UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

Année 2014-2015

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Expériences, opinions et attentes des Médecins Généralistes en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome dans les Alpes-Maritimes.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2015

Par Damien LE GAY

Né le 02/11/1983 à Saint-Mandé.

COMPOSITION DU JURY

Président de jury :	Professeur LACOUR Jean-Philippe
Assesseurs :	Professeur HOFLIGER Philippe
	Professeur THYSS Antoine
	Docteur DE CINTAZ Philippe
Directeur de thèse :	Docteur BAROGHEL Gérald

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)

M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)

M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
MI.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS	Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Membres du jury

- **Président du jury** : Professeur LACOUR Jean-Philippe. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury afin de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

- **Assesseur** : Professeur HOFLIGER Philippe. Merci de votre présence et d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour votre implication et votre investissement au sein du DES de Médecine Générale et des étudiants. Soyez assuré de ma profonde estime et de ma sincère gratitude

- **Assesseur** : Professeur THYSS Antoine. Merci de votre présence et d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

- **Assesseur** : Docteur DE CINTAZ Philippe. Merci d'avoir accepté de faire partie du jury. Je suis très honoré de ta présence. J'ai passé de très bons moments en ta compagnie, j'ai vraiment apprécié l'ambiance au sein du cabinet et ta façon de pratiquer la médecine.
  Je te remercie aussi pour tout ce que tu m'as apporté pour ma future pratique car j'ai beaucoup appris à tes côtés durant mon stage d'interne.

- **Directeur de thèse** : Docteur BAROGHEL Gérald. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse en ma compagnie. Merci pour ton aide, tes précieux conseils et ton implication. Je t'en suis reconnaissant. Par ailleurs, je me suis pas mal inspiré de ta pratique pour mon futur métier. Suite à ce travail de thèse effectué ensemble, on se reverra dans un autre contexte, celui du sport (à Fitlane et Krav Maga peut-être ?).

Charlotte

Merci pour ton soutien pendant ce long travail de thèse et surtout merci pour ton amour qui dure depuis bientôt neuf ans ! Tu m'as vu évolué tout au long de mon cursus médical et tu as toujours été présente quand j'en avais besoin. Je suis vraiment heureux de t'avoir rencontré dans un camping à Lacanaux ^^. Il nous reste encore tous pleins de projets à réaliser ensemble.
Je t'aime.

Maman et Papa

Merci du fond du cœur pour votre éducation qui m'a permis de réussir dans les études.
Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour votre soutien et votre aide tout au long de ma jeune vie. Merci pour l'amour que vous m'avez donné.
Je vous suis infiniment reconnaissant pour tout ça.
Votre fils qui vous aime.

Claire

Malgré les 6000 km qui nous séparent je ne t'oublie pas. Je souhaite de tout cœur que tu réussisses et que tu sois heureuse au Pays des Caribous. J'espère te revoir bientôt.
Ton frère qui t'aime.

Ma famille

Merci à tous pour tous les bons moments passés ensemble et il y en aura plein d'autres j'en suis sûr !

- **Ma famille asiatique** : Poli (merci à toi), Linda (merci de m'avoir donné l'envie de faire ce métier), Tonton David, Tata Rosine, Georges, Louis, Leo, Tata Kun, Tonton Denis, Stéphane, Valentin, Philippe, Likiem, Jonathan, Kevin, Fred, Mickael, Caroline et une pensée toute particulière pour Pa qui nous a quitté il y a un an.

- **Ma famille française** : Tata Manue, Tonton Jean-Pierre, Aurélie, Séverine, Mémé Jacqueline et tous mes cousins et cousines éloignés.

Mes Amis

- **Yannick** : tout d'abord merci pour ton aide et pour tes précieux conseils dans tous les domaines. Je suis heureux qu'on ait choisi de poursuivre ensemble nos études sur Nice, notre amitié en a été renforcée. J'espère que l'on pourra travailler ensemble un jour.
Tu es une « source d'inspiration » : surnoms à l'infini, photomontages en tout genre, chansons, sms, whatsapp, etc…qu'est-ce que je m'éclate ! ^^ Waaaarp !

- **Benoit** : j'espère te revoir bientôt. Je pense que tu as fait le bon choix en allant aux US, je suis fier de ta réussite et je suis content que tu ais trouvé le bonheur là-bas.
Merci pour tous ces bons moments passés ensemble (AJD, USA, Soirées étudiantes, etc). Maintenant qu'on a tous les deux fini nos étude, on va pouvoir passer aux choses sérieuses (combat et muscu !).

- **Amis d'enfance** : Germain (mon premier pote, il faudrait qu'on arrive à se voir un peu plus !), Anthony (RDV en juin pour ton grand jour !), Aline, Emeline, Laure, Lilia, Florent.

- **Team KB** : Matdamantium (tu es vraiment un ami qui compte, 2016 = Mud Day, Spartian Race et Frapadingue !), Alex Blakemamba (Protect my balls !), Simon Froggy Mix (merci pour tous les délires de P1), « Midnight Nem » et Fanny (vous me le présenter quand le beaugosse ?), Miago (mémorables ces vacances au Portugal), Cécile (et sa famille de super sayiens), Marie, Lise, Lydie, Eduardo, Christine.

- **Team Pasteur** : Mylong (future égérie Fitlane ! AT en force. Végas 2016 ?), Vaness (ca y est, maintenant je vais pouvoir être un artiste comme toi ^^ et me mettre au dessin, à la photo, etc..) , Flo, Yona.

- **Team Nice** : Fred Suavemente (Vegas 2015 ? Et ces chats, ça fait longtemps que je n'ai pas reçu de photos…^^), Sébastien (et cette future méga teuf dans ton nouvel appart ?? Idem Vegas 2015 ?), Fab (ICI C'EST PARIS !), Marlène (DUTIC en force !).

- **Team SOS** : Guillaume, Ced Etiennovic, Audrey (quand est-ce qu'on se refait un resto tous ensemble ??)

- **Max, Sophie et Yumi** : merci pour votre amitié. Il nous reste encore, tout plein de soirées à thème à organiser, genre Groenland/Mexique ou bien Nouvelle Zélande/Indonésie ! En tout cas, on vous attend sur Mandelieu !

- **Basile et Amandine** : même si on se voit rarement, vous êtes des amis que j'apprécie vraiment, que de bons souvenirs sur Aix ! J'espère qu'à l'avenir on passera plus de temps ensemble.

- **Juliette et Ludo** : merci pour toutes ses soirées passées ensemble et c'est loin d'être fini, car cet été on risque de squatter la nouvelle piscine avec Charlotte ! Plouf !

- **Amélie et Rémy** : merci pour votre amitié, merci pour toutes ces séances d'ostéo. Si parfois vous avez besoin d'un médecin à domicile pour les petits n'hésitez pas !

- **Pierre André et Christine** : on va bien finir par se la faire cette soirée ! Non mais ! J'attends aussi de voir un feu d'artifice depuis la fameuse terrasse panoramique. ^^

- **Chue Kua** : le hasard fait bien les choses, on s'est retrouvé plus de dix ans après notre première rencontre.

- **Mes co-internes** : Claire (merci pour ta bonne humeur communicative), Alexandra (bon courage pour la suite de ta carrière).

<u>Mes maîtres de stage</u> :

Dr Rastello Jean-Eric, Dr Rastello Marc, Dr Bley Laurette.
Merci pour votre enseignement, votre gentillesse et vos conseils.

Merci aux médecins interrogés.

