limitées et la causalité ambiguë.

A l'opposé, d'autres études affirment que l'exposition chronique pourrait constituer un facteur de risque chez les travailleurs en extérieur avec un risque de mélanome sur les zones exposées au soleil (visage, oreilles, cou et scalp) à un âge avancé (plus de 70 ans) (9). Au contraire, les gens développant un mélanome plus tôt dans la vie ont souvent eu des expositions solaires aiguës précoces, et la maladie survient généralement sur les zones occasionnellement exposées au soleil comme le dos, l'abdomen, les cuisses ou les bras. Cette différence s'expliquerait par la propension individuelle à développer des naevus. Une plus grande tendance à développer des naevus pourrait indiquer la présence de mélanocytes prêts à proliférer. En effet, les personnes qui ont beaucoup de naevus ont un haut risque de mélanome. Chez ces personnes, des expositions solaires brèves mais intenses survenant tôt dans la vie pourraient être suffisantes pour déclencher les événements moléculaires qui conduisent au cancer. Les mélanocytes sont déjà matures chez les gens jeunes même si ceux localisés sur le tronc semblent le devenir plus lentement. Chez les gens qui n'ont pas de tendance à développer des naevus, le processus pourrait nécessiter une exposition solaire plus prolongée. Cette théorie, développée par un chercheur australien, David Whiteman, est nommée « divergent pathways model » (9).

-le nombre de nævi, la présence d'un nævus atypique ou d'un nævus congénital géant.

Les individus qui ont un phénotype caractérisé par un nombre élevé de nævus ont souvent une susceptibilité génétique au mélanome (11). Ces nævus sont souvent atypiques.

On parle de syndrome des nævus atypiques ou *Atypical Mole Syndrome (AMS)* lorsqu'une personne présente plus de cent nævus avec plus de deux nævus atypiques ainsi que des nævus dans des localisations habituellement protégées du soleil comme les seins, les fesses, le scalp et les pieds.

Les nævus atypiques sont définis par la présence d'au moins trois des critères suivants : contours irréguliers, asymétrie, pigmentation hétérogène, teinte rosée en périphérie et taille supérieure à 5 millimètres. Leur prévalence est de cinq à dix pour cent dans la population générale.

Les nævus congénitaux géants (NCG) ont une origine mal connue. Présents dès la naissance ou dans les 3 à 6 premiers mois de la vie, leur taille est variable mais on parle de NCG pour une taille de plus de 20cm. Non transmissibles, ils sont la manifestation d'un mosaïcisme génétique. Histologiquement, les NCG sont caractérisés par un envahissement des annexes cutanées mais également parfois des nerfs cutanés, des parois vasculaires ou des annexes sudorales. Plus un NCG est étendu en surface, plus il est infiltrant. Il existe un risque d'association à une mélanose neuroméningée dont les conséquences neurologiques peuvent être dramatiques (comitialité, retard intellectuel, HTIC...) Le risque évolutif majeur du NCG est la transformation maligne, risque extrêmement difficile à quantifier, sauf pour les NCG de plus de 40cm où il est établi un risque global inférieur à 1%. Plus de 50% des mélanomes de l'enfant surviennent chez des enfants porteurs d'un NCG, et le risque de transformation le plus important serait avant l'âge de 10 ans. Le risque cumulatif à 5 ans de développer un mélanome chez un enfant porteur d'un NCG est de 2,3% (12).

-les antécédents personnels de cancers cutanés ou familiaux de mélanome notamment chez les parents au premier degré.

Le mélanome a été décrit dans le contexte de familles à risque depuis très longtemps puisque la première observation a été publiée par Laennec en 1812. Depuis, il a été identifié un gène de susceptibilité au mélanome situé sur le chromosome 9. Ce gène appelé CDKN2A ou p16

agit comme un gène suppresseur de tumeur, et a un rôle important dans la régulation du cycle cellulaire, surtout concernant la sénescence des cellules mélanocytaires.

Cliniquement, lorsque ce gène est muté, il existe un nombre élevé de nævus qui n'invoquent pas avec l'âge alors que dans la population normale, l'involution des nævus est apparente à partir de l'âge de 40 ans. De plus, ces patients continuent à voir apparaître des lésions mélanocytaires au cours de leurs troisièmes et quatrièmes décennies de vie, ce qui est rare dans la population normale.

Plus de 30 mutations différentes du gène CDKN2A ont été identifiées, et la fréquence des mutations du gène CDKN2A dans les familles avec mélanome familial dépend du nombre de mélanomes au sein de chaque famille. Ainsi, pour une famille avec 2 cas de mélanome, le risque d'avoir une mutation est de 15% contre plus de 50% pour les familles avec 4 cas ou plus de mélanome. La pénétrance de ce gène varie aussi en fonction de l'âge et de l'incidence du mélanome dans le pays d'origine. Elle augmente dans tous les pays avec l'âge, et est plus élevée en Australie qu'en Europe, ce qui suggère que l'exposition au soleil influence l'expression du gène CDKN2A. Il y aurait donc une intrication de facteurs génétiques et environnementaux dans la physiopathologie du mélanome.

Des mutations du gène CDK4, oncogène localisé sur le chromosome 12 ont été identifiées dans quelques familles mais ces mutations sont très rares.

Des recherches sont en cours sur le chromosome 1, sur lequel un gène pourrait être impliqué dans des stades plus tardifs de la progression de la tumeur.

Par ailleurs, des mélanomes peuvent être associés au sein de familles à risque d'autres cancers (sein, colon, cerveau, rétinoblastome ou syndrome de Li-Fraumeni), d'où la nécessité de recueillir avec précision lors de l'anamnèse les différents types de cancers dans la famille (11).

-l'immunodépression constitutionnelle ou acquise (en particulier post-greffe)

L'objectif de la prévention primaire est d'éviter la survenue d'un mélanome, en diminuant les facteurs de risque de celui-ci. La prévention primaire passe par des conseils simples (13) (voir annexe 6):

- Eviter les expositions solaires directes et indirectes de 11 heures à 16 heures, hiver comme été
- Se protéger en portant des vêtements adaptés, quel que soit l'horaire (la meilleure des protections): chapeau, vêtements foncés et longs, lunettes adaptées,
- Utiliser des crèmes solaires anti UVA et UVB, même si aucune n'offre une protection complète
- Ne pas exposer un bébé ou un enfant
- Savoir que lors d'une marche prolongée ou d'une activité extérieure, bouger ne diminue pas les risques
- Se méfier de la réverbération ou de la réflexion des UV
- Savoir que les UVB augmentent avec l'altitude et qu'en montagne, même s'il fait froid, le danger augmente.
- Eviter les médicaments photosensibilisants, et l'application de parfum sur la peau ou les cheveux
- Savoir consulter le médecin devant toute lésion cutanée qui ne guérit pas, qui grossit ou se modifie

Un auto-examen tous les trois mois et une consultation annuelle chez le dermatologue sont essentiels chez les personnes considérées comme à risque (2). La détection du mélanome cutané à un stade précoce est importante pour la guérison du patient, c'est la prévention secondaire. Elle vise à améliorer le pronostic vital et fonctionnel en dépistant et en traitant précocement les mélanomes cutanés.

Le médecin généraliste est un acteur principal de la prévention et du dépistage du mélanome. C'est le médecin traitant qui informe les patients des risques liés à l'exposition solaire et qui adresse son patient au dermatologue s'il a identifié un patient à risque de mélanome ou s'il a découvert une lésion suspecte au cours de l'examen clinique (4).

Le traitement des mélanomes est principalement chirurgical, effectué le plus souvent par les dermatologues avec des marges appropriées selon le type de mélanome. Une intervention complémentaire après la première exérèse est nécessaire. Son importance sera fonction de l'analyse histologique de la lésion enlevée (voir annexes 7 et 8). D'autres traitements complémentaires sont parfois nécessaires. Le curage ganglionnaire avec étude du premier ganglion lymphatique relais, ou ganglion sentinelle, sera pratiqué en fonction du type de mélanome et de son épaisseur.

Les traitements complémentaires sont la thérapie ciblée et l'immunothérapie. Considéré avant l'apparition de ces traitements comme un cancer incurable, le mélanome métastatique est aujourd'hui un cancer dont les anomalies sont de mieux en mieux décryptées, permettant le développement de nouvelles molécules. Deux grandes voies thérapeutiques sont ainsi apparues :

-les traitements ciblés qui visent à éteindre des signaux à la surface ou dans les cellules cancéreuses, signaux responsables de leur multiplication. Par exemple, il existe aujourd'hui des molécules inhibant la voie BRAF, voie activée chez environ 50% des patients. Ces inhibiteurs de BRAF ont montré des taux de réponse spectaculaires et très rapides chez les patients pouvant en bénéficier, l'efficacité étant souvent limitée dans le temps du fait du développement de mécanismes de résistance des cellules cancéreuses après quelques mois de traitement. La recherche actuelle s'intéresse à de nouveaux traitements, les inhibiteurs de MEK qui, en combinaison avec les inhibiteurs de BRAF, ont un effet synergique, mais permettent également de diminuer le risque de résistance et d'améliorer la tolérance des anti-BRAF.

-la stimulation du système immunitaire, ou immunothérapie, qui vise à apprendre au système immunitaire du patient à reconnaître et à détruire les cellules tumorales. Deux types de molécules sont connus :

- les anticorps anti-CTLA4 (ipilimumab), mis sur le marché en 2012, après avoir montré qu'ils permettaient une survie supérieure chez les patients atteints de mélanome métastatique par rapport aux patients traités par chimiothérapies classiques. Cependant, seulement 20% des patients bénéficiant de ce type de traitement sont bons répondeurs sans que l'on puisse prévoir à l'avance qui sera répondeur ou non. Les effets indésirables de ces molécules sont liés à leur mode d'action, avec parfois un emballement trop important du système immunitaire au détriment des cellules normales se traduisant par une inflammation plus ou moins sévère de certains des tissus (tube digestif, peau, glandes endocrines, foie).
- les anticorps anti-PD1, développés plus récemment, qui ont montré des taux de réponse chez 40% des patients avec des réponses durables et des taux de survie globale très importants.

Ces thérapeutiques des mélanomes métastatiques sont de plus en plus performantes, et permettent des périodes de rémissions de plus en plus longues, de plusieurs années, voire de décennies (14).

L'objectif de cette étude était d'étudier la façon dont le médecin généraliste s'acquitte de son rôle dans la prévention et le dépistage du mélanome. Il s'agissait de montrer l'importance du rôle des médecins généralistes dans la prévention et le dépistage du mélanome cutané.

MATERIEL ET METHODES

1) Type et population de l'étude :

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes de sexe, d'âge et de générations différentes exerçant en région Haute-Normandie.

Le recueil d'information s'exerçait soit par des entretiens réalisés à l'aide d'un questionnaire portant sur le sujet analysé, soit par l'analyse des réponses à ce même questionnaire envoyé par mail aux médecins généralistes de Haute-Normandie.

Les entretiens étaient réalisés de manière individuelle et enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Le recueil d'information se déroulait sur la période de juin à septembre 2014.

La population cible de l'étude était constituée par les médecins généralistes thésés exerçant en activité libérale en Haute-Normandie, et possédant une connexion à Internet.

Etaient exclus de l'étude les médecins généralistes thésés ou non thésés ayant une activité exclusivement hospitalière et/ou n'ayant pas de connexion à Internet.

2) Questionnaire : (Voir annexe 9)

Le questionnaire a été réalisé à partir de Google drive. Il comportait vingt-deux questions.

- Les deux premières questions portaient sur les caractéristiques de la population cible et s'intéressaient à l'âge et au sexe du médecin.
- Les dix questions suivantes portaient sur l'information des patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané et l'identification des patients à risque.
- Les cinq questions suivantes portaient sur ce que les médecins pensent de leurs connaissances sur le mélanome.
- Les quatre questions suivantes portaient sur ce que les médecins pensent du dépistage du mélanome par le médecin généraliste.

3) Analyse :

Le questionnaire comprenait uniquement des variables qualitatives.

Elles étaient partagées entre des variables qualitatives ordinales, nominales et binaires.

La variable qualitative ordinale était la variable « âge ».

Les variables qualitatives nominales étaient :

- l'information des patients sur les facteurs de risques de mélanome cutané,
- ces facteurs de risque,
- les questions posées pour l'identification des patients à risque,
- l'utilité que porte le médecin à la prévention du mélanome.

Les variables qualitatives binaires étaient :

- le sexe,
- l'identification des patients à risque,
- la pratique d'un examen de la peau de façon régulière,
- l'envoi du patient vers un dermatologue en cas de lésion suspecte,
- l'éducation des patients à l'auto-examen cutané,
- les connaissances et l'expérience du médecin sur le mélanome.

Pour le traitement des données, le logiciel utilisé était Google drive.

RESULTATS

QUESTIONNAIRE

Un questionnaire avait été envoyé par mail aux différents médecins généralistes de la région de Haute-Normandie à l'aide de la mailing liste des médecins de la région que la Faculté de Médecine de Rouen possède.

Le questionnaire avait été envoyé début septembre 2014. Cinquante-trois médecins généralistes avaient répondu au questionnaire.

1) Caractéristiques de la population cible

Age des médecins

6 des médecins avaient entre vingt-cinq et trente-cinq ans inclus soit 11% des médecins.

8 des médecins avaient entre trente-cinq et quarante-cinq ans inclus soit 15% des médecins.

18 des médecins avaient entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans inclus soit 34% des médecins.

21 des médecins avaient entre cinquante-cinq ans et soixante-cinq ans inclus soit 40% des médecins.

Sexe des médecins

36 des médecins étaient des hommes soit 68% des médecins ayant répondu au questionnaire.

17 des médecins étaient des femmes soit 32% des médecins ayant répondu au questionnaire.

Age	Nombre	Pourcentage
25-35ans	6	11%
36-45 ans	8	15%
46-55 ans	18	34%
56-65 ans	21	40%
Sexe		
féminin	17	32%
masculin	36	68%

2) Information des patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané

30 des médecins ayant répondu informaient certains patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané soit 57% des médecins.

12 des médecins ayant répondu informaient les patients selon leurs antécédents soit 23% des médecins ayant répondu.

4 des médecins informaient tous les patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané soit 8% des médecins ayant répondu.

2 médecins n'informaient que certains de leurs patients, selon leurs antécédents, sur les facteurs de risque de mélanome cutané soit 3% des médecins ayant répondu.

5 des médecins informaient rarement les patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané soit 9% des médecins ayant répondu.

Information des patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané	Nombre	Pourcentage
Information de tous les patients	4	8%
Information de certains patients	30	57%
Information des patients selon leurs antécédents	12	23%
Rare information des patients	5	9%
Non information des patients	0	0%
Information de certains patients et selon leurs antécédents	2	3%

3) **Facteurs de risque à propos desquels les médecins informaient leurs patients**

28 médecins informaient les patients sur la présence d'éphélides soit 53% des médecins ayant répondu.

40 médecins informaient les patients sur la présence d'un phototype clair soit 75% des médecins ayant répondu.

43 médecins informaient les patients sur la présence de nombreux nævus comme facteur de risque de mélanome cutané soit 81% des médecins ayant répondu.

46 médecins informaient les patients sur les risques d'une exposition solaire d'intensité forte ou répétée soit 87% des médecins ayant répondu.

40 médecins informaient les patients sur les risques liés aux coups de soleil soit 75% des médecins ayant répondu.

17 médecins informaient les patients sur les risques liés à la présence d'une kératose actinique soit 32% des médecins ayant répondu.

44 médecins informaient les patients sur les risques liés à la présence d'antécédents familiaux ou personnels de mélanome cutané soit 83% des médecins ayant répondu.

Facteurs de risque à propos desquels les médecins informaient leurs patients	Nombre	Pourcentage
Présence d'éphélides (taches de rousseur)	28	53%
Phototype clair	40	75%
Nombre de naevus	43	81%
Exposition solaire d'intensité forte ou répétée	46	87%
Coups de soleil	40	75%
Présence de kératose actinique	17	32%
Antécédents familiaux de mélanome	44	83%

4) Identification des patients à risque dans leur patientèle par les médecins généralistes

39 médecins ayant répondu identifiaient dans leur patientèle les patients à risque soit 74% des médecins.

14 médecins ayant répondu n'identifiaient pas dans leur patientèle les patients à risque de mélanome cutané soit 26% des médecins.

Identification des patients à risque dans leur patientèle par les médecins généralistes	Nombre	Pourcentage
Oui	39	74%
Non	14	26%

5) Questions posées aux patients par les médecins pour l'identification des patients à risque

35 médecins posaient la question des antécédents personnels et familiaux de mélanome soit 66% des médecins ayant répondu.

6 médecins recherchaient un terrain d'immunodépression soit 11% des médecins ayant répondu.

35 médecins recherchaient la présence de nombreux nævus soit 66% des médecins ayant répondu.

24 médecins interrogeaient leurs patients sur leur difficulté à bronzer soit 45% des médecins ayant répondu.

Aucun médecin ne posait la question d'antécédent de coups de soleil durant l'enfance.

18 médecins recherchaient une exposition aux ultraviolets artificiels soit 34% des médecins ayant répondu.

17 médecins s'intéressaient à la pratique d'une profession exposant aux facteurs de risque de mélanome cutané soit 32% des médecins ayant répondu.

Questions posées aux patients par les médecins pour l'identification des patients à risque	Nombre	Pourcentage
Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux de mélanome cutané?	35	66%
Avez-vous un terrain d'immunodépression?	6	11%
Avez-vous beaucoup de naevi?	35	66%
Bronzez-vous difficilement ou êtes-vous sujet aux coups de soleil?	24	45%
Etes-vous régulièrement exposé aux UV artificiels?	18	34%
Travaillez-vous ou avez-vous travaillé à un poste exposant aux facteurs de risque?	17	32%

6) Examen de la peau de façon régulière par le médecin généraliste

26 médecins examinaient de façon régulière la peau de leurs patients soit 49% des médecins.

25 médecins n'examinaient pas de façon régulière la peau de leurs patients soit 47% des médecins.

2 médecins n'avaient pas répondu à cette question soit 4% des médecins.

Examen de la peau de façon régulière par le médecin généraliste	Nombre	Pourcentage
Oui	26	49%
Non	25	47%
Absence de réponse	2	4%

7) Fréquence de l'examen cutané de leurs patients par les médecins généralistes

18 médecins examinaient environ une fois par an la peau de leurs patients soit 34% des médecins ayant répondu.

15 médecins examinaient moins d'une fois par an la peau de leurs patients soit 28% des médecins ayant répondu.

4 médecins examinaient tous les six mois la peau de leurs patients soit 8% des médecins ayant répondu.

Seize médecins n'avaient pas répondu soit trente pour cent des médecins.

Fréquence de l'examen cutané de leurs patients par les médecins généralistes	Nombre	Pourcentage
Tous les trois mois environ	0	0%
Tous les six mois environ	4	8%
Une fois par an environ	18	34%
Moins d'une fois par an	15	28%
Absence de réponse	16	30%

8) Examen dermatologique du patient lors d'une consultation pour un autre motif

48 médecins ont répondu pratiquer parfois un examen dermatologique alors que le patient consultait pour un autre motif soit 91% des médecins.

4 médecins ont répondu ne pas pratiquer d'examen dermatologique lorsque le patient consulte pour un autre motif soit 7% des médecins.

1 médecin ne s'était pas prononcé sur la question soit 2% des médecins.

Examen dermatologique d'un patient lors d'une consultation pour un autre motif	Nombre	Pourcentage
Oui	48	91%
Non	4	7%
Absence de réponse	1	2%

9) Envoi systématique du patient chez le dermatologue lors du dépistage d'une lésion suspecte

52 médecins ont affirmé envoyer chez le dermatologue leurs patients présentant une lésion suspecte soit 98% des médecins.

1 seul médecin ne les envoyait pas directement chez le dermatologue mais leur conseillait de pratiquer une surveillance photographique personnelle, ce qui représente 2% des médecins.

Envoi systématique du patient chez le dermatologue lors du dépistage d'une lésion suspecte	Nombre	Pourcentage
Oui	52	98%
Non	1	2%

10) Consultation systématique annuelle chez le dermatologue même en l'absence de lésion suspecte

31 médecins envoyaient de façon systématique leurs patients chez le dermatologue soit 58% des médecins ayant répondu.

22 médecins n'envoyaient pas leur patients de façon systématique chez le dermatologue soit 42% des médecins ayant répondu.

Consultation systématique annuelle chez le dermatologue même en l'absence de lésion suspecte	Nombre	Pourcentage
Oui	31	58%
Non	22	42%

11) Déshabillage complet du patient pour l'examen de la peau

18 médecins affirmaient déshabiller complètement les patients pour l'examen de la peau soit 34% des médecins ayant répondu.

35 médecins affirmaient ne pas déshabiller complètement les patients soit 66% des médecins ayant répondu.

Déshabillage complet du patient pour l'examen de la peau	Nombre	Pourcentage
Oui	18	34%
Non	35	66%

12) Formation des patients à la pratique de l'auto-examen cutané

26 médecins affirmaient former leur patient à la pratique de l'auto examen cutané soit 49% des médecins ayant répondu.

27 médecins affirmaient ne pas former leurs patients à la pratique de l'auto-examen cutané soit 51% des médecins ayant répondu.

Formation des patients à la pratique de l'auto-examen cutané	Nombre	Pourcentage
Oui	26	49%
Non	27	51%

13) Connaissance par les médecins généralistes de la règle d'identification ABCDE

44 médecins avaient répondu connaître la règle d'identification ABCDE pour le diagnostic du mélanome cutané soit 83% des médecins interrogés.

9 médecins avaient répondu ne pas la connaître soit 17% des médecins ayant répondu au questionnaire.

Connaissance par les médecins généralistes de la règle d'identification ABCDE	Nombre	Pourcentage
Oui	44	83%
Non	9	17%

14) Participation à une formation à l'identification des mélanomes cutanés

27 médecins avaient répondu avoir participé à une formation à l'identification des mélanomes cutanés soit 51% des médecins.

26 médecins disaient n'avoir jamais participé à une formation de ce type soit 49% des médecins.

Participation à une formation à l'identification des mélanomes cutanés	Nombre	Pourcentage
Oui	27	51%
Non	26	49%

15) Souhait des médecins d'avoir une formation complémentaire sur le dépistage du mélanome cutané

51 médecins avaient répondu souhaiter participer à une formation complémentaire sur ce sujet soit 96% des médecins.

2 médecins ne le souhaitaient pas soit 4% des médecins.

Souhait des médecins d'avoir une formation complémentaire sur le dépistage du mélanome cutané	Nombre	Pourcentage
Oui	51	96%
Non	2	4%

16) Ressenti du médecin sur ses compétences (connaissance et expérience) à dépister le mélanome cutané

23 médecins avaient répondu avoir l'impression d'avoir l'expérience et les connaissances nécessaires au dépistage du mélanome soit 43% des médecins.

30 médecins estimaient ne pas avoir l'expérience et les connaissances nécessaires au dépistage du mélanome soit 57% des médecins.

Ressenti du médecin sur ses compétences (connaissance et expérience) à dépister le mélanome cutané	Nombre	Pourcentage
Oui	23	43%
Non	30	57%

17) Possibilité d'amélioration des connaissances sur cette thématique

52 médecins avaient exprimé pouvoir améliorer leurs connaissances sur le dépistage du mélanome soit 98% des médecins.

1 seul médecin n'exprimait pas pouvoir améliorer ses connaissances soit 2% des médecins.

Possibilité d'amélioration des connaissances sur cette thématique	Nombre	Pourcentage
Oui	52	98%
Non	1	2%

18) Intérêt de la prévention et du dépistage précoce du mélanome par le médecin traitant

19 médecins jugeaient que la prévention et le dépistage du mélanome par le médecin traitant est indispensable pour tous les patients soit 36% des médecins interrogés.

24 médecins avaient répondu que c'est nécessaire pour la plupart des patients soit 45% des médecins interrogés.

6 médecins avaient répondu que c'est utile pour certains patients seulement soit 11% des médecins interrogés.

25 médecins avaient répondu que c'est une pratique demandant à être généralisée soit 47% des médecins interrogés.

Aucun médecin n'avait répondu que c'est inutile puisque étant considéré comme le rôle du dermatologue.

19 médecins avaient répondu que la prévention et le dépistage du mélanome cutané est un objectif de médecine générale à inscrire dans l'EPP, soit 36% des médecins interrogés.

4 médecins avaient répondu qu'il s'agit d'une pratique trop longue et/ou trop compliquée à mettre en œuvre par le médecin traitant, soit 7% des médecins interrogés.

Intérêt de la prévention et du dépistage précoce du mélanome par le médecin traitant	Nombre	Pourcentage
Indispensable pour tous les patients	19	36%
Nécessaire pour la plupart des patients	24	45%
Utile chez certains patients seulement	6	11%
Inutile, c'est le rôle du dermatologue	0	0%
Une pratique demandant à être généralisée	25	47%
Un objectif de médecine générale à inscrire dans l'EPP	19	36%
Trop compliqué, trop long à mettre en œuvre par le médecin généraliste de façon systématique	4	7%

19) Connaissance de l'existence de recommandations sur la prévention et le dépistage du mélanome par le médecin généraliste

23 médecins avaient répondu connaître l'existence de recommandations sur cette thématique, soit 43% des médecins interrogés.

30 médecins avaient répondu ne pas connaître l'existence de telles recommandations soit 57% des médecins interrogés.

Connaissance de l'existence de recommandations sur la prévention et le dépistage du mélanome par le médecin généraliste	Nombre	Pourcentage
Oui	23	43%
Non	30	57%

20) Avis favorable à un dépistage organisé du mélanome

51 médecins disaient être favorables à un dépistage organisé du mélanome soit 96% des médecins.

2 médecins disaient ne pas être favorables à un dépistage organisé du mélanome soit 4% des médecins.

Avis favorable à un dépistage organisé du mélanome	Nombre	Pourcentage
Oui	51	96%
Non	2	4%

21) Acteur du dépistage organisé du mélanome cutané

Plusieurs médecins avaient donné plusieurs réponses à cette question, mais concernant chacun des trois acteurs proposés analysés séparément:

33 médecins jugeaient que l'acteur du dépistage organisé du mélanome devrait être le médecin généraliste, soit 62% des médecins interrogés.

25 médecins avaient répondu que ce dépistage organisé devrait se faire par le dermatologue, soit 47% des médecins interrogés.

15 médecins avaient répondu qu'il devait se faire par une personne formée spécifiquement, soit 28% des médecins interrogés.

2 médecins ne s'étaient pas prononcés sur cette question soit 4% des médecins interrogés.

Acteur du dépistage organisé du mélanome cutané	Nombre	Pourcentage
Le médecin généraliste	33	62%
Le dermatologue	25	47%
Une personne formée spécialement	15	28%
Absence de réponse	2	4%

ENTRETIENS

Cinq entretiens avec des médecins généralistes avaient été réalisés au mois de juillet 2014. L'un des médecins interrogé exerçait en milieu semi-urbain en Seine-Maritime. Un autre médecin exerçait en milieu rural dans l'Eure. Tous deux étaient des hommes de soixante-cinq ans.

Les trois autres médecins interrogés exerçaient en milieu urbain. Un des trois médecins était un homme de cinquante ans et les deux autres médecins étaient des femmes d'une trentaine d'années ayant récemment terminé leurs études.