Je tiens enfin à remercier ma team de 3 UFCats (Sweety, Kyto et Luna), merci pour vos ronronnements apaisants pendant ces longues heures de travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 16

GENERALITES 17

A. PEAU 17
1. HISTOLOGIE 17
   1.1 Epiderme
   1.2 Derme
   1.3 Hypoderme
2. PHYSIOLOGIE 21
3. PHOTOTYPES 22

B. SOLEIL 23
1. ASTRONOMIE 23
2. RAYONNEMENT SOLAIRE 23
   2.1 Spectre électromagnétique
   2.2 Rayons Ultraviolets
3. SYMBOLIQUE, MYTHES ET RELIGIONS 26
4. GEOCLIMATOLOGIE DU DEPARTEMENT DES ALPES MARITIMES 28
5. INDICE UV 29
6. BIENFAITS 30
7. MEFAITS 32
   7.1 Effets biologiques sur la peau
   7.2 Autres effets
8. LE BRONZAGE 34
   8.1 Historique
   8.2 Physiologie

C. PHOTOCARCINOGENESE 35
1. TUMEURS BENIGNES ET KERATOSE ACTINIQUE 35
2. TUMEURS MALIGNES 36
   2.1 Carcinome basocellulaire et spinocellulaire
   2.2 Mélanome

D. PREVENTION SOLAIRE/PHOTOPROTECTION 43
1. PHOTOPROTECTION NATURELLE 43
   1.1 Pilosité
   1.2 Couche cornée
   1.3 Bronzage et phototypes
   1.4 Systèmes de réparation enzymatique de l'ADN
2. PHOTOPROTECTION INTERNE 44

3. PHOTOPROTECTION EXTERNE 45
3.1 Photoprotection comportementale
3.2 Photoprotection vestimentaire et optique
3.3 Produits de Protection Solaire
4. SANTE PUBLIQUE/CAMPAGNE DE DEPISTAGE 46
5. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE 48
5.1 Démographie médicale
5.2 Rôle du Médecin Généraliste

MATERIEL ET METHODE 50

A. QUESTION DE RECHERCHE 50

B. OBJECTIFS 50

C. REVUE DE LA LITTERATURE 50

D. PRESENTATION DE LA METHODE 51
1. ECHANTILLON ET RECRUTEMENT 51
2. ENTRETIENS 52
3. TRAVAIL D'ANALYSE 53

RESULTATS 54

A. RESULTATS QUANTITATIFS 54
1. NOMBRE DE MEDECINS RECRUTES 54
2. CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DE L'ECHANTILLON 54

B. RESULTATS QUALITATIFS 55
1. FACTEURS DE RISQUE EVOQUES PAR LES MEDECINS GENERALISTES 55
1.1. Facteurs de risque
1.2. Population à risque
1.3. Lésions à risque
1.4. Région à risque
2. MESURES DE PREVENTION ET DEPISTAGE 61
2.1 Place de la prévention solaire et du dépistage du mélanome
2.2 Conseils de prévention solaire
2.3 Produits de protection solaire
2.4 Dépistage du mélanome et surveillance cutanée

3. EXPERIENCE/FORMATION 68
3.1 Examen cutané complet
3.2 Ressenti des médecins généralistes
3.3 Sources d'informations
3.4 Recommandations
3.5 Formations médicales
4. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE/PARCOURS DE SOINS 73
4.1 Rôle
4.2 Efficacité du médecin généraliste
4.3 Implication des médecins généralistes par rapport à la région
4.4 Education des patients
4.5 Recours au dermatologue
4.6 Accessibilité des dermatologues
4.7 Campagnes de prévention
5. OBSTACLES 81
5.1 Consultation chronophage
5.2 Manque de connaissances
5.3 Manque de moyens et d'outils
5.4 Manque de reconnaissance
5.5 Obstacle du déshabillage
5.6 Diagnostic difficile
5.7 Responsabilité du médecin généraliste
5.8 Prévention patient-dépendante
5.9 Patients submergés par les messages de prévention
6. SUGGESTIONS/REVENDICATIONS 87
6.1 Rôle du médecin généraliste
6.2 Formations
6.3 Outils
6.4 Campagnes de prévention de Santé Publique
6.5 Consultations dédiées
6.6 Meilleure reconnaissance
6.7 Produits de protection solaire
6.8 Education

DISCUSSION 93

A. JUSTIFICATION DE LA METHODE 93
1. METHODE QUALITATIVE 93
2. SELECTION DES PARTICIPANTS 93
3. ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES 94
4. DEROULEMENT DES ENTRETIENS 95

B. FACTEURS DE RISQUE EVOQUES PAR LES MEDECINS 95
1. FACTEURS DE RISQUE ET POPULATIONS A RISQUE 95
2. LESIONS A RISQUE 97
3. REGION A RISQUE 97

C. MESURES DE PREVENTION ET DEPISTAGE 98
1. CONSEILS DE PREVENTION SOLAIRE 98
1.1 Photoprotection
1.2 Produits de protection solaire
2. OUTILS DE DEPISTAGE ET DE SURVEILLANCE 100
3. OUTILS DE PREVENTION 104

D. EXPERIENCE/ FORMATION 105
1. ATTITUDE DES MEDECINS GENRALISTES/EXAMEN CUTANE 105
2. FORMATION MEDICALE 105
2.1 Formation médicale initiale
2.2 Formation médicale continue

E. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE/ PARCOURS DE SOINS 110
1. EDUCATION DES PATIENTS 110
2. AUTO-SURVEILLANCE AUTO-EXAMEN ET PHOTOGRAPHIE 110
3. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE 111
4. PARCOURS DE SOIN 112
5. CAMPAGNES DE PREVENTION 114

F. OBSTACLES 116
1. CONSULTATION CHRONOPHAGE 116
2. OBSTACLE DU DESHABILLAGE 117
3. MANQUE DE CONNAISSANCES 118
4. PREVENTION PATIENT-DEPENDANTE 118

G. SUGGESTIONS/REVENDICATIONS 119
1. CONSULTATIONS DEDIEES/DEPISTAGE ORGANISE 119
2. MEILLEURE RECONNAISSANCE 120
3. EDUCATION DES ENFANTS 121

H. LIMITES DE L'ETUDE 122
1. ECHANTILLON 122
1.1 Taille de l'échantillon
1.2 Recrutement
1.3 Caractéristiques socio-professionnelles

2. RECUEIL DES DONNEES 124
2.1 Conditions d'entretiens
2.2 Guide d'entretien
2.3 Influence de l'enquêteur
2.4 Enquêté

3. L'ANALYSE DES RESULTATS 125
3.1 Inclusion des résultats
3.2 Analyse thématique
3.3 Principales limites

CONCLUSION 126

BIBLIOGRAPHIE 128

LISTE DES ABREVIATIONS 136

ANNEXES 137

SERMENT D'HIPPOCRATE 141

RESUME 142

INTRODUCTION

Le département des Alpes-Maritimes est attractif car il dispose de nombreux atouts au niveau géographique, la Mer Méditerranée avec ses nombreuses stations balnéaires, ainsi que les Alpes du Sud avec ses stations de ski. Mais c'est surtout grâce à son climat agréable et à son fort taux d'ensoleillement tout au long de l'année, que celui-ci attire autant de personnes pour s'y installer, que de touristes pour le visiter.

D'autant plus que le soleil est maintenant reconnu comme ayant des effets bénéfiques et thérapeutiques, notamment sur le plan du moral et du bien-être ainsi que sur la synthèse de la Vitamine D.

Et dans notre société où l'apparence physique prédomine, être bronzé est devenu synonyme de bonne santé, de beauté et de classe sociale élevée.