L'une d'entre elle était installée et l'autre était remplaçante.

Chaque entretien avait duré environ une quinzaine de minutes.

Analyse de l'entretien réalisé avec le médecin exerçant en milieu semi-urbain en Seine-Maritime

Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans.

Il informait les patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané notamment le soleil, les grains de beauté et les antécédents familiaux de mélanome.

Il identifiait les patients à risque de mélanome en leur posant des questions sur leurs antécédents personnels et familiaux de mélanome et en fonction de leur phototype cutané.

Il pratiquait un examen régulier de la peau de ses patients chez tous les patients qui étaient à risque tous les six mois environ ou s'ils signalaient un problème particulier.

Il adressait de manière systématique les patients chez le dermatologue en cas de lésion cutanée suspecte et même en l'absence de lésion cutanée suspecte dans certaines familles où il y avait des antécédents de mélanome cutané.

Il faisait déshabiller complètement ses patients, sous-vêtements compris, pour l'examen de la peau.

Il les formait à la pratique de l'auto-examen cutané en leur demandant de regarder régulièrement leur peau et de lui signaler s'ils voyaient quelque chose d'anormal.

Il avait déjà participé à une formation sur la détection des mélanomes cutanés et ne souhaitait pas avoir une formation complémentaire sur cette thématique considérant que celle déjà reçue était suffisante.

Il estimait pouvoir améliorer ses connaissances sur la détection du mélanome cutané, affirmant qu'il est toujours possible d'améliorer ses connaissances.

Il pensait avoir l'expérience professionnelle et les connaissances nécessaires à la prévention et au dépistage du mélanome en médecine générale.

Il jugeait le dépistage du mélanome utile pour tous les patients, même sans facteurs de risque.

Il ne savait pas s'il existe des recommandations en médecine générale dans le cadre de la prévention et du dépistage du mélanome cutané.

Il était favorable à un dépistage organisé du mélanome mais qui serait effectué par le dermatologue.

Analyse de l'entretien réalisé avec le médecin exerçant en milieu rural dans l'Eure

Il s'agit d'un médecin homme de soixante-cinq ans.

Il n'informait pas les patients sur les facteurs de risque de mélanome, expliquant que c'était le plus souvent les patients, lorsqu'ils repéraient une lésion suspecte, qui l'en informaient. Il affirmait que c'était un des rares sujets où le patient arrivait inquiet en consultation.

Il identifiait dans sa patientèle les patients à risque, notamment les jeunes qui venaient l'été, la peau complètement dorée. Il disait leur expliquer que c'était une pratique risquée, en particulier à long terme, que cela pouvait avoir de lourdes conséquences. Il leur demandait de lui faire penser à examiner leur peau.

Il ne pratiquait pas d'examen de la peau de façon régulière, uniquement chez les patients à risque, mais il affirmait que pour lui, ce n'était pas aussi systématique que d'aller palper la thyroïde ou les aires ganglionnaires.

Il adressait de manière systématique ses patients au dermatologue en cas de découverte d'une lésion cutanée suspecte.

Il n'envoyait pas les patients consulter de façon régulière chez le dermatologue en l'absence de lésion cutanée suspecte, évoquant de longs délais d'obtention d'un rendez-vous.

Il formait certains patients à la pratique de l'auto-examen cutané, notamment les jeunes qui avaient de nombreux naevi, il leur disait de se faire photographier nus de dos et de face et de recommencer chaque année afin d'avoir un élément de référence. Après, soit les patients lui montraient les photographies s'ils le souhaitaient, soit ils les gardaient et faisaient la comparaison eux-mêmes.

Il connaissait la règle d'identification du mélanome ABCDE.

Il avait déjà participé à une formation à l'identification des mélanomes.

Il pensait pouvoir améliorer ses connaissances en matière de prévention et de dépistage du mélanome en médecine générale. Il précisait que l'expérience lui avait appris qu'il ne fallait surtout pas faire preuve de pudeur quand on examine un patient, les mélanomes pouvant se situer sur l'ensemble du tégument.

Il pensait avoir l'expérience professionnelle pour participer à la prévention et au dépistage du mélanome, mais précisait, que pour lui la prévention était de la responsabilité du grand public, qu'elle n'était pas propre au médecin, et que le pharmacien avait aussi un très grand rôle, devant expliquer les risques de l'exposition solaire lorsqu'il vendait un produit de protection solaire.

Pour lui, ce n'était pas au dermatologue d'être l'acteur de la prévention et du dépistage du mélanome, le nombre de dermatologues étant limité et même amené à diminuer dans les années à venir. Il expliquait qu'il n'y avait donc pas de place pour tous les patients chez le dermatologue. La prévention et le dépistage par le médecin traitant était donc nécessaire pour la plupart des patients.

Il ne savait pas s'il existe des recommandations pour la prévention et le dépistage du mélanome cutané en médecine générale.

Il n'était pas défavorable à un dépistage organisé du mélanome cutané et il pensait que c'était au médecin généraliste de le faire.

Analyse de l'entretien réalisé avec les médecins exerçant en milieu urbain dans l'Eure

Premier médecin :

Il s'agit d'un homme de cinquante ans.

Il disait ne pas informer tous ses patients, mais essentiellement ceux ayant des peaux sensibles, les patients blonds ou roux, ceux qui ont tendance à s'exposer un peu trop au soleil et ceux qui ont des antécédents familiaux de mélanome.

Il n'identifiait pas de façon systématique les patients à risque de mélanome cutané dans sa patientèle, mais pouvait être amené à le faire à l'occasion d'un départ en vacances d'un patient, l'interrogeant alors sur sa destination, et en profitant alors pour aborder le sujet des risques de l'exposition solaire.

Il ne pratiquait pas d'examen de la peau de façon régulière chez ses patients.

Lors d'une consultation pour un autre motif, il ne pratiquait un examen dermatologique que sur point d'appel.

Il adressait de manière systématique ses patients au dermatologue en cas de lésion cutanée suspecte.

Il examinait la peau de ses patients en les faisant mettre en sous-vêtements mais n'examinait pas les parties génitales si le patient n'avait rien remarqué, estimant qu'il y avait un risque de poursuite judiciaire sinon.

Il formait les patients à la pratique de l'auto-examen cutané. Il leur disait de regarder tous les trois mois leurs grains de beauté et de surveiller s'il y avait une modification ou l'apparition d'un nouveau nævus.

Il connaissait la règle d'identification ABCDE du mélanome cutané.

Il n'avait jamais participé à une formation à l'identification des mélanomes cutanés mais souhaiterait participer à une formation de ce type.

Il pensait pouvoir améliorer ses connaissances sur cette thématique mais pensait avoir déjà une certaine compétence dans ce domaine.

Il pensait avoir l'expérience professionnelle et les connaissances nécessaires au dépistage du mélanome, disant qu'il ne se sentait pas en difficulté et n'était, à ce jour, jamais passé à côté d'un mélanome.

Il pensait que le dépistage du mélanome cutané était indispensable mais difficile à mettre en œuvre pour tous les patients tous les ans. Il expliquait cependant qu'il était possible de former le patient et lui dire qu'en cas de nouvelle lésion, il devait le signaler à son médecin.

Il ne savait pas s'il existe des recommandations en médecine générale pour le dépistage et la prévention du mélanome.

Il serait favorable à un dépistage organisé du mélanome, mais réalisé par le dermatologue.

Deuxième médecin :

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années.

Elle disait ne pas informer tous ses patients, mais essentiellement ceux qui venaient pour des problèmes cutanés, et plus particulièrement ceux qui avaient des peaux claires fragiles.

Les facteurs de risque au sujet desquels elle informait les patients étaient les risques de l'exposition solaire et en particulier l'âge de l'exposition chez les enfants.

Elle n'identifiait pas les patients à risque de mélanome cutané dans sa patientèle.

Elle n'examinait pas de façon régulière la peau de ses patients.

Elle ne pratiquait un examen dermatologique complet que lorsqu'une lésion suspecte était détectée lors de l'examen clinique du patient.

Elle adressait de manière systématique ses patients au dermatologue en cas de lésion cutanée suspecte.

Elle ne pratiquait pas d'examen de la peau des parties génitales lors de son examen dermatologique.

Elle formait les patients à la pratique de l'auto-examen cutané, particulièrement ceux à risque, c'est-à-dire ayant beaucoup de nævi, des antécédents familiaux de mélanome ou s'exposant fréquemment au soleil. Elle leur disait de le faire tous les trois mois et de prendre des photos s'il y avait des modifications.

Elle connaissait la règle d'identification ABCDE du mélanome cutané.

Elle n'avait jamais participé à une formation à l'identification des mélanomes cutanés mais aurait aimé participer à une formation de ce type.

Elle pensait pouvoir améliorer ses connaissances sur la prévention et le dépistage du mélanome.

Elle estimait avoir les connaissances nécessaires au dépistage du mélanome mais pas l'expérience car elle n'avait jamais vu de mélanome cutané.

Elle pensait que le dépistage du mélanome par le médecin traitant était nécessaire mais impossible à faire de manière systématique tous les trois mois, estimant qu'il fallait d'abord s'occuper des motifs pour lesquels le patient consulte.

Elle ne savait pas s'il existe des recommandations en médecine générale concernant la prévention et le dépistage du mélanome cutané.

Elle était favorable à un dépistage organisé du mélanome, mais qui serait effectué par le dermatologue.

Troisième médecin :

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, exerçant en tant que remplaçante.

Elle informait certains de ses patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané, et en particulier sur le risque lié à l'exposition solaire, mais pas tous, essentiellement ceux qui venaient pour des problèmes de peau.

Les facteurs de risque au sujet desquels elle informait les patients étaient un phototype clair et les antécédents familiaux de mélanome.

Elle n'identifiait pas de façon systématique dans sa patientèle les patients à risque de mélanome cutané.

Elle ne pratiquait pas un examen de la peau de façon régulier à ses patients.

Elle pratiquait un examen dermatologique lors d'une consultation pour un autre motif uniquement en cas de point d'appel clinique, s'il y avait une lésion suspecte à l'examen général du patient.

Elle envoyait systématiquement le patient au dermatologue en cas de lésion cutanée suspecte.

Elle n'examinait pas la peau de ses patients en les déshabillant complètement, elle n'examinait donc pas la peau des parties génitales sauf si le patient consultait pour ça.

Elle formait ses patients à la pratique de l'auto-examen cutané, elle leur disait de prendre en photographie les lésions et de comparer s'il y avait une modification dans le temps mais elle ne leur indiquait pas de fréquence pour cette surveillance.

Elle connaissait la règle d'identification ABCDE du mélanome cutané.

Elle n'avait jamais participé à une formation sur la prévention et le dépistage du mélanome mais aurait souhaité participé à une formation de ce type.

Elle pensait pouvoir améliorer ses connaissances sur la détection du mélanome et estimait d'ailleurs ne pas avoir les connaissances et l'expérience nécessaire à la prévention du mélanome puisqu'elle n'en avait jamais vu.

Elle jugeait que le dépistage du mélanome par le médecin traitant était indispensable mais impossible à réaliser à chaque consultation, car le patient venait pour d'autres motifs et qu'il fallait traiter en priorité les motifs pour lesquels il venait. Elle expliquait qu'il faudrait que le patient vienne une fois par an uniquement pour un examen cutané complet. Cependant elle réaffirmait que c'était indispensable pour tous les patients, et plus particulièrement ceux qui ont des antécédents de mélanome dans leur famille.

Elle connaissait l'existence de recommandations concernant la prévention et le dépistage du mélanome en médecine générale.

Elle était favorable à un dépistage organisé du mélanome, mais qui serait réalisé par le dermatologue.

DISCUSSION

Une majorité de médecins informe leurs patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané. Les facteurs de risque sur lesquels les médecins informent le plus leurs patients sont la présence d'éphélides, le phototype clair, les nombreux nævi, l'exposition solaire d'intensité forte ou répétée, les coups de soleil, la présence d'une kératose actinique et la présence d'antécédents familiaux ou personnels de mélanome cutané.

Une majorité de médecins identifie dans leur patientèle les patients à risque car ils n'ont pas la possibilité de pratiquer un examen cutané à tous les patients faute de temps et de moyens. Pour identifier les patients à risque, une majorité de médecins demande aux patients s'ils ont des antécédents familiaux ou personnels de mélanome, et regarde s'ils ont de nombreux nævi.

Un outil simple a été récemment créé et validé pour permettre à un sujet sans aucune connaissance médicale de s'identifier comme étant à risque ou non de mélanome. Il s'agit du SAMSCORE (Self Assesment Melanoma risk Score) qui permet d'identifier les patients les plus à risque. Développé par le réseau Mélanome Ouest, fondé sur les principaux facteurs de risque, et validé au cours d'une étude cas-témoins incluant 8000 patients, il s'agit d'un auto-questionnaire utilisé par le patient pour déterminer son risque personnel de mélanome cutané. Le médecin peut ensuite en fonction du résultat de son patient au SAMSCORE adapter sa prise en charge (15).

Il comporte huit affirmations. Le patient coche la case si l'affirmation est vraie. (16)

La première affirmation est : J'ai plus de soixante ans.

La deuxième affirmation est : J'ai plus de vingt grains de beauté sur l'ensemble des deux bras (bras et avant-bras).

La troisième affirmation est : J'ai des taches de rousseur.

La quatrième affirmation est : Sachant qu'il existe six phototypes, je pense appartenir aux phototypes I ou II.

Phototype I : peau très claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité à bronzer avec coups de soleil constants après une exposition solaire.

Phototype II : peau claire, cheveux clairs ou châains, yeux clairs (bleus ou verts), coups de soleil fréquents.

Phototype III : peau légèrement mate, cheveux châains ou bruns, yeux bruns, parfois clairs.

Phototype IV : peau mate, cheveux foncés, yeux foncés.

Phototype V : peau brun foncée, cheveux noirs, yeux noirs.

Phototype VI : peau noire, cheveux noirs, yeux noirs.

La cinquième affirmation est : au cours de mon enfance ou de mon adolescence, j'ai déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques, brûlures solaires)

La sixième affirmation est : J'ai vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement.

La septième affirmation est : J'ai déjà eu au cours de ma vie un mélanome (également appelé grain de beauté cancéreux, il s'agit d'un cancer de la peau se développant aux dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau)

La huitième affirmation est: Un membre de ma famille proche a déjà eu un mélanome.

Un sujet est considéré à haut risque si au moins une des trois règles suivantes est vérifiée :

-Au moins trois facteurs de risque parmi les huit de l'auto-questionnaire.

-Sujets de moins de soixante ans et nombre élevé de grains de beauté (le patient a coché plus de vingt à la question 2).

-Sujet de soixante ans et plus et taches de rousseur.

En cas d'identification par ce questionnaire d'un patient à risque de mélanome cutané, il faut :

-L'inciter à faire examiner sa peau une fois par an par un dermatologue.

-L'inciter à l'auto-examen cutané une fois par trimestre.

-L'informer sur les risques liés à l'exposition solaire.

Sur les cinq médecins interrogés au cours des entretiens individuels, aucun ne connaissait le SAMSCORE et par conséquent, ne l'utilisait pas. Cependant, le SAMSCORE étant essentiellement basé sur les facteurs de risque de mélanome cutané, les médecins l'utilisaient de façon informelle sans le savoir en recherchant les facteurs de risque de mélanome cutané auprès des patients.

Lorsque le médecin traitant a identifié une lésion suspecte chez un patient à risque ou non, il doit l'adresser sans délai à un dermatologue. Si le dermatologue confirme la suspicion de mélanome, il pratiquera une exérèse de la lésion. L'examen anatomopathologique confirmera ou non le diagnostic de mélanome. En fonction des résultats de cet examen, le dermatologue décidera de la prise en charge thérapeutique et du suivi du patient (17). Cette prise en charge est bien appliquée, puisque dans notre étude, 98% des médecins interrogés envoient les patients consulter le dermatologue en cas de dépistage d'une lésion suspecte.

Seul le diagnostic de mélanomes in situ et de mélanomes de faible épaisseur, mesurée par l'indice de Breslow, pourrait permettre de diminuer la mortalité liée à ce cancer. Le pronostic du patient dépend de la valeur de l'indice de Breslow et de la présence ou non d'une ulcération à l'examen histologique au moment de l'exérèse du mélanome. Une corrélation inverse entre l'indice de Breslow et la survie après traitement est observée : le taux de survie à cinq ans est de 91-95% lorsque cet indice est inférieur à 1 millimètre et est de 63-79% lorsqu'il est compris entre deux et quatre millimètres. Le taux de récurrence locale, régionale et à distance est également corrélé à l'indice de Breslow. Le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué à un mélanome ayant un indice de Breslow faible : efficacité sur la mortalité et/ou le taux de récurrence (7).

Les médecins ne forment pas assez leurs patients à la pratique de l'auto-examen cutané. Seulement 49% des médecins interrogés dans notre étude disent former leurs patients à la pratique de l'auto-examen cutané. Dans une étude réalisée par téléphone en 2011 par

l'Institut National du Cancer (INCA) auprès de 600 médecins généralistes, 57% des médecins interrogés expliquaient à leurs patients considérés comme à risque comment réaliser un auto-examen de la peau. Dans cette même étude, cet auto-examen est plus fréquemment expliqué par les médecins ayant une très grande patientèle (63% des médecins) et par les médecins qui réalisent un examen cutané complet (71% des médecins) (18). L'auto-examen cutané permet pourtant aux patients d'examiner seuls la totalité de leur peau, et ne demande qu'une quinzaine de minutes. Le patient devra chercher une lésion mélanocytaire cliniquement différente de ses autres nævus ou d'apparition récente et évolutive dans sa taille, sa couleur et son épaisseur.

Les médecins interrogés qui forment leurs patients à la pratique de l'auto-examen cutané leur expliquent de différentes façons : certains leur recommandent de prendre leur peau en photo environ une fois par an ou plus souvent dans le cas où ils remarqueraient une lésion suspecte, et d'apporter les photographies en consultation. D'autres médecins recommandent aux patients de s'examiner et de venir en consultation en cas de constatation d'une lésion suspecte. Ils ne spécifient pas forcément l'importance d'une analyse de l'ensemble du tégument.

Comment faire un auto-examen cutané ? (voir annexe 10)

Etape 1 : examen direct, le patient devra examiner à l'œil nu les paumes de ses mains et pieds, ses ongles, ses doigts et ses espaces interdigitaux, face avant des bras, avant-bras, des cuisses et des jambes.

Etape 2 : examen avec miroir au pied, le patient devra se tourner devant un miroir au pied vertical, examiner sa peau de haut en bas, il tournera vers le miroir le côté droit puis le côté gauche de son corps les bras levés à la verticale.

Etape 3 : l'examen avec un miroir en main pour les zones de peau non accessibles à la vue, le patient peut s'aider d'un miroir en main assis sur un tabouret, il surélève chaque jambe pour examiner la face interne, externe et postérieure du mollet et de la cuisse, la face postérieure des bras, de la nuque et du dos, le cuir chevelu et la région génitale. Le patient peut également demander l'aide d'une personne de son entourage (2).

Le diagnostic du mélanome fait appel à trois méthodes, deux méthodes analytiques visuelles que sont la règle ABCDE et la liste révisée des sept points du groupe de Glasgow et une méthode cognitive visuelle (14).

Selon la règle ABCDE, une lésion susceptible d'être un mélanome est :

- asymétrique (critère A),
- avec bords irréguliers encochés polycycliques bien délimités (critère B),
- de couleur inhomogène du brun clair au noir foncé (critère C),
- de diamètre supérieur à 6 millimètres (critère D),
- évolutive dans sa taille, son épaisseur et sa couleur (critère E).

La liste révisée des sept points du groupe de Glasgow donne une place prépondérante au concept d'évolution et comporte

- trois critères majeurs que sont :
 - le changement de taille d'une lésion connue ou la croissance d'une lésion nouvelle,
 - le changement de forme d'une lésion connue,
 - le changement de couleur d'une lésion connue,

- et quatre critères mineurs :
 - plus grand diamètre supérieur à sept millimètres,
 - inflammation,
 - ulcération ou saignement,
 - changement dans la sensibilité de la lésion,

La méthode cognitive visuelle est fondée sur un processus de reconnaissance globale d'une image et le signe du « vilain petit canard » : une lésion mélanocytaire sera considérée comme suspecte si elle est cliniquement différente des autres nævus du patient qui ont un aspect clinique homogène. La méthode cognitive visuelle semble avoir des résultats intéressants sous réserve d'une éducation à la reconnaissance visuelle.

La règle ABCDE et la liste révisée des sept points du groupe de Glasgow ont une sensibilité et une spécificité élevées sous réserve que le médecin ait une bonne connaissance de la séméiologie du mélanome. C'est donc la formation du médecin qui augmente sa performance diagnostique.

Pourtant, uniquement 51% des médecins interrogés avaient déjà participé à une formation sur le dépistage du mélanome cutané et 17% des médecins interrogés ne connaissaient pas la règle de dépistage ABCDE du mélanome cutané. Les médecins n'ayant pas reçu de formation au dépistage du mélanome avaient uniquement pour acquis ce qu'ils avaient appris durant leurs études et leur expérience professionnelle par rapport au mélanome. Si 17% des médecins ne connaissent pas la règle ABCDE, ils savent reconnaître un nævus suspect par la taille et la couleur, un aspect différent des autres, donc par la méthode cognitive visuelle.

Dans l'étude réalisée auprès de 600 médecins généralistes en 2011 par l'INCA, 45% des médecins généralistes pensent que leur formation initiale sur la prévention et la détection précoce des cancers de la peau est insuffisante. S'ils sont assez à l'aise pour répondre à un patient qui a une question sur un problème cutané (87% de réponse positive), ils déclarent avoir un niveau de connaissance bon mais optimisable (81% de réponse positive dont seulement 23% de tout à fait). Ils expriment des attentes fortes en matière d'information (66% sont en demande d'informations notamment pour les aider dans leur diagnostic) et de formation continue (38% y participeraient certainement) (18).

Dans notre étude, 96% des médecins exprimaient d'ailleurs le souhait de participer à une formation sur le dépistage du mélanome cutané, d'autant plus que moins d'un sur deux estimait avoir l'expérience et les connaissances nécessaires au dépistage du mélanome. Pour Swetter et Geller, (19) il serait possible d'intégrer le dépistage au cours d'une consultation de routine chez le médecin généraliste. Cela ne prendrait que quelques minutes à un médecin entraîné et pourrait révéler des mélanomes dans des zones à haut risque difficilement examinables par le patient lui-même comme le dos. Dans le but de former les

praticiens, un programme d'entraînement en ligne appelé INFORMED (Internet Curriculum For Melanoma Early Detection) a été testé par plusieurs systèmes de santé. Les données préliminaires suggèrent que ce programme améliorerait la capacité des médecins à reconnaître des lésions bénignes et malignes et diminuerait le nombre de consultations chez le dermatologue, en particulier en cas de lésions bénignes.

La dermoscopie augmente la performance du diagnostic différentiel entre une lésion pigmentée mélanocytaire et non mélanocytaire. C'est une technique qui a une spécificité et une sensibilité élevées mais qui nécessite que les médecins soient formés à la séméiologie des images dermoscopiques. En ce qui concerne le diagnostic différentiel entre un mélanome et un nævus atypique, une publication italienne récente rappelle la nécessité de ne pas se baser uniquement sur la présence de critères bénins en dermoscopie pour affirmer qu'une lésion est bénigne, et celle de ne pas sous-estimer une information clinique clairement suspecte (lésion solitaire, d'apparition récente, pigmentée, chez un sujet d'âge moyen). Dans ce cas, un suivi à court-terme est précieux pour détecter une modification rapide de la lésion conduisant à la réalisation d'une biopsie, ou au contraire, confirmer la stabilité de la lésion et alors, éviter une exérèse inutile. (20)

La performance intrinsèque de la dermoscopie en médecine générale n'a pas été évaluée et reste méconnue, des études sont donc nécessaires pour savoir si l'utilisation de cette technique pourrait modifier la prise en charge par le médecin généraliste de ses patients présentant une lésion suspecte. (17)

L'examen anatomopathologique permet d'affirmer le diagnostic clinique et apporte les éléments pronostiques en déterminant les deux critères prédictifs de la durée de survie des patients : l'indice de Breslow et le caractère ulcéré de la lésion.

En ce qui concerne la prévention et le dépistage précoce du mélanome par le médecin traitant, la totalité des médecins interrogés s'accorde à dire que c'est utile et nécessaire pour les patients, et pour aucun médecin parmi ceux ayant répondu au questionnaire, la prévention et le dépistage n'est le rôle du dermatologue.

Un des médecins vus en entretien précise que pour lui, la prévention du mélanome cutané n'est pas le rôle uniquement du médecin, et encore moins du dermatologue, mais aussi celui d'autres acteurs de santé, et notamment du pharmacien qui, en vendant des produits de protection solaire, a un contact direct avec la population souhaitant s'exposer au soleil.

En effet, l'éducation pour la santé est une obligation déontologique pour le pharmacien (21). L'article R.4235-2 du Code de la Santé Publique précise que le pharmacien doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale.

L'article L 5125-1-1 A du Code de la Santé Publique définit les missions des pharmaciens d'officine. Il mentionne notamment que les pharmaciens officinaux contribuent aux soins de premier recours parmi lesquels l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage, et peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients.

Les pharmaciens disposent de nombreux atouts pour intervenir dans l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient :

- Leur proximité géographique (23000 pharmacies sur l'ensemble du territoire) ;
- Leur accessibilité et leur disponibilité sur de longues plages horaires ;

- Leurs contacts fréquents avec le public : 4 millions de personnes franchissent chaque jour les portes des officines ;
- Leur connaissance globale du patient (contexte familial et socioprofessionnel, contact avec l'entourage, historique médicamenteux, ...) ;
- Une relation de confiance instaurée avec le patient ;
- Leur crédibilité auprès du public en tant que professionnel de santé
- Leur formation à la fois scientifique et professionnelle.

Le pharmacien a donc un rôle important à jouer dans l'information, la prévention et le dépistage des maladies. Il peut s'y impliquer notamment en :

- participant aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique ;
- transmettant des informations scientifiquement validées sur les moyens de prévention, sur les maladies, ... en ayant le souci de délivrer un message adapté et accessible au public. La remise personnalisée de brochures d'information peut être très utile pour renforcer le(s) message(s) ;
- relayant les campagnes de dépistage des maladies ;
- repérant les personnes à risque et les orientant vers une consultation médicale.

Si le pharmacien a donc un rôle à jouer en matière de prévention, notamment des risques solaires, la prévention primaire est avant tout le rôle des organismes de Santé Publique. En matière de prévention, l'Australie, le pays le plus touché par la maladie, est le leader (22). Après des décennies pendant lesquelles le taux d'incidence du mélanome n'a fait qu'augmenter en Australie, ce taux s'est stabilisé au milieu des années 1990, et est maintenant en diminution chez les jeunes adultes. Cette évolution est le résultat d'un programme nommé « SunSmart ». Plus tôt, dans les années 1980, la télévision australienne diffusait « Slip ! Slop ! Slap ! », un programme dans lequel une mouette expliquait à la population comment se protéger du soleil. Actuellement, le programme « SunSmart » combine des campagnes d'information de masse et un travail intensif avec les écoles, lieux de travail, gouvernements locaux, professionnels de santé, parents et groupes sportifs. Sous la direction d'organismes de charité, avec un financement par l'état australien, ce programme est le modèle à viser pour les autres pays. Il nécessite néanmoins des ressources importantes sous peine de voir régresser les comportements.