Cependant cette recherche perpétuelle de soleil peut entrainer des comportements solaires à risque. L'exposition solaire intensive, prolongée et répétée aux rayons Ultra-Violet (UV) est responsable de nombreuses pathologies dermatologiques, dont le mélanome cutané.

En effet, l'incidence de cancers cutanés est en constante augmentation en France depuis quelques années et cela représente un problème majeur de Santé Publique.

La prévention solaire et le dépistage du mélanome sont donc des priorités car plus un mélanome est diagnostiqué précocement, plus les chances de guérisons sont importantes.

Malheureusement, la diminution progressive du nombre de Dermatologues, entraine une difficulté d'accès pour les patients, avec des délais d'attente pouvant aller jusqu'à plusieurs mois au sein même de notre département.

De plus, on remarque qu'il y a un essoufflement des campagnes de prévention et que les comportements des patients ne changent pas.

Ainsi, depuis la réforme du Parcours de Soins, les Médecins Généralistes occupent une place primordiale car ils se situent en première ligne en matière de prévention.

Ils peuvent intervenir à plusieurs niveaux, en prodiguant des conseils de prévention solaire, en identifiant les populations à risque de développer un mélanome, en dépistant précocement des lésions suspectes par l'examen clinique et en réorientant les patients vers les dermatologues si nécessaire.

Cette enquête réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès des Médecins Généralistes pratiquant dans les Alpes-Maritimes va permettre d'évaluer le rôle qu'ils souhaitent tenir dans le domaine de la prévention solaire et du dépistage du mélanome.

Nous avons donc cherché à connaître leur pratique, leurs expériences, leurs opinions, leurs attentes et leurs besoins pour améliorer leur pratique et envisager de nouvelles solutions.

GENERALITES

A. PEAU

1. HISTOLOGIE [1 2 3]

Sa surface est de l'ordre de 1,8 m² et elle représente environ 15% du poids de l'organisme (4,5kg). Son épaisseur moyenne est de 1,2 mm.
Elle se compose de 3 couches depuis la surface vers la profondeur : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. (**Figure 1**).

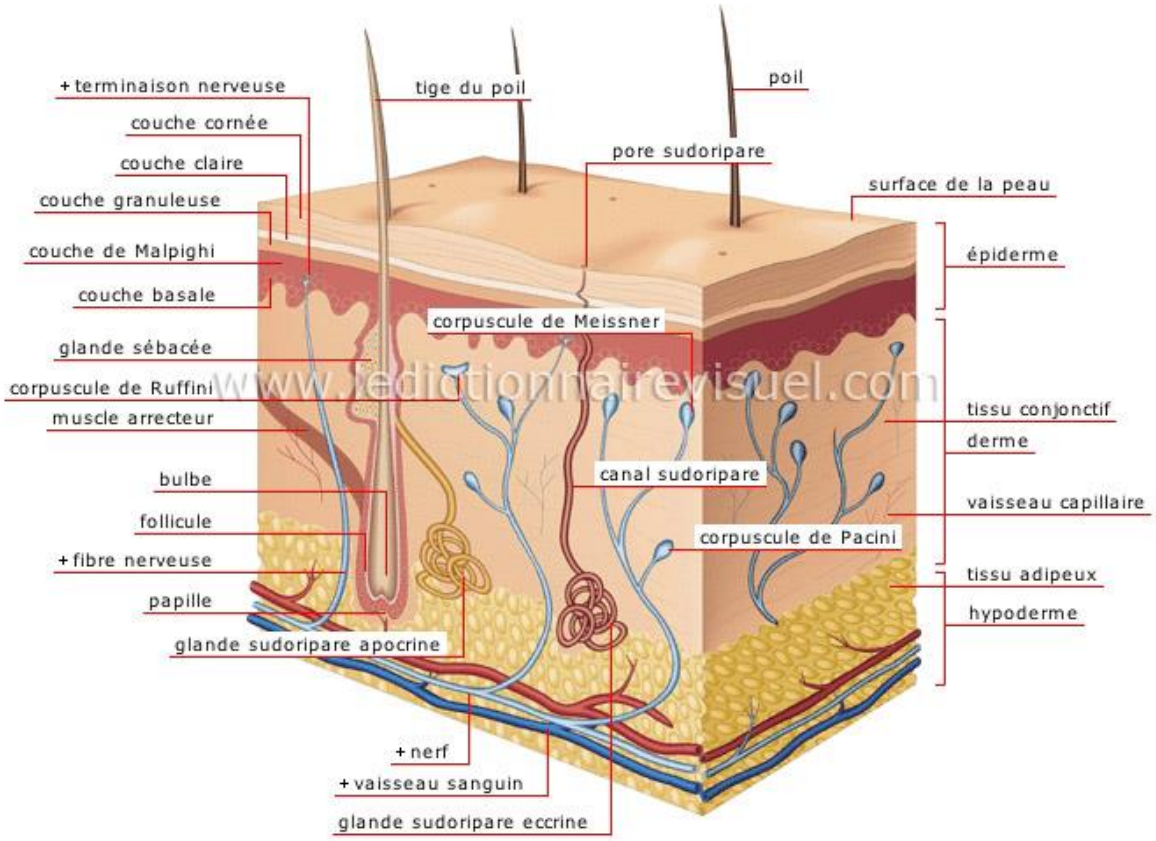


Figure 1 : schéma de la peau [4]

1.1. Epiderme

C'est la couche la plus superficielle de la peau. Suivant les zones de l'organisme, il mesure de 0,1 à 4 mm (exemples : paupières = 0,1 mm; paumes et plantes de pieds = 1 mm ; dos = 4 mm). Au niveau histologique c'est un épithélium pavimenteux stratifié orthokératosique qui est en renouvellement constant. Il est avasculaire et comporte de nombreuses terminaisons nerveuses libres.
Il est constitué de 4 types de cellules :

- **Les kératinocytes :**

Ils représentent 80 % des cellules de l'épiderme et y jouent un rôle important :
- au niveau de la fonction de barrière par leur différenciation terminale en cornéocytes.
- au niveau de la cohésion de l'épiderme par leur cytosquelette et les systèmes de jonctions inter-kératinocytaires assurés par les desmosomes.
Ils migrent durant 3 semaines à travers l'épiderme depuis la couche basale jusqu'à la superficie où ils desquament. Au cours de cette migration : ils se différencient et subissent de nombreuses modifications morphologiques, biochimiques, métaboliques et immunologiques.

Ils forment ainsi 4 couches, qui sont de la profondeur à la superficie : (**Figure 2**).

- La **couche basale** est formée de kératinocytes qui s'accrochent par le biais des hémidesmosomes directement à la jonction dermo-épidermique (JDE). L'activité proliférative des kératinocytes y est maximale, mais au fur et à mesure de leur migration dans l'épiderme, ils perdent cette activité au profit d'une phase de différenciation.

- La **couche spineuse** est composée de 5 à 15 assises de kératinocytes volumineux et polygonaux qui sont reliés entre eux par les desmosomes.

- La **couche granuleuse** comporte 1 à 3 assises de kératinocytes aplatis et fusiformes disposés parallèlement à la surface cutanée et qui contiennent des filaments de kératine dans leur cytoplasme ainsi que des granulations basophiles.

- La **couche cornée**, les kératinocytes y perdent leur noyau et se transforment en cornéocytes.

  La fonction de barrière est assurée par :

  - les cornéocytes qui sont soudés entre eux avec des jonctions créées par les cornéodesmosomes et grâce à un ciment extracellulaire principalement constitué de lipides.