Pourtant, changer les mentalités n'est pas chose facile. Les Etats-Unis ont pris conscience de l'ampleur de la tâche, quand, en juillet 2014, un rapport constate qu'un jeune adulte sur trois a déjà eu des coups de soleil dans le passé, et que près d'une jeune fille blanche sur trois débute des séances d'UV artificiels chaque année.

Un des obstacles majeurs à la protection solaire est le fait que, dans notre culture, être « bronzé » est attractif et signe de bonne santé. Pour les gens les plus jeunes, le risque de cancer de la peau semble mineur, lointain et intangible, alors que le bronzage apporte au contraire une gratification immédiate. Pourtant, jusque dans les années 1900, la « pâleur » était de mise en Europe et en Amérique du Nord dans les classes supérieures, et ceci reste encore la règle dans certains pays asiatiques. C'est avec la prescription de cures de soleil dans le traitement de la tuberculose dans les années 1920 et la mode française de Coco Chanel puis

du bikini, que la population a commencé à s'exposer aux UV. Pour autant, l'analyse de magazines de mode sur plusieurs décennies montreraient que l'intensité du bronzage des mannequins aurait tendance à régresser.

Pourtant, l'attrait pour le soleil pourrait avoir des fondements biologiques. D'après une étude de David Fisher (22), des souris exposées à une dose quotidienne d'UV développeraient des taux plus élevés d'une endorphine, et présenteraient des symptômes de manque quand l'effet de l'endorphine est bloqué. Cet effet s'expliquerait par la nécessité de l'exposition solaire pour synthétiser la vitamine D nécessaire à l'équilibre phosphocalcique. Cependant, l'effet euphorique est assez faible, précise Fisher. Pour lui, il faudrait informer les gens, en particulier les plus jeunes, de ce risque de dépendance.

Les écrans solaires restent le moyen de protection le plus communément utilisé. Pourtant, ce n'est pas le plus efficace, et les gens qui l'utilisent ne le font pas toujours correctement (application en couche trop fine, exposition trop longue...)

Sans le doute dans l'esprit de la population entendant les messages de prévention vis-à-vis du soleil, des études attribuent des propriétés préventives de la vitamine D vis-à-vis du cancer ou du diabète. D'après Reddy et Gilchrest (23), pourtant, cet effet bénéfique n'a été démontré que dans la sous-population particulière de femmes ménopausées ayant des antécédents personnels de cancer de la peau autres qu'un mélanome et recevant une supplémentation orale journalière de calcium (1000mg/j) et de vitamine D (400UI/j). Reddy et Gilchrest affirment même que des études auraient montré des associations entre taux de vitamine D élevé et augmentation de la survenue de mélanome. Se saisissant des résultats de ces études en faveur de la vitamine D dans la prévention de différentes pathologies, les industries du bronzage ont profité de la brèche pour promouvoir leurs produits. La réponse des différents organismes de Santé Publique à cette question a été différente. Aux Etats-Unis, les autorités encouragent la protection solaire et prônent la supplémentation orale en vitamine D, l'Australie a préféré expliquer à ses habitants que le soleil était effectivement nécessaire pour avoir des taux corrects de vitamine D, mais que cela n'empêchait pas d'avoir une attitude sécuritaire (22).

En Australie, comme dans de nombreux pays concernant la lutte anti-tabac (22), la protection solaire n'est plus juste un choix individuel, et la loi impose par exemple une surface d'ombre suffisante dans les cours d'école. Les écrans solaires sont autorisés dans les classes, les chapeaux obligatoires pour les récréations, et la protection solaire est enseignée à tous les âges. Elle fait partie de la vie quotidienne des australiens, dès leur plus jeune âge.

En matière de prévention solaire, de nombreuses recherches visent à trouver le moyen de se protéger du soleil par la prise d'un médicament oral (24). Il existe déjà aux Etats-Unis des compléments alimentaires en vente libre qui revendiquent un effet anti-dommages liés au soleil. Ces compléments sont basés pour la plupart sur des anti-oxydants provenant d'une fougère tropicale. Les anti-oxydants détruiraient les radicaux libres formés à la suite d'une exposition aux ultra-violets. Reste le problème de l'acheminement des anti-oxydants de l'estomac jusqu'à la peau, ces composés étant très instables. De petites études auraient démontré un certain effet de ces produits, mais ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs et demandent à être confirmés. En août 2013, l'Académie Américaine de Dermatologie a déclaré au sujet des écrans solaires oraux qu'il n'y a « aucune preuve scientifique que les compléments oraux seuls puissent apporter un niveau de protection

adéquat contre les ultra-violetes ». Les dermatologues précisent que ce ne peut être qu'un moyen supplémentaire à la protection solaire basée sur l'utilisation de crème, le port de vêtements longs et d'un chapeau, et la recherche de l'ombre.

Il existe un médicament actuellement en cours d'évaluation aux Etats-Unis par la FDA qui serait destiné aux patients souffrant de maladies dermatologiques extrêmement photosensibles. Il s'agit d'un analogue chimique d'une hormone naturelle, l'alpha-mélanocyte-stimulating hormone, qui déclencherait la production par les cellules mélanocytaires du pigment noir de la mélanine afin de créer un hâle de la peau lors de l'exposition au soleil, hâle qui créerait une couche protectrice naturelle contre les radiations UV. Ce médicament n'aurait pas une administration orale mais sous cutanée sous la forme d'un implant (24).

Enfin, une équipe londonienne centre ses recherches sur des composants synthétisés par une algue qui vit en symbiose avec un corail. Ces organismes sont en effet exposés à de hauts niveaux de radiations UV. Ces composants absorberaient les radiations ultra-violettes. Un partenariat avec une entreprise de cosmétiques vise à commercialiser ces composants dans les crèmes solaires. (24)

En ce qui concerne la recommandation sur la détection précoce du mélanome cutané en médecine générale en France, la Haute Autorité de Santé avait émis une recommandation en 2006 qui reste toujours d'actualité (17). Dans cette recommandation, la stratégie diagnostique repose sur :

- Le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'identifie comme étant un sujet à risque de mélanome cutané,
- Le médecin traitant qui identifie les patients à risque ou qui détecte une lésion cutanée suspecte à l'occasion d'une consultation,
- Le dermatologue qui confirme ou non la suspicion diagnostique de mélanome cutané.

Une grande majorité des médecins interrogés (96% des médecins) est favorable à un dépistage organisé du mélanome, au même titre que le cancer du côlon, et du sein chez la femme, et 62% des médecins pensent que c'est au médecin généraliste d'en être l'acteur principal.

Entre 1992 et 2006, neuf recommandations évaluant l'intérêt d'un dépistage organisé du mélanome cutané émanant d'agences de santé, de sociétés savantes ou d'instituts ont été publiées. Concernant le dépistage systématique du mélanome en population générale, deux recommandations le préconisaient, cinq ne le recommandaient pas, deux ne se prononçaient pas. Concernant un dépistage ciblé sur les sujets à risque, cinq recommandations le préconisaient, quatre ne se prononçaient pas. Par ailleurs, la définition des populations à risque variait d'une recommandation à l'autre (17).

Un dépistage de masse est qualifié de pertinent lorsqu'il concourt à améliorer la morbidité et la mortalité d'une population. Cette pertinence est jugée au travers d'une liste de critères en rapport avec la nature de l'affection à dépister, les qualités du test de dépistage utilisé, le diagnostic et le traitement de l'affection dépistée, ainsi que l'efficacité et la sécurité, les implications économiques, l'organisation et l'évaluation du dépistage.

Cette liste de critères est inspirée de celle initialement établie par l’OMS en 1966. Cette dernière a été enrichie de travaux canadiens et américains qui s’efforçaient d’améliorer l’efficacité du dépistage et de prendre en compte ses effets indésirables sur la santé. Idéalement, la totalité des critères suivants devrait être satisfaite avant de mettre en œuvre un dépistage organisé (25):

- La maladie :

L’épidémiologie et l’histoire naturelle de la maladie doivent être suffisamment connues. Toutes les interventions de prévention primaire coût-efficaces, doivent, autant que possible, avoir été mises en œuvre.

Les répercussions de la maladie sur l’individu et la société doivent avoir été mesurées.

- Le test :

Un test de dépistage simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible et valide doit être disponible. Le test doit être acceptable par la population : c’est-à-dire qu’il doit être simple, facile à exécuter, le moins invasif possible, sans danger, et facilement réalisable par un nombre significatif de médecins et de techniciens.

- Le diagnostic :

Un accord est nécessaire dans la communauté scientifique sur les investigations diagnostiques à poursuivre chez les personnes dont le test est positif et sur les choix disponibles pour ces individus. Une intervention doit être efficace pour les patients identifiés précocement, avec la preuve que l’intervention plus précoce apporte de meilleurs résultats que l’intervention plus tardive. Une politique consensuelle et fondée sur les preuves d’identification des individus susceptible de bénéficier de l’intervention est nécessaire, ainsi que des interventions adaptées susceptibles d’être dispensées.

- L’efficacité et la sécurité du programme de dépistage :

L’efficacité du programme de dépistage sur la réduction de la mortalité ou la morbidité doit être prouvée par des essais contrôlés, randomisés de haute qualité, ou faire l’objet d’un consensus international.

Les avantages du programme de dépistage doivent dépasser les inconvénients.

- L’évaluation médico-économique du dépistage :

Le dépistage organisé se justifie lorsqu’il offre un rapport coût/efficacité avantageux par rapport à une situation de référence (absence de dépistage ou dépistage individuel) et au regard de ce que le financeur est disposé à payer pour privilégier cette intervention de santé.

- L’organisation du dépistage :

Il doit y avoir un plan de gestion et de contrôle du programme de dépistage, et un ensemble de standards d’assurance qualité reconnus par la communauté médicale.

Une dotation adéquate en personnel et en équipements pour la pratique du test, le diagnostic, le traitement et la gestion du programme doit être disponible avant le commencement du programme de dépistage (17).

En 2009, aux Etats-Unis, le manque de données cliniques montrant un effet du dépistage sur la mortalité liée au mélanome a conduit les autorités à ne pas recommander le dépistage en routine des cancers cutanés dans la population générale par les médecins généralistes (19). Sont pointés alors du doigt les méfaits du dépistage : conséquences psychologiques d’un faux diagnostic, sur-traitement et biopsies non nécessaires. Depuis, des

données contraires ont été publiées, et notamment celles relatives au programme de dépistage de la peau dans la région du Schleswig Holstein en Allemagne, dans laquelle a été dépistée entre 2003 et 2004 plus de 20% de la population adulte âgée de plus de 20 ans, soit plus de 360000 personnes. Cinq ans plus tard, la mortalité liée au mélanome a baissé de 50% en comparaison à celle des régions voisines. En 2008, ces résultats ont convaincu l'Allemagne d'engager un programme national de dépistage du mélanome chez tous les adultes de plus de 35 ans. Depuis, les autorités américaines ont reconsidéré leurs recommandations et appelé à une revue systématique des pratiques actuelles de dépistage. Pourtant, seuls 8 à 21% des patients aux Etats-Unis bénéficient d'un examen cutané annuel par un médecin généraliste, alors même que ceux-ci diagnostiquent plus de mélanomes que les dermatologues. (19) Dans la dynamique actuelle de limitations des coûts, des recommandations semblent donc cruciales pour assurer aux patients un dépistage approprié du mélanome. Le nombre de preuves en faveur du dépistage du mélanome par les médecins généralistes grandissant, la question toujours en suspens reste celle du « comment le faire ? » Est-ce le rôle du médecin généraliste, et faut-il alors apporter une compensation financière pour un examen de la peau lors d'une visite médicale de routine ? Faut-il former spécifiquement des auxiliaires de santé à ce dépistage ? L'exemple de l'Allemagne suggère que le dépistage organisé pourrait sauver des vies, pourtant des études supplémentaires semblent indispensables pour évaluer les possibles inconvénients du dépistage aussi bien que les coûts pour le système de santé.

En France, en 2004, l'ANAES affirme que le mélanome cutané n'est pas une maladie accessible au dépistage de masse (25), car il ne répond pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé, rappelés ci-dessous. En particulier :

- il n'y a pas de lésion précancéreuse identifiable
- les données épidémiologiques sont incomplètes et suggèrent que la prévalence du mélanome est faible par comparaison à d'autres cancers pour lesquels un dépistage systématique a été mis en place ou est envisagé tel que le cancer du sein, du col de l'utérus ou du colon.
- la modélisation de l'efficacité et du rapport coût/efficacité est impossible à construire du fait des nombreuses données manquantes.

Par ailleurs, son bénéfice en termes de réduction de morbidité et de mortalité n'a jamais été démontré.

En France, en 2015, un dépistage de masse du mélanome n'est donc pas recommandé.

Cependant, le dépistage du mélanome cutané peut et doit faire l'objet d'un dépistage ciblé ou sélectif, la population concernée étant sélectionnée sur des critères préalablement définis. Cette population cible est celle qui a un risque plus élevé de mélanome. Le test de dépistage proposé est l'examen cutané. Cette stratégie de dépistage ciblé est celle qui est proposée par la HAS dans ses recommandations d'octobre 2006 (17).

La HAS a publié en juillet 2012 une actualisation de la revue de littérature d'une recommandation de Santé Publique sur la détection précoce du mélanome cutané (4). L'actualisation de la littérature a été centrée sur les recommandations issues d'agence de santé ou de sociétés savantes, sur les méta-analyses, les revues systématiques de bonne qualité méthodologique et les études randomisées, publiées entre 2005 et 2010. Elle a concerné les points suivants : l'épidémiologie, la prévention, les facteurs de risque de mélanome cutané, le

parcours de soins des sujets à haut risque et le retard au diagnostic, les méthodes diagnostiques, les mélanomes cutanés à croissance rapide, les perspectives.

Sur les cinq recommandations identifiées, une seule a été sélectionnée (recommandation néo-zélandaise publiée en 2008). Les données d'analyse de cette recommandation confirment les conclusions du rapport HAS 2006 sur les points suivants :

- La non-pertinence d'un dépistage en population générale du mélanome (pas de diminution de la mortalité spécifique).
- La toxicité des lampes à bronzer.
- La prévention du mélanome par la non-exposition au soleil.
- La nécessité d'examiner le revêtement cutané des patients à haut risque tous les six mois.

La recommandation apportait aussi des précisions sur les points suivants :

- Le dépistage du mélanome ne diminue pas la mortalité spécifique liée à ce cancer cutané.
- Il n'y a pas de preuve que les produits de protection solaire diminuent le risque de mélanome cutané.
- Les coups de soleil et les dommages actiniques cutanés multiplient le risque de mélanome cutané par deux.
- Les ultra-violets augmentent le risque de mélanome cutané, notamment si l'exposition a eu lieu avant trente-cinq ans, mais aucun effet dose n'a pu être démontré.
- La dermoscopie a une supériorité égale ou supérieure aux autres techniques d'imagerie.

Neuf méta-analyses ont été sélectionnées parmi les quatorze publiées depuis le rapport HAS 2006 confirmant les conclusions de ce rapport quant aux facteurs de risque de mélanome cutané.

Quatre revues systématiques ont été sélectionnées parmi les onze publiées depuis le rapport HAS 2006 ne remettant pas en cause les conclusions de ce rapport sur les campagnes d'information sur le risque scolaire et la prévention du mélanome cutané, c'est-à-dire que ces campagnes ont un faible impact, notamment en ce qui concerne la modification des comportements de la population, quel que soit le mode de diffusion des informations de prévention.

Onze études randomisées ont été sélectionnées sur les 30 publiées depuis le rapport HAS 2006 montrant que :

- un mélanome cutané sur deux de grande épaisseur (indice de Breslow supérieur à deux millimètres) est un mélanome nodulaire. Ce type de mélanome est cependant rare, environ 9 pour cent des mélanomes cutanés identifiés.
- les mélanomes des patients ayant eu un dépistage par un médecin dans les trois ans qui ont précédé la découverte de leur mélanome ont un indice de Breslow plus bas que ceux des patients qui n'ont pas eu d'examen clinique.
- les mélanomes cutanés découverts à un stade avancé sont plus fréquemment observés chez les personnes âgées qui ont un risque accru de mourir de leur mélanome.
- le risque de mélanome cutané chez la femme est augmenté en cas d'endométriose et de traitement par œstrogènes.
- les enfants au teint très clair qui bronzent développent plus de nævus que les enfants qui ne bronzent pas.

-l'évaluation des facteurs de risque par auto-questionnaire n'est pas reproductible entre les patients et le dermatologue, remettant en cause l'utilisation d'auto-questionnaires par le patient seul, en revanche l'auto-évaluation par questionnaire des facteurs de risque de mélanome cutané lors de deux auto-évaluations successives par le même patient est bonne et n'est pas affectée par l'âge, l'éducation ou la couleur de la peau du patient.

-l'utilisation de pesticides augmente le risque de mélanome.

S'opposant à certaines des conclusions de l'HAS concernant le dépistage ciblé, une étude australienne publiée en février 2015 (26) évaluait l'impact d'un examen cutané du corps entier tous les six mois avec dermoscopie en comparaison à des photographies corps-entier, en détection du mélanome dans une population à très haut risque (antécédent de mélanome invasif et de syndrome de naevus dysplasique, antécédent de mélanome invasif et au moins 3 apparentés au 1^{er} ou 2^{ème} degré avec mélanome primitif, antécédent d'au moins 2 mélanomes primitifs invasifs, ou mutation des gènes CDKN2A ou CDK4). Pour les lésions équivoques, une imagerie dermoscopique digitale séquentielle (SDDI) était réalisée, les lésions atypiques étaient excisées. Sur les 311 patients suivis sur une médiane de 3,5 ans, 75 mélanomes ont été détectés, dont 14 lors de la visite initiale. L'indice de Breslow médian pour les mélanomes détectés en dehors de la première visite était de 0 à 0.6mm. 38% étaient détectés en utilisant les photographies corps-entier, et 39% avec la SDDI. Les auteurs concluent à la nécessité de suivre les patients à très haut risque avec les photographies corps-entier et la SDDI. Selon ces données récentes, l'examen clinique seul ne semble donc plus suffisant en dépistage ciblé du mélanome chez les patients à risque.

Une journée de dépistage des cancers de la peau organisée par le Syndicat National des Dermatologues Vénérologues existe déjà depuis 1998 (27). Il s'agit d'une journée nationale de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau, *le Mélanome Day*, se déroulant au mois de mai. Cette journée est soutenue par l'Institut National du Cancer depuis 2006. A cette occasion, les dermatologues se mobilisent massivement dans toutes les régions de France et examinent bénévolement les patients qui se présentent dans les centres de dépistage mis en place pour cette journée par les municipalités et dans certains centres de la Mutualité Sociale Agricole ouverts à tous pour l'occasion. Ces consultations gratuites permettent d'examiner environ 20000 personnes au cours de cette seule journée et de découvrir une vingtaine de mélanome et plusieurs centaines d'autres cancers cutanés. En effet, plusieurs des médecins ayant participé aux entretiens ont souligné le problème du manque de temps pour examiner la peau de tous les patients de façon régulière. Il convient donc de se demander comment inciter les médecins généralistes à examiner la peau de leurs patients de façon plus régulière. Le Mélanome Day est une initiative très intéressante mais qui ne permet malheureusement pas de toucher l'ensemble de la population à risque de mélanome cutané, puisque nécessitant pour les patients d'être disponible ce jour-là et de pouvoir se rendre dans un des centres de dépistage. Une des jeunes médecins interrogés proposait une consultation systématique annuelle dédiée à l'examen de la peau, mais comme nous l'avons vu précédemment, comment une telle consultation pourrait-elle être encouragée sans toutefois s'inscrire dans le cadre d'un dépistage organisé du mélanome qui n'est pas recommandé par les autorités françaises ?

En 2013, pour la première fois lors de cette journée, une opération de télédermatologie a été mise en place dans certains départements (Alpes de Haute Provence, Cher, Charente, Dordogne, Hérault, Nièvre, Vendée et Vosges), afin de répondre à la problématique posée par la désertification médicale. Des dermatologues ont formé au préalable 17 médecins conseil ou médecin du travail de la MSA à la consultation de premier recours en télédermatologie pour les tumeurs cutanées. Ils ont reçu environ 240 personnes, 143 dossiers ont été traités, les médecins envoyant les photos de lésions suspectes et des images de dermoscopie pour une interprétation à distance par des experts dermatologues. Réunis sur une plateforme technique, ces dermatologues de référence ont analysé les photographies et ont adressé en retour leur diagnostic et la conduite à tenir pour le patient. Cinq mélanomes ont pu ainsi être dépistés (28). Cette pratique est le principe de l'imagerie dermoscopique digitale séquentielle (SDDI) évoquée un peu plus haut par rapport au dépistage ciblé des patients à risque.

La télémédecine est une pratique médicale qui met en rapport entre eux par la voie des nouvelles technologies : soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels un professionnel médical, soit plusieurs professionnels de santé parmi lesquels un professionnel médical. Elle est reconnue en France depuis le 21 juillet 2009 après parution dans le Code de la Santé Publique de l'article 78 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire qui a reconnu la télémédecine comme une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication. Elle permet (28) :

- D'établir un diagnostic.
- D'assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention ou un suivi post thérapeutique.
- De requérir un avis spécialisé.
- De préparer une décision thérapeutique.
- De prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes.
- D'effectuer une surveillance de l'état du patient.

Les cinq actes de télémédecine réalisables sont :

- La téléconsultation : un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournit les informations, le médecin à distance pose le diagnostic.
- La télé-expertise : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La télésurveillance médicale : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- La téléassistance médicale : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La régulation médicale : les médecins du centre 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

Le projet régional de santé détermine tous les cinq ans la stratégie de santé de l'ARS. Il est la feuille de route de l'ARS et il comporte le programme régional de développement de la télémédecine (29).

La télémédecine doit avant tout se concevoir comme un outil au service de la pratique médicale, et donc au service du patient. Son développement est rendu possible par l'avènement des technologies modernes, et notamment par le déploiement des réseaux de télécommunication à haut débit.

Elle doit aider à répondre à des problématiques très diverses, tant en matière de prise en charge médicale (isolement géographique de certaines parties de la région, vieillissement de la population, accroissement du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou pluri pathologiques), que de baisse de la démographie médicale ou de réponse aux contraintes économiques auxquelles est soumis le système de santé (29,30).

La télémédecine est donc un nouvel outil au service de l'organisation de l'offre de soins en région. En tant que telle, elle doit être développée au regard des besoins constatés en termes d'amélioration du système de santé.

Les bénéfices attendus sont :

-pour le patient : réponse adaptée dès le début de la prise en charge, diminution de la fréquence ainsi que de la durée des hospitalisations et des transports, amélioration du confort du patient (et de son entourage) se sentant ainsi plus sécurisé par une meilleure prise en compte de ses besoins, meilleure prévention (cf. téléimagerie, télésurveillance...).

-pour les professionnels de santé : pallier l'isolement géographique d'une équipe, optimiser le temps médical et encourager les échanges médicaux, décloisonner les activités, renforcer les collaborations et initier de nouvelles formes de partenariat.

-pour les pouvoirs publics : meilleur aménagement du territoire de santé en lien avec les spécificités locales, optimisation de la gestion des ressources, maîtrise des dépenses, amélioration de la coordination entre prévention, soins, et secteur médico-social.

Afin de faciliter l'accès aux soins des patients, le Ministère chargé de la Santé encourage le développement de la télémédecine en ville et dans le secteur médico-social. C'est pour cette raison que la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014 a prévu le financement d'actes de télémédecine dans plusieurs régions pilotes (28).

La Haute-Normandie fait partie des neuf régions pilotes choisies par le Ministère de la Santé pour le développement de la télédermatologie pendant ces quatre prochaines années.

La télémédecine constitue un outil de mise en réseau des médecins généralistes et des dermatologues, notamment dans le cadre de pathologies coûteuses comme les cancers cutanés, et notamment dans le dépistage et le traitement précoce du mélanome. La télémédecine est l'avenir probable de la dermatologie, puisqu'elle permet de répondre à la désertification médicale, à la baisse du nombre de médecins et à la déséquation entre l'offre médicale et la demande en matière de santé. Il est à noter que le problème de la désertification médicale et du nombre limité de dermatologues avait été souligné par l'un des médecins interrogé en entretien.

La télémédecine permettra de mieux adapter l'offre à la demande. Avec une photo envoyée par le demandeur, le dermatologue décidera s'il faut voir le patient rapidement ou s'il peut

attendre le délai habituel de consultation. Le demandeur sera un professionnel de santé, c'est-à-dire le médecin traitant ou un autre spécialiste (30).

CONCLUSION

Avec plus de 8000 nouveaux cas estimés par an, le mélanome est le plus grave des cancers de la peau. Sa détection précoce permet sa guérison car elle permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique (forme in situ et mélanome cutané de faible épaisseur).

En 2006, pour pouvoir promouvoir le diagnostic précoce du mélanome cutané, la Haute Autorité de Santé a préconisé d'identifier les populations à risque de mélanome cutané. La revue de la littérature n'a mis en évidence aucune nouvelle donnée qui pourrait changer les conclusions de ce rapport. Il est de nouveau recommandé la promotion d'un parcours de soins des patients à risque de mélanome cutané et le renforcement de l'information des populations, de l'information des médecins, de la coordination médecins généralistes/dermatologues. Concernant la question fondamentale de l'utilité d'un dépistage organisé du mélanome en population générale, souhaité par les médecins généralistes dans notre étude, l'HAS confirme en 2012 son opposition à ce dépistage, alors même que d'autres pays reviennent sur leurs recommandations. Les années à venir, et les données provenant des pays qui ont choisi de mettre en place ce dépistage organisé du mélanome seront capitales.

Sur l'ensemble des facteurs de risque de mélanome cutané, ceux qui ont le risque relatif le plus élevé sont ceux sur lesquels il n'est pas possible d'agir, étant donné qu'ils sont liés à des caractéristiques phénotypiques ou à des facteurs génétiques.

Le risque lié à l'exposition solaire ou les UV artificiels est le seul facteur de risque sur lequel il est possible d'intervenir en sensibilisant les populations à la protection vis-à-vis de ce risque. Pourtant, l'impact des campagnes d'information du grand public sur la prévention du risque solaire est encore faible en France quels que soient les moyens utilisés. Si elles améliorent de façon significative la connaissance des personnes sur la prévention du mélanome cutané, elles modifient rarement leur comportement vis-à-vis du risque solaire. Pourtant, l'exemple de l'Australie, qui a initié un programme de prévention dès les années 1980, montre qu'un changement de comportement de la population est possible et efficace sur l'incidence de la maladie ; un tel programme nécessite néanmoins de très gros moyens financiers jusqu'alors jamais engagés en France.

La stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané repose :

- premièrement sur le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'est identifié comme un sujet à risque de mélanome cutané,
- deuxièmement sur le médecin généraliste qui identifie les sujets à risque dans sa patientèle ou qui détecte une lésion cutané suspecte à l'occasion d'une consultation
- et enfin, sur le dermatologue qui confirme ou non la suspicion diagnostique du mélanome cutané.

L'identification des patients à risque peut et doit être réalisée par les médecins généralistes qui sont des médecins de premier recours, l'information des médecins généralistes est donc un élément clé de la stratégie de diagnostic précoce, et en parallèle à l'identification des sujets à risque, la reconnaissance par le médecin généraliste d'une lésion suspecte est également un des éléments majeurs de la détection précoce du mélanome cutané.

Les données de la littérature ont montré que l'information des médecins généralistes améliore leur pertinence diagnostique, à condition de renouveler à intervalle régulier cette formation. Les médecins généralistes interrogés pour cette étude sont en demande de formation concernant le diagnostic des mélanomes cutanés, et cette demande pourrait, comme dans d'autres pays, passer par les moyens d'information actuels (Internet).

Les médecins généralistes sont donc bien sensibilisés à la prévention et au dépistage du mélanome cutané. Ils sont favorables à un dépistage organisé du mélanome cutané au même titre que le cancer du côlon ou du sein. Ils sont globalement en accord avec le fait que la prévention et le dépistage du mélanome doit être réalisé par le médecin traitant étant donné la diminution du nombre de dermatologues, la désertification médicale, et l'augmentation de l'incidence du mélanome dans la population générale. Pour les aider, le développement de la télédermatologie va sûrement permettre une collaboration étroite et privilégiée entre le médecin généraliste et le dermatologue, et ainsi permettre une prise en charge par le dermatologue ciblée et plus rapide des lésions cutanées suspectes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Dermatologie- la prise en charge du mélanome cutané- guide patient [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.sfdermato.org/>
2. Société Française de Dermatologie-guide- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique- mélanome cutané [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.sfdermato.org/>
3. Owens B. Melanoma : Nature : Nature Publishing Group. Novembre 2014. 515(7527):S109.
4. Haute Autorité de Santé - Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané » [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-dune-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane
5. Société Française de Dermatologie- comprendre le mélanome de la peau [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.sfdermato.org/>
6. Le type de peau ou phototype - Type de peau - Facteurs de risque - Mélanomes de la peau - Les cancers - Info patient - Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/melanomes-de-la-peau/les-facteurs-de-risques/le-type-de-peau>
7. Collège des enseignants en dermatologie de France Dermatologie 6^{ème} édition, Elsevier Masson
8. Maladie de la peau : Les différents types de cancer de la peau [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.syndicatdermatos.org/le-dermato-soigne/cancers-de-la-peau/les-differents-types-de-cancer-de-la-peau/>
9. Willyard C. Risk factors: Riddle of the rays : Nature : Nature Publishing Group. Novembre 2014. 515(7527):S112–S113.
10. Exposition solaire et cabines UV - Prévention - Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/prevention/exposition-aux-rayonnements-uv>
11. Bataille V. Génétique et épidémiologie du mélanome-Annales de Dermatologie et de Vénérologie. Janvier 2006. 133(1):56–62.
12. SFCPP - naevus-tâches pigmentées de la peau [Internet]. Disponible sur: <http://www.chirurgie-plastique-pediatrique.fr/2138-à-propos.php>
13. PREVENTION et INFORMATION SOLAIRE : Franche Comté ASFODER Un travail unique en France | ASFODER [Internet]. Disponible sur: <http://www.asfoder.net/?p=1117>

14. Maladie de la peau : Traitement du mélanome [Internet]. Disponible sur: <http://www.syndicatdermatos.org/le-dermato-soigne/cancers-de-la-peau/traitement-du-melanome/>
15. 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 Vénérologie. Décembre 2011. 2014 Nov 19;138(12S):A105.
16. Rat C. Impact d'une action de prévention ciblée sur les comportements de prévention du mélanome [Internet]. congrès de médecine générale. Disponible sur: <http://www.congresmg.fr/index.php/fr/>
17. Haute Autorité de Santé - HAS - Stratégie de diagnostic précoce du mélanome [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil
18. médecins généralistes et détection précoce des cancers de la peau - Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
19. Swetter S.M., Geller A.C. Perspective: Catch melanoma early : Nature : Nature Publishing Group. Novembre 2014. 515(7527):S117.
20. Marques-da-Costa J., Mota Buçard A., Piana S., Moscarella E., Argenziano G., Longo C. When a clinical-dermoscopic correlation is warranted-Journal of the American Academy of Dermatology. Janvier 2015. 72(1):16–18.
21. Cespharm - Rôle du pharmacien [Internet]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
22. Corbyn Z. Prevention: Lessons from a sunburnt country : Nature : Nature Publishing Group. Novembre 2014. 515(7527):S114–S116.
23. Reddy K.K., Gilchrest B.A. The role of vitamin D in melanoma prevention: Evidence and hyperbole - Journal of the American Academy of Dermatology. Novembre 2014. 71(5):1004–1005.
24. Biba E. Protection: The sunscreen pill : Nature : Nature Publishing Group. 2014 Nov 20;515(7527):S124–S125.
25. Haute Autorité de Santé - HAS - Guide méthodologique- comment évaluer un programme de dépistage [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil
26. Sondak V.K., Glass L.F., Geller A.C. JAMA Network | JAMA | Risk-Stratified Screening for Detection of Melanoma- Journal of the American Medical Association. 10/02/2015. 313(6):616–617.

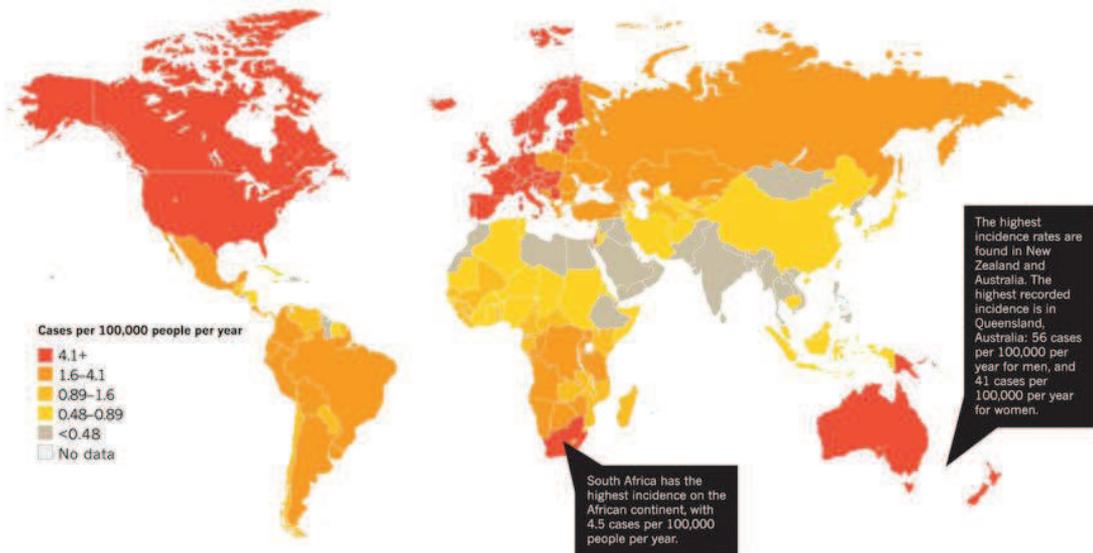
27. Journée de prévention et de dépistage du syndicat des dermatologues vénéréologues - Dépistage - Institut National Du Cancer [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancers-de-la-peau/espace-professionnels-de-sante/journee-de-prevention-et-de-depistage-du-syndicat-des-dermatologues-venereologues>
28. Déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet] Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html>
29. Le Projet Régional de Santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante-PRS.125710.0.html>
30. Le dermatologue par spécificité : La télédermatologie [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.syndicatdermatos.org/le-dermato-par-specificite/telemedecine/la-telemedecine/>
31. Holmes D. The cancer that rises with the Sun : Nature : Nature Publishing Group. 2014 Nov 20;515(7527):S110–S111.
32. Quels sont les grains de beauté dangereux - Réseau Mélanome Ouest [Internet]. Disponible sur: <http://www.reseau-melanome-ouest.com/melanome/quels-sont-les-grains-de-beaute-dangereux.html>
33. Item 149 – Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : mélanomes - EM|consulte [Internet]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/187849/item-149ntumeurs-cutanees-epitheliales-et-melanique>
34. Les risques sanitaires liés aux rayonnements ultraviolets naturels et artificiels - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-risques-sanitaires-lies-aux-rayonnements-ultraviolets-naturels-et-artificiels.html>
35. DERMATO-INFO, L’auto-examen [Internet]. Disponible sur: http://dermato-info.fr/article/L_auto-examen

ANNEXES

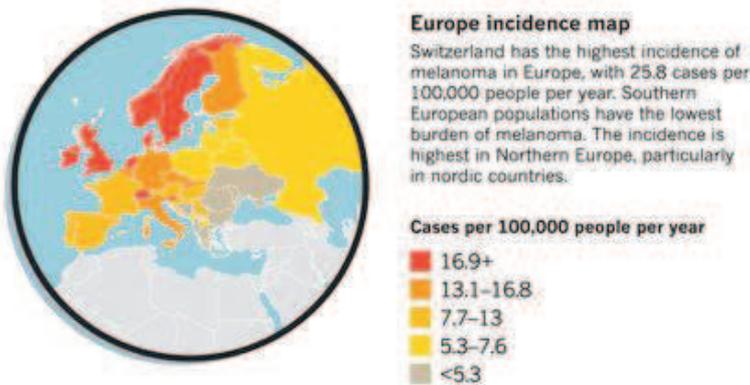
Annexe 1 : Epidémiologie du mélanome

Référence bibliographique 31

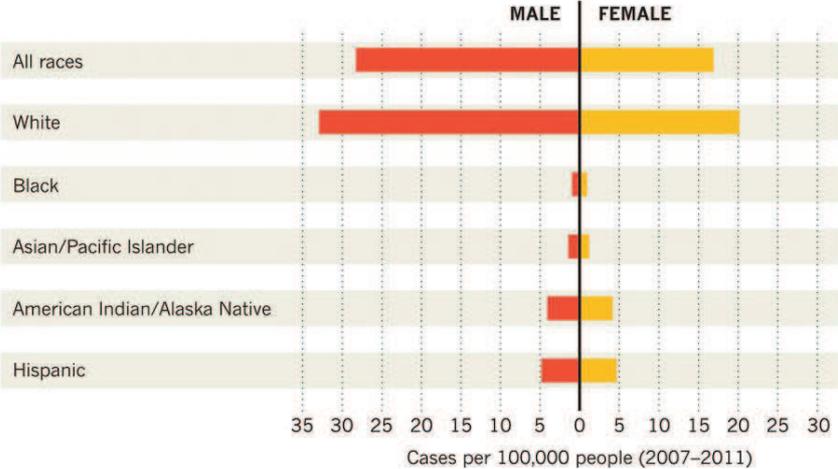
Le mélanome est le 19ème cancer le plus fréquent à travers le monde avec 230 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2012, représentant 2% des cancers. Les plus hautes incidences surviennent dans les pays où les habitants ont de façon prédominante la peau claire. L'Europe du Nord et l'Amérique du Nord ont les taux d'incidence les plus élevés dans l'hémisphère Nord, l'Australie et la Nouvelle-Zélande dans l'hémisphère Sud. L'incidence du mélanome est relativement faible en Amérique du Sud et en Asie.



La Suisse a la plus haute incidence en Europe, avec 25,8 cas/100000 habitants/an. Les populations d'Europe du Sud ont une incidence faible. L'incidence est élevée dans le nord de l'Europe, en particulier dans les pays nordiques.



L'incidence dépend du phénotype, lui-même en rapport avec l'origine ethnique. En particulier dans la population blanche, les hommes sont plus touchés que les femmes. L'âge moyen au diagnostic est de 62 ans. Les graphiques ci-dessous concernent la population des Etats-Unis.