  - un film hydrolipidique (mélange de sébum et de sueur) se dépose à la surface de la peau pour la protéger contre les agressions extérieures en la rendant pratiquement imperméable à l'eau. Il permet par ailleurs, de maintenir un état d'hydratation optimal.

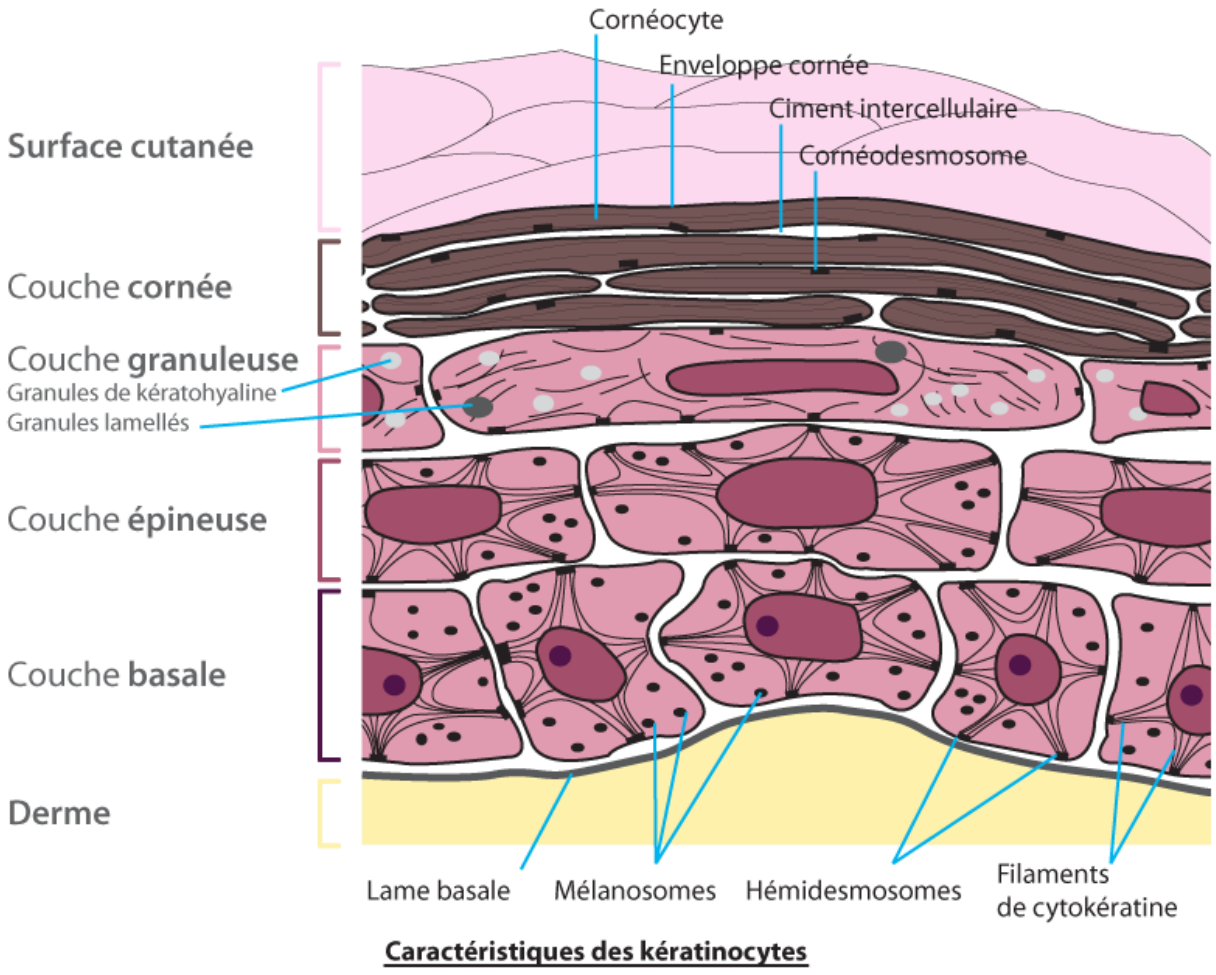


Figure 2 : Caractéristiques des kératinocytes [5]

Les kératinocytes ont également une activité immunologique à part entière avec une activité de cellules présentatrices d'antigènes et la production de nombreuses cytokines (IL-1, IL-8, IL-6, TNF…).

- **Les mélanocytes :**

Ils sont exclusivement situés au niveau de la couche basale.
Tous les individus ont un nombre équivalent de mélanocytes.
Leur rôle principal est la synthèse des mélanines dans des organites spécialisés appelés mélanosomes.

Il existe deux types de mélanine :
- les phéomélanines qui sont des pigments jaune-rouge-marron clair.
- les eumélanines sont des pigments brun-noir.

Leur répartition conditionne les variations de la couleur de la peau appelée aussi pigmentation constitutive, ainsi que le phototype cutané comme nous le verrons par la suite.
L'eumélanine prédominant chez les sujets à peau foncée et les bruns et la phéomélanine prédominant chez les sujets à peau claire, les blonds et les roux.

La pigmentation constitutive varie aussi en fonction de la quantité et de la qualité des mélanosomes répartis au sein de l'épiderme :
- ils sont plus nombreux, plus volumineux et répartis sur toute la hauteur de l'épiderme chez les sujets à peau foncé
- plus petits et limités aux couches les plus profondes de l'épiderme chez les sujets à peau claire.

- **Les cellules de Merkel** :

Ce sont des cellules neuroépithéliales qui ont une fonction de mécanorécepteurs et jouent un rôle dans la sensibilité de la peau au toucher. Elles sont particulièrement abondantes au niveau des lèvres, des paumes et de la pulpe des doigts.

- **Les cellules de Langerhans** :

Elles appartiennent au groupe des cellules dendritiques présentatrices des antigènes au lymphocyte T.
Leur rôle est donc de capturer les antigènes, d'en assurer l'endocytose et de les réexprimer à leur surface pour activer les lymphocytes T.

1.2. Derme

Il est situé sous l'épiderme et en est séparé par la JDE.
Son épaisseur moyenne est de 1 à 2 mm.
Les principales cellules du derme sont les fibroblastes qui produisent les fibres de collagène et de fibres élastiques. La cohésion des fibroblastes est assurée par la substance fondamentale constituée essentiellement de mucopolysaccharides acides.

Il est composé de deux étages :

- le **derme papillaire** qui est le plus superficiel, formé d'un tissu conjonctif lâche qui renferme des fibres de collagène fines et mais aussi des anses capillaires terminales et des terminaisons nerveuses.

- le **derme réticulaire** formé de tissu conjonctif dense où les fibres de collagène sont plus épaisses, organisées en faisceaux et s'entrecroisent avec les fibres élastiques.
On y retrouve aussi : les vaisseaux sanguins (artérioles et veinules), les vaisseaux lymphatiques, les nerfs, les follicules pilo-sébacés et les canaux excréteurs des glandes sudorales.

1.3. Hypoderme

C’est la couche la plus profonde de la peau.
Il est constitué de lobes graisseux eux-mêmes subdivisés en petits lobules séparés par des septums inter-lobulaires conjonctivo-élastiques servant de passage aux vaisseaux et nerfs destinés au derme. L’abondance du tissu adipeux varie avec les habitudes alimentaires, mais aussi les régions du corps et le sexe.
Il assure un rôle d'isolant au froid et d'amortisseur contre les chocs.

2. PHYSIOLOGIE [1 2 3]

La peau un organe complexe qui assure de multiples fonctions :

- **Protectrice :**

C’est l’enveloppe du corps, elle fait office de barrière entre le milieu intérieur et le milieu extérieur. Elle assure donc une protection physique des tissus et des organes contre les nombreuses agressions extérieures : traumatismes mécaniques, toxines chimiques, agents infectieux et micro-organismes tels que les bactéries et les champignons et contre les UV.
Elle évite également les pertes de fluide corporel et représente une membrane semi-perméable face au liquide extérieur.

- **Sensorielle :**

Les terminaisons nerveuses contenues dans la peau et notamment le bout des doigts permettent à l’organisme d’explorer son environnement par le toucher mais aussi d’avoir une sensibilité à la pression, à la chaleur et à la douleur.

- **Immunitaire :**

Comme vu plus haut, les cellules de Langerhans sont des cellules présentatrices d’antigènes, susceptibles d’activer les lymphocytes T et elles produisent des cytokines. Idem pour les kératinocytes qui produisent de nombreuses cytokines qui interviennent dans la réaction inflammatoire cutanée.

- **Vasculaire :**

Les vaisseaux sanguins du derme représentent 10 % du sang chez l’adulte

- **Thermorégulatrice :**

La sudation et la vascularisation participent au maintien et à la régulation de la température corporelle autour de 37°C quelques soient les conditions extérieures.

- **De synthèse :**

Les kératinocytes soumis aux UV participent à la synthèse de la vitamine D.

- **De relations sociales et communication** :

La peau à travers sa couleur, sa texture et son odorat transmet des messages sociaux et sexuels.

3. PHOTOTYPES [3 6 7]

Par convention on utilise la Classification de FitzPatrick qui définit six phototypes cutanés (**Tableau 1**) : en fonction de la couleur constitutive de la peau et en fonction de la sensibilité de la peau aux rayonnements UV (aptitude à développer un érythème solaire et/ou à développer un bronzage appelé aussi pigmentation facultative).
On les distingue par l'interrogatoire et par l'examen cutanéo-phanérien.

PHOTOTYPE		CARACTÉRISTIQUES	RÉACTION AU SOLEIL	CONSEILS DE PROTECTION
1		◦ Peau très blanche ◦ Cheveux roux ou blonds ◦ Yeux bleus/verts ◦ Souvent des tâches de rousseur	◦ Coups de soleil systématiques ◦ Ne bronze jamais, rougit toujours	◦ **Exposition fortement déconseillée** ◦ Rester à l'ombre le plus possible, ne pas chercher à bronzer, ne jamais s'exposer entre 12 h et 16h ◦ **Au soleil, protection maximale indispensable:** vêtements, chapeau, lunettes de soleil, crème solaire indice FPS très haute protection (50+)
2		◦ Peau claire ◦ Cheveux blonds/roux à châtains ◦ Yeux clairs à bruns ◦ Parfois apparition de tâches de rousseur	◦ Coups de soleil fréquents ◦ Bronze à peine ou très lentement	
3		◦ Peau intermédiaire ◦ Cheveux châtains à bruns ◦ Yeux bruns	◦ Coups de soleil occasionnels ◦ Bronze graduellement	◦ **Exposition prudente et progressive** ◦ Éviter le soleil entre 12 h et 16 h ◦ **Au soleil, haute protection recommandée:** vêtements, chapeau, lunettes de soleil, crème solaire indice FPS haute protection (30 - 50) ou protection moyenne (15 à 25)
4		◦ Peau mate ◦ Cheveux bruns/noirs ◦ Yeux bruns/noirs	◦ Coups de soleil occasionnels lors d'expositions intenses ◦ Bronze bien	
5		◦ Peau brun foncé ◦ Cheveux noirs ◦ Yeux noirs	◦ Coups de soleil rares ◦ Bronze beaucoup	◦ **Exposition progressive** ◦ Éviter le soleil entre 12 h et 16 h ◦ **Au soleil, protection recommandée:** chapeau, lunettes de soleil, crème solaire indice FPS protection moyenne (15 à 25)
6		◦ Peau noire ◦ Cheveux noirs ◦ Yeux noirs	◦ Coups de soleil très exceptionnels	

Tableau 1 : Classification de Fitzpatrick [7]

Plus la peau, les cheveux et les yeux d'une personne sont clairs (phototypes I et II), plus le risque de mélanome est important comme nous le verrons par la suite.

B. SOLEIL

1. ASTRONOMIE [8] [9]

Le Soleil est l'étoile située au centre de notre système solaire et autour de laquelle gravitent la Terre, les sept autres planètes, les comètes et les astéroïdes.
La distance Soleil-Terre est d'environ 149,6 millions de kilomètres, ce qui définit l'unité astronomique.
C'est une étoile de type « naine jaune » (1 392 684 kilomètres de diamètre) pratiquement sphérique et qui représente 99,86 % de la masse de notre système solaire.
On y distingue diverses couches : le noyau ou le cœur, la zone radiative, la zone de convection, la photosphère, la chromosphère et sa partie extérieure, la couronne qui est mal définie.
Au sein du noyau la température est de l'ordre de 15 millions de degrés Kelvin et des réactions thermo-nucléaires vont créer de l'énergie solaire qui est responsable des rayonnements solaires.
Il est composé essentiellement de 74 % d'hydrogène et 24 % d'hélium et d'une fraction d'éléments lourds.
Il est âgé d'environ 4,5 milliards d'années et continuera à briller et à augmenter sa luminosité progressivement pendant une durée équivalente avant d'évoluer en étoile géante rouge et finalement s'éteindre.

2. RAYONNEMENT SOLAIRE

2.1 Spectre électromagnétique [9]

L'énergie solaire est d'une importance capitale pour la Terre et notamment pour la vie.
Elle migre lentement par rayonnement et par convection depuis le noyau vers la surface solaire et est émise dans l'espace sous forme de rayonnements électromagnétiques ou photons et de flux de particules. Les rayonnements électromagnétiques se répartissent en plusieurs familles de fréquences et de longueurs d'ondes diverses. Cette répartition se traduit par un spectre électromagnétique (**Figure 3**) qui s'étend des ondes hertziennes (radio, télévision, téléphone) aux radiations ionisantes (rayons gamma, rayons X, rayons cosmiques) en passant par les rayons optiques (l'infrarouge, le visible, l'ultraviolet).

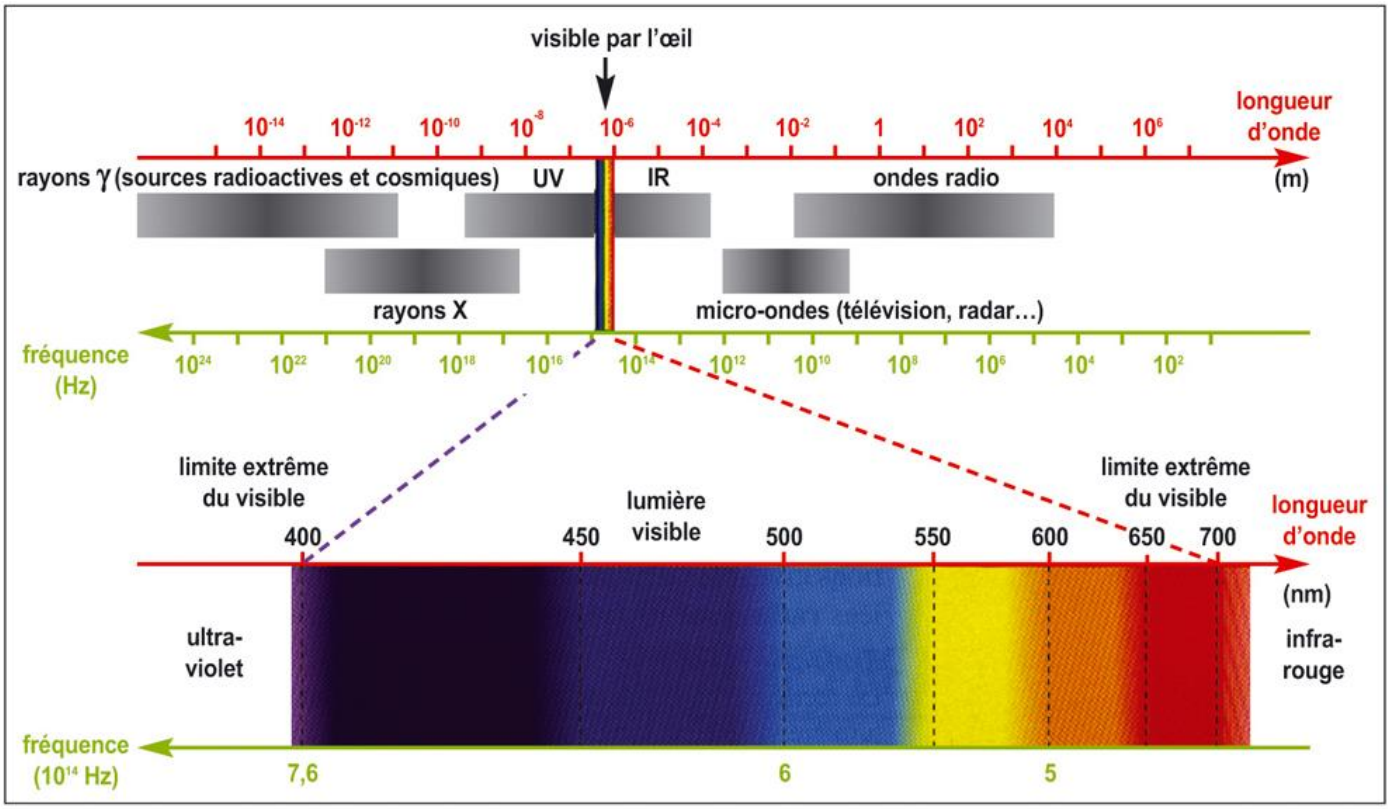


Figure 3 : Le spectre électromagnétique [10]

L'atmosphère terrestre filtre environ le tiers du rayonnement solaire. La couche d'ozone stratosphérique forme une couche qui est située entre 15 et 35 km au-dessus de la surface terrestre, elle arrête les rayonnements les plus nocifs (rayons cosmiques, rayons gamma, rayons X), les UVC et les UVB les plus courts (< 290 nm).

D'autres éléments participent à la filtration du rayonnement solaire : les poussières et les fumées qui atténuent plus ou moins la lumière visible, la vapeur d'eau en suspension, les nuages de la basse atmosphère qui absorbent une partie des infrarouges.

Finalement le rayonnement solaire au sol se compose en moyenne de : 50 % de rayonnement infrarouge, 40% de rayonnements visibles et de 10 % de rayons Ultra-Violets (UV) qui sont les plus énergétiques.

2.2 Rayons UV [8 11 12]

Dans cette étude, ce sont les rayons UV qui nous intéressent plus particulièrement car on sait désormais qu'une exposition excessive augmente le risque de développer un cancer cutané.
En effet, ils provoqueraient des effets néfastes sur les cellules cutanées en altérant leurs membranes et leur noyau mais aussi en cassant leur ADN.

- **Classification des rayons UV :**

Les rayons UV sont divisés en 3 types et se distinguent par leurs longueurs d'ondes, leur intensité et leur capacité à pénétrer la peau plus ou moins profondément :

- **UVA** : de longueurs d'ondes plus longues (315 à 400 nm). Peu énergétiques. Non filtrés par la couche d'ozone, ils représentent 95 % des UV qui arrivent à la surface de la Terre.

- **UVB** : de longueurs d'ondes moyennes (280 à 315 nm). Très énergétiques. Ils sont partiellement filtrés par la couche d'ozone, ils représentent 5 % des UV qui arrivent sur Terre.

- **UVC** : de longueurs d'ondes plus courtes (100 à 280 nm). Très énergétiques. Totalement filtrés par la couche d'ozone stratosphérique.

Selon la relation de Planck : les radiations électromagnétiques sont d'autant plus énergétiques et inductrices d'effets biologiques que leur longueur d'onde est plus courte.
La pénétration des rayons UV augmente donc avec la longueur d'onde (UVA > UVB > UVC) tandis que l'énergie diminue avec la longueur d'onde (UVA < UVB < UVC).

- **Intensité des rayons UV :**

Le rayonnement UV dépend de plusieurs facteurs environnementaux :

- La hauteur du soleil : plus le soleil est haut dans le ciel plus le rayonnement UV est important, ce dernier montre donc des variations au cours de la journée et au cours de l'année.

- La latitude : plus on se rapproche de l'équateur, plus le rayonnement UV est intense.

- Les conditions météorologiques : lorsque le ciel est limpide le rayonnement UV atteint son intensité maximale, cependant même avec une couverture nuageuse, elle peut être élevée.

- L'altitude : à haute altitude la couche d'atmosphère, plus fine, filtre moins les UV. L'intensité de ces derniers augmente donc de 10 à 12 % tous les 1 000 mètres d'altitude.

- L'ozone : elle représente le principal filtre qui permet d'absorber une partie du rayonnement UV, qui autrement atteindrait la surface de la Terre. La concentration de l'ozone varie au cours de l'année, au cours de la journée et en fonction de la pollution. Mais du fait de l'activité humaine : cette protection disparait peu à peu.

- La réverbération au sol : le rayonnement UV est plus ou moins réfléchi ou dispersé en fonction de la nature de la surface par exemple : un sol enneigé réfléchit entre 75 et 95 % du rayonnement UV, une plage de sable environ 15 à 45 %, l'eau environ 5 à 10 % et l'herbe environ 3 %.

L'intensité des rayons UV reçu au sol par le sujet est aussi la résultante de trois rayonnements : le rayonnement direct, le rayonnement diffusé et le rayonnement réfléchi par le sol.

- **Effets des rayons UV :**

Les effets des rayons UV au niveau de la peau sont pour 80 % déclenchés par les rayons UVB et pour 20 % par les rayons UVA.

Les UVB et UVA agissent chacun à leur façon :

- 70 % des UVB sont arrêtés par la couche cornée, 20 % atteignent le corps muqueux et 10 % le derme superficiel. Ils agissent directement sur l'ADN en provoquant des mutations irréversibles au niveau des gènes des cellules à l'aide de radicaux libres et d'Espèces Réactives de l'Oxygène (ERO).

- La majorité des UVA traverse la couche cornée, mais seul 20 à 30 % atteignent le derme.
Ils agissent principalement par un mécanisme indirect à l'origine de réactions de photosensibilisation et induisent la libération d'ERO qui altèrent les membranes cellulaires et les noyaux.

3. SYMBOLIQUE, MYTHES ET RELIGIONS [13]

Le Soleil a toujours occupé une place centrale au sein de toutes les cultures humaines.
C'est un symbole très puissant souvent représenté sous la forme de divinités de genre masculin :

- Dans l'Égypte Antique, Héliopolis était une citée vouant un culte au Soleil. Celui-ci était considéré comme étant à l'origine de la création du monde et était adoré sous trois aspects différents : le soleil levant (*Khépri*), le soleil à son zénith (*Rê*) et le soleil couchant (*Atoum*).
Ces trois divinités finissaient par se confondre en une seule divinité représentée par l'Astre Solaire qui renaissait chaque jour pour disparaître chaque soir et continuait ainsi son cycle éternel.

- Dans la Grèce Antique : *Hélios* était la personnification du Soleil lui-même, frère de l'Aurore (*Éos*) et de la Lune (*Séléné*). C'était un jeune homme d'une très grande beauté, à la chevelure d'or. Chaque matin, précédé par le char de l'Aurore, il s'élançait sur son attelage de feu, depuis le pays des Indiens, sur une route étroite qui suivait le milieu du ciel. Puis baignait ses chevaux fatigués dans l'Océan le soir pour enfin regagnait l'Orient sous la Terre la nuit.
D'une génération antérieure aux Olympiens, il est quelque peu éclipsé par *Apollon*, fils de *Zeu*s et de la Titane *Léto*.

- Dans la Mythologie romaine, *Sol* était l'équivalent d'*Hélios* : dieu du soleil, de la lumière et de la chaleur. Frère de *Luna*, il symbolisait le cycle des saisons. Les romains consacraient le dimanche au Soleil et l'on retrouve cette notion dans les mots anglais et allemand « Sunday » et « Sonntag ». Par ailleurs *Sol* est à l'origine étymologique du mot Soleil.

- Les Aztèques se considéraient comme le peuple élu du Soleil, pour eux le dieu du Soleil et de la Guerre se nommait *Huitzilopochtli*, ils étaient chargés d'en assurer la marche en le nourrissant.

- Certains peuples considéraient le soleil comme un principe féminin, c'est le cas des japonais pour qui le Soleil s'appelait *Amaterasu ō-mi-kami* la « grande auguste divinité qui luit au ciel » sœur de *Tsukuyomi*, déesse de la Lune. Le Japon est aussi connu sous le nom de « Pays du Soleil Levant ».

- De Grandes personnalités ont associé le Soleil à eux-mêmes comme le Roi Louis XIV surnommé le « Roi-Soleil ».
La famille impériale japonaise se targuait aussi de descendre d'*Amaterasu*.

4. GEOCLIMATOLOGIE DU DEPARTEMENT DES ALPES MARITIMES [14] [15]

Le département des Alpes-Maritimes a connu 2 720 heures d'ensoleillement en 2013 (**Figure 4**), contre une moyenne nationale des départements de 1 819 heures de soleil. Le département des Alpes-Maritimes a bénéficié de l'équivalent de 113 jours de soleil en 2013. Le département se situe à la position n°3 du classement des départements les plus ensoleillés.

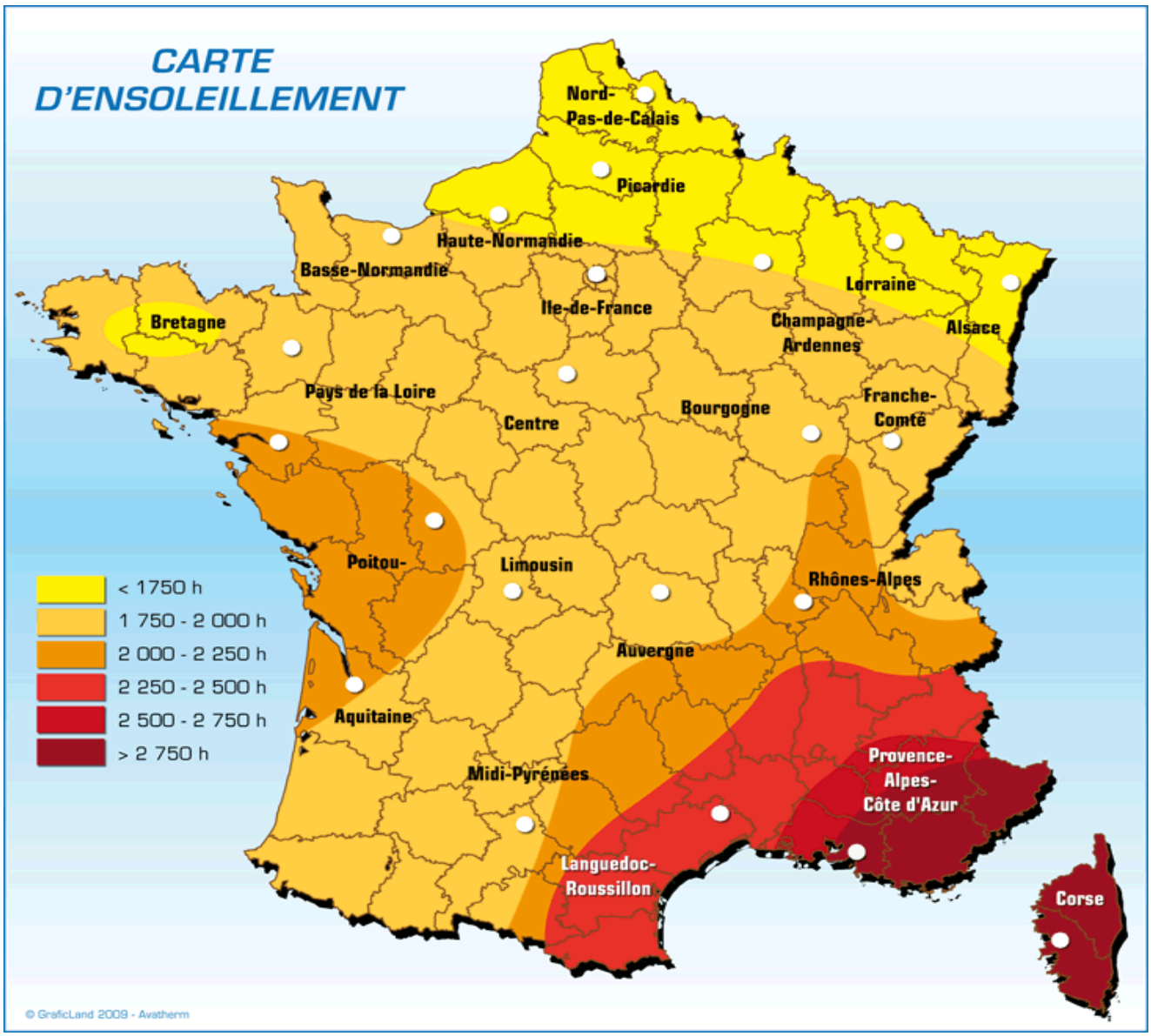


Figure 4 : Nombres d'heures d'ensoleillement par département [16]

5. INDICE UV [17] [18] [19]

L'indice universel de rayonnement solaire ou indice UV (IUV) exprime l'intensité du rayonnement UV solaire qui atteint la surface terrestre, cela permet donc d'évaluer le risque de survenue de lésions cutanées en cas d'exposition solaire.

Il correspond à une échelle universelle dont la création résulte d'un travail commun entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[20], le Programme des Nations Unies sur l'Environnement (UNEP), l'Organisation Météorologique Internationale (WMO) et la Commission Internationale de la Protection Contre les Rayonnements Non Ionisants (ICNIRP) dans le cadre d'un projet mondial concernant le rayonnement UV appelé « INTERSUN ». [21]

Son évaluation repose sur une modélisation numérique de mesures satellitaires qui permet de prévoir l'intensité du rayonnement UV à différentes altitudes en fonction de plusieurs paramètres (intensité du rayonnement solaire, épaisseur de la couche d'ozone, nuages, altitude et latitude, moment de la journée). L'IUV prévu est une valeur représentative pour la tranche 12 à 16heures, il atteint son maximum par ciel clair à l'heure du « midi solaire » (14 heures en France) et pendant le solstice d'été, c'est-à-dire autour du 21 juin sous nos latitudes.

Les IUV sont répartis en cinq classes allant de 0 à 11 + : 0 à 2 inclus (risque faible), 3 à 5 (risque modéré), 6 à 7 (risque fort), 8 à 10 (risque très fort), et enfin supérieurs à 11 (risque extrême), les valeurs estivales maximales en France métropolitaine ne dépassent pas en général 9, mais peuvent atteindre des niveaux plus élevés en altitude et sur les plages.

C'est un donc un outil pédagogique de sensibilisation du public au risque d'exposition au rayonnement UV et d'alerte sur la nécessité des mesures de photoprotection.
Les prévisions de l'IUV sont diffusées avec les prévisions météorologiques pendant toute la période estivale et sont disponibles toute l'année sur le site de Météo-France [22] (**Figure 5**).



Figure 5 : Indice UV Carte Météo France [22]

6. <u>BIENFAITS</u> [23]

- **Photothérapie :**

Le mécanisme d'action repose sur l'augmentation des défenses naturelles par augmentation de l'épaisseur cutanée et de la pigmentation par production de mélanine mais surtout sur les effets immunosuppresseurs induits par les radiations UV.
Son action thérapeutique est utilisée dans de nombreuses photodermatoses : la première indication est le traitement du psoriasis, mais elle est aussi utilisée pour traiter eczéma de contact, dermatite atopique, vitiligo, lichen plan, mycosis fongoïde, lymphome, pelade, ictère néonatal, etc…
Exemples : Puvathérapie et photothérapie UVB.

- **Luminothérapie :**

Rôle dans le maintien de l'humeur et dans la sensation de bien-être, fonction bénéfique la plus reconnue par la population.

- **Photo-chronobiologie :**

Le soleil est un synchronisateur externe par rapport à notre horloge biologique et permet la régulation de nombreux paramètres : sécrétion hormonale (cortisol), état d'éveil, de vigilance, température corporelle, métabolisme, etc…

- **Synthèse de la vitamine D** : [19 24 25]

Lors de l'exposition aux UVB la peau va synthétiser de la vitamine D3 qui est le précurseur de la forme active de la vitamine D appelée 1,25-dihydroxy-vitamine D3 (1,25-OH-D3) ou calcitriol.
Les UVB agissent sur les kératinocytes qui vont transformer par isomérisation du 7-déhydrocholestérol (7-DHC) en provitamine D3. Puis sous l'effet de la chaleur, la provitamine D3 est soit transformée en vitamine D3, soit convertie en dérivés inactifs.
Ensuite la vitamine D3 est transportée dans le sang jusqu'au foie où elle est hydroxylée en 25-hydroxy-vitamine D3 (25-OHD3) et enfin dans les reins où elle sera transformée en 1,25-OH-D3.

Cette forme active joue un rôle majeur dans la minéralisation osseuse, le métabolisme phosphocalcique et le maintien de l'homéostasie calcique. Mais elle est également impliquée dans la production hormonale, la régulation endocrinienne, la modulation de la réponse immunitaire et le contrôle de la prolifération cellulaire et de la différenciation.

D'après les estimations, des expositions brèves et régulières de 15 à 20 minutes par jour, de 25 % de la surface corporelle (bras et tête ou avant-bras et jambes) assurent une synthèse cutanée suffisante permettant de couvrir les besoins nécessaires de 1,25-OH-D3 estimés à des doses de 1000 unités internationales (UI) par jour. Au-delà, cette production atteint un plateau rapidement et la vitamine D3 est détruite par un mécanisme d'autorégulation pour éviter toute toxicité liée à un surdosage. Ainsi, il est inutile de rechercher à augmenter son taux de vitamine D par une exposition prolongée aux UV.
De telles expositions courtes et répétées ne vont pas à l'encontre des messages de prévention solaire.

L'interprétation du statut vitaminique d'une population est difficile car il n'existe pas de définition homogène. Seul l'état de « carence » a été clairement corrélé à un état clinique particulier (augmentation du risque de pathologies osseuses : l'ostéomalacie chez l'adulte et le rachitisme chez l'enfant).
Et cet état de carence en 1,25-OH-D3 est souvent retrouvé dans la population française
En effet, on observe une grande variation interindividuelle dans la synthèse cutanée de la vitamine D3 :
- chez les sujets âgés, la quantité de 7-DHC dans les kératinocytes est diminuée ils doivent donc s'exposer au soleil de façon plus fréquente et prolongée.
- pour une même dose d'UVB, la quantité de vitamine D3 produite est d'autant plus faible que la densité de mélanine est importante. Et donc lors de l'exposition solaire, les individus de phototype clair (I, II), ont un meilleur rendement de synthèse comparé à ceux dont le phototype est foncé (V, VI).

Des recommandations ont donc été établies pour prévenir l'état de carence en vitamine D pour certaines populations à risque (nouveau-nés, femmes enceintes, enfants, personnes âgées).
Par exemple : les nourrissons sont supplémentés oralement dès leur naissance par des mélanges vitaminiques.

7. MEFAITS

7.1. Effets biologiques sur la peau [9] [26]

Les effets des UV dépendent en grande partie de l'absorption de ceux-ci par des molécules cibles appelées chromophores qui vont déclencher des réactions photochimiques au niveau de la peau.
Ces effets sont divisés en fonction de leur délai d'apparition :

- **Phénomènes précoces :**

- L'**action calorique** est secondaire aux infrarouges, pénétrant profondément dans le derme, provoquant une vasodilatation avec érythème immédiat et une élévation de la température cutanée. La thermorégulation de l'organisme est alors assurée par la sécrétion sudorale cependant en cas de surexposition cela peut entrainer un risque d'insolation puis de coup de chaleur (hyperthermie, troubles de la conscience) particulièrement chez l'enfant et le vieillard en cas surexposition.

- La **pigmentation immédiate ou phénomène de Meirovsky** est secondaire à l'action des UVA et du visible (320-700 nm). Elle apparaît quelques minutes après l'exposition et ne dure que quelques heures. Elle correspond à une photo-oxydation des précurseurs de la mélanine et à une dispersion des mélanines dans les kératinocytes.

- **Phénomènes retardés :**

- L'**érythème actinique ou « coup de soleil »** survient quelques heures après une exposition solaire prolongée et intense. Avec une intensité maximale à la 24ème heure.
Il peut présenter quatre stades de sévérité fonction de la dose solaire reçue et du phototype :
    - érythème rosé,
    - érythème rouge vif,
    - érythème cyanique,
    - érythème œdémateux, bulleux et douloureux.

C'est une pathologie bénigne et connue de tous, qui est fréquemment rencontrée par le médecin généraliste lors de la saison estivale.
Le spectre d'action de l'érythème se situe dans l'UVB. Les UVA sont également érythématogènes mais nécessitent des doses 1 000 fois supérieures pour déclencher un érythème similaire.

- Le **bronzage ou pigmentation adaptative**, est induit par les UVA et les UVB ; il apparaît 2 ou 3 jours après l'exposition et atteint son maximum au bout de 3 semaines. Il résulte de plusieurs phénomènes que nous allons détailler par la suite.

- **Autres phénomènes retardés** : photodermatose et photosensibilisation, phototoxicité (médicaments, parfums), photoallergie, lucite estivale (surtout chez les femmes lors de la saison estivale : lésion cutanée à type d'éruption qui apparait la plupart du temps sur le décolleté, zone où la peau est assez