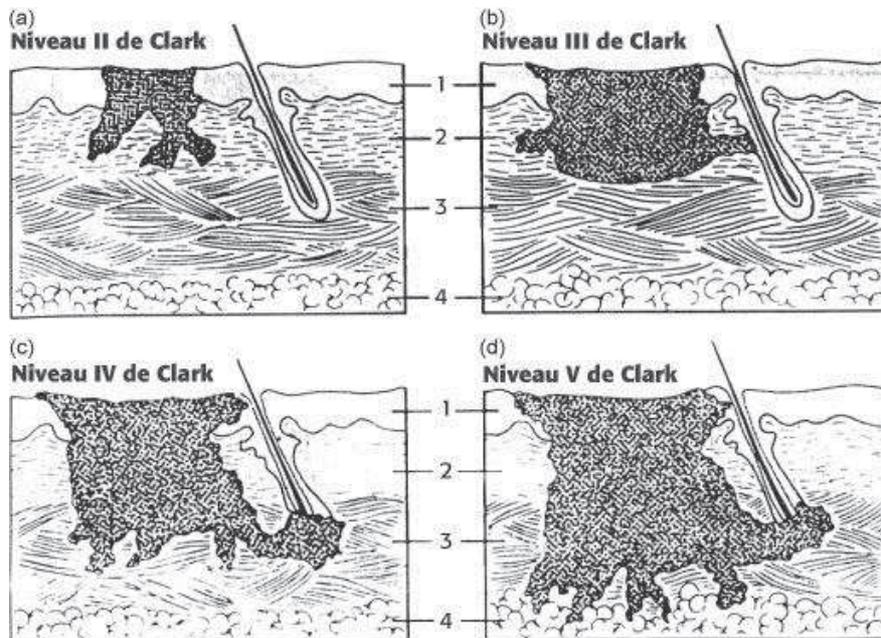


Annexe 2 : Différents types de mélanome

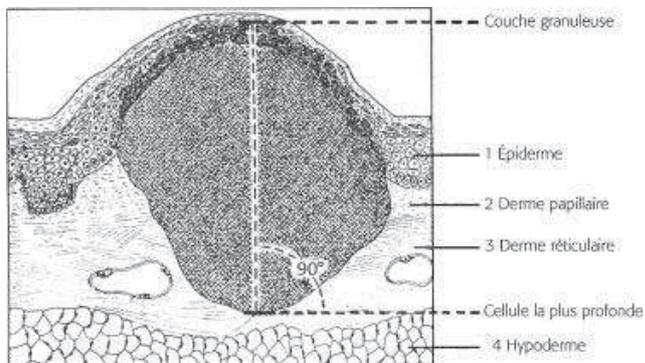
Référence bibliographique 32



Annexe 3 : Les différents niveaux de Clark et mesure de l'indice de Breslow
Références bibliographiques 33 et 7



Mesure de l'indice de Breslow :



Annexe 4 : Tableau des phototypes

Référence bibliographique 33 et 7

	Caractéristiques	Réaction au soleil
Phototype I	<ul style="list-style-type: none">• Peau très blanche• Cheveux roux ou blonds• Yeux bleus/verts• Souvent des taches de rousseur	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil systématiques• Ne bronze jamais, rougit toujours
Phototype II	<ul style="list-style-type: none">• Peau claire• Cheveux blonds-roux à châains• Yeux clairs à bruns• Parfois apparition de taches de rousseur	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil fréquents• Bronze à peine ou très lentement
Phototype III	<ul style="list-style-type: none">• Peau intermédiaire• Cheveux châains à bruns• Yeux bruns	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil occasionnels• Bronze graduellement
Phototype IV	<ul style="list-style-type: none">• Peau mate• Cheveux bruns/noirs• Yeux bruns/noirs	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleils occasionnels lors d'expositions intenses• Bronze bien
Phototype V	<ul style="list-style-type: none">• Peau brun foncé• Cheveux noirs• Yeux noirs	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil rares• Bronze beaucoup
Phototype VI	<ul style="list-style-type: none">• Peau noire• Cheveux noirs• Yeux noirs	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil très exceptionnels

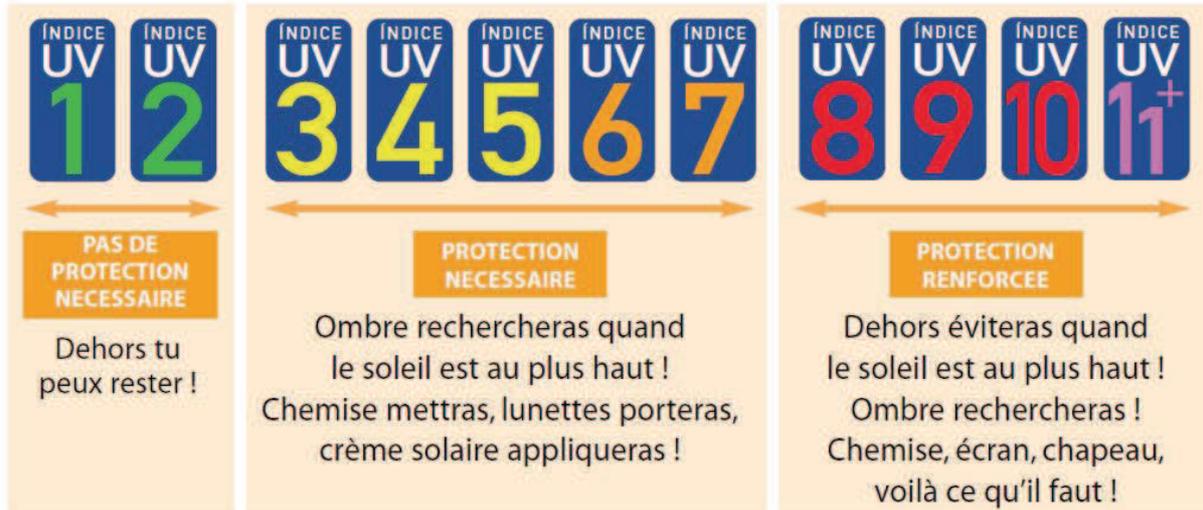
Annexe 5 : Effets sanitaires des ultra-violets

Référence bibliographique 34



Annexe 6 : Échelle des indices UV et mesures de prévention adaptées aux niveaux de risque encourus

Référence bibliographique 10



Annexe 7 : Classification des mélanomes

Référence bibliographique 33

Classification TNM (AJCC 2009) des mélanomes

Classification T	Épaisseur (indice de Breslow)	Ulcération/mitoses
T1	< ou = à 1 mm	a : sans ulcération et mitoses < 1/mm ² b : avec ulcération ou mitoses " 1/mm ²
T2	1,01-2 mm	a : sans ulcération b : avec ulcération
T3	2,01-4,00 mm	a : sans ulcération b : avec ulcération
T4	> 4 mm	a : sans ulcération b : avec ulcération
Classification N	Nombre de ganglions envahis	Invasion métastatique
N1	Un seul ganglion envahi	a : micrométastase b : macrométastase
N2	2-3 ganglions envahis	a : micrométastase b : macrométastase c : métastases en transit/nodules satellites sans envahissement ganglionnaire
N3	" 4 ganglions envahis ou masse polyganglionnaire ou métastases en transit/nodules satellites avec ganglions envahis	
Classification M	Site des métastases	Taux sérique de LDH
M1a	Cutané, sous-cutané ou ganglionnaire au-delà de l'aire ganglionnaire régionale	Normal
M1b	Pulmonaire	Normal
M1c	Autres localisations viscérales Toutes métastases à distance	Normal Augmenté

Micrométastase : métastase ganglionnaire décelée à l'examen anatomopathologique du ganglion sentinelle tandis que le ganglion n'est pas palpable. Macrométastase : ganglion cliniquement palpable (et/ou d'allure tumorale à l'échographie ganglionnaire) et métastatique.

Annexe 8 : Les différents stades du mélanome cutané et les modalités de suivi après exérèse

Référence bibliographique 33

Stades anatomiques selon la classification AJCC 2009

Stade I	Mélanome localisé (N0M0) à faible risque évolutif
IA IB	T1a T1b ou T2a
Stade II	Mélanome localisé (N0M0) avec risque de rechute T3b ou T4a
IIA IIB IIC	T2b ou T3a T3b ou T4a T4b
Stade III	Mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale (N+M0)
IIIA IIIB	N1a ou N2a (mélanome non ulcéré T1-T4a) N1a ou N2a (mélanome ulcéré T1-T4b) N1b ou N2b (mélanome non ulcéré T1-T4a) N2c (mélanome ulcéré ou non T1-T4a/b)
IIIC	N1b ou N2b (mélanome ulcéré T1-T4b) N3 (mélanome ulcéré ou non)
Stade IV	Mélanome avec métastases au-delà du 1^{er} relais ganglionnaire régional (M+)

Modalités de suivi après exérèse d'un mélanome primitif (consensus 2005).

Mélanome stade I AJCC	Examen clinique tous les 6 mois pendant 5 ans, puis tous les ans pendant toute la vie. Éducation à l'auto dépistage d'un nouveau mélanome et à l'auto détection d'une récurrence
Mélanome de stade IIA AJCC	Examen clinique tous les 3 mois pendant 5 ans, puis une fois par an toute la vie. Éducation à l'auto dépistage d'un nouveau mélanome et à l'auto détection d'une récurrence Option : échographie de la zone de drainage tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans.
Mélanome de stades IIB et III AJCC	Examen clinique tous les 3 mois pendant 5 ans, puis une fois par an toute la vie. Éducation à l'auto dépistage d'un nouveau mélanome et à l'auto détection d'une récurrence Option : échographie de la zone de drainage tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans. Les autres examens d'imagerie peuvent être pratiqués ; leur fréquence est à adapter au cas par cas

Annexe 9 : Questionnaire

Questionnaire "rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du mélanome"

*Obligatoire

Quel est votre âge ? *

Quel est votre sexe ? *

- Masculin
- Féminin

Informez-vous les patients sur les facteurs de risque de mélanome cutané ? *

- Oui, tous
- Oui, certains
- Oui, selon leurs antécédents
- Non, rarement
- Non, jamais

Si oui, cochez les facteurs de risques au sujet desquels vous informez les patients *

- Présence d'éphélides (taches de rousseur)
- Phototype clair
- Nombre de naevus
- Exposition solaire d'intensité forte ou répétée
- Coups de soleil
- Présence de kératose actinique
- Antécédents familiaux de mélanome

Identifiez-vous dans votre patientelle les patients à risque de mélanome ? *

- Oui
- Non

Si oui, quelles questions posez-vous ? *

- Avez-vous des ATCD personnels ou familiaux de mélanome cutané ?
- Avez-vous un terrain d'immunodépression ?
- Avez-vous beaucoup de naevi ?
- Bronzez-vous difficilement ou êtes-vous sujet aux coups de soleil ?
- Êtes-vous régulièrement exposé aux UV artificiels ?
- Travaillez-vous ou avez-vous travaillé à un poste exposant aux facteurs de risque?

Pratiquez-vous un examen de la peau de façon régulière à vos patients ? *

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence ? *

- Tous les trois mois environ
- Tous les six mois environ
- Une fois par an environ
- Moins d'une fois par an

Vous arrive-t-il de pratiquer un examen dermatologique alors que le patient consulte pour un autre motif ? *

- Oui
- Non

Adressez-vous de manière systématique vos patients au dermatologue en cas de détection de lésion cutanée suspecte ? *

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? *



Orientez-vous systématiquement vos patients à risque de mélanome vers un dermatologue même en l'absence de lésion cutanée suspecte à votre examen ? *

- Oui
- Non

Examinez-vous la peau de vos patients en les déshabillant complètement (sous-vêtements compris) ? *

- Oui
- Non

Formez-vous vos patients à la pratique de l'auto-examen cutané ? *

- Oui
- Non

Connaissez-vous la règle d'identification ABCDE d'une lésion suspecte d'être un mélanome cutané ? *

- Oui
- Non

Avez-vous déjà participé ou reçu une formation à l'identification des mélanomes cutanés ? *

- Oui
- Non

Si non, souhaiteriez-vous avoir une formation complémentaire sur cette thématique ? *

- Oui
- Non

Pensez-vous pouvoir améliorer vos connaissances sur la détection du mélanome cutané ? *

- Oui
- Non

De manière générale, pensez-vous avoir l'expérience professionnelle et les connaissances nécessaires à la prévention et au dépistage du mélanome cutané ? *

- Oui
- Non

Pensez-vous que la prévention et le dépistage précoce du mélanome par le médecin traitant est : *

- Indispensable pour tous les patients
- Nécessaire pour la plupart des patients
- Utile chez certains patients seulement
- Inutile, c'est le rôle du dermatologue
- Une pratique demandant à être généralisée
- Un objectif de médecine générale à inscrire dans l'EPP
- Trop compliquée, trop long à mettre en oeuvre par le médecin généraliste de façon systématique

A votre connaissance, existe-t-il des recommandations concernant la prévention et le dépistage du mélanome en médecine générale par le médecin généraliste ? *

- Oui
- Non

Seriez-vous favorable à un dépistage organisé du mélanome ? *

- Oui
- Non

Si oui, par qui ? *

- Le médecin généraliste
- Le dermatologue
- une personne formée spécialement

Annexe 10 : Auto-examen cutané

Référence bibliographique 35

Auto examen

- 1-Visage puis oreilles
- 2- Torse
- 3- avant des jambes
- 4- lever les bras : aisselles puis avant et arrière des bras.
- 5- Mains : dos puis paume.
- 6-Parties intimes
- 7-arrière des jambes
- 8- pieds : plante et entre les orteils
- 9- Bas du dos
- 10- Epaules, cou, cuir chevelu



RESUME

Introduction : Le mélanome cutané est une tumeur cancéreuse représentant 2 à 3% de l'ensemble des cancers dont l'incidence est en augmentation régulière. Son pronostic dépend du stade de la maladie au diagnostic. L'objectif de cette étude était d'étudier la façon dont le médecin généraliste s'acquitte de son rôle dans la prévention et le dépistage du mélanome.

Matériels et méthodes : Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes exerçant en Haute- Normandie. Recueil d'information à partir d'un questionnaire envoyé par mail ou servant de base à des entretiens. Le questionnaire a été réalisé à partir de Google drive.

Résultats : Les réponses de 58 médecins généralistes ont été analysées. Tous les médecins informaient leurs patients sur les facteurs de risque de mélanome. 74% des médecins identifiaient leurs patients à risque. 49% des médecins examinaient régulièrement la peau de leurs patients. 58% des médecins les adressaient systématiquement au dermatologue une fois par an. 34% des médecins les faisaient déshabiller complètement pour l'examen de la peau. 49% des médecins les formaient à la pratique de l'auto-examen cutané. 83% des médecins connaissaient la règle d'identification ABCDE. 96% des médecins souhaitaient avoir une formation complémentaire sur ce sujet. 57% des médecins estimaient ne pas avoir l'expérience et les connaissances nécessaires au dépistage du mélanome. La plupart des médecins reconnaissait l'intérêt de la prévention et du dépistage précoce du mélanome cutané par le médecin traitant, 7% estimaient cependant que la généralisation de cette pratique était difficilement réalisable. 96% des médecins étaient favorables à un dépistage organisé du mélanome cutané, 62% estimaient que le médecin traitant devrait en être l'acteur.

Conclusion : Les médecins généralistes sont sensibilisés et acteurs de la prévention et du dépistage du mélanome mais ils reconnaissent avoir la possibilité d'améliorer leurs pratiques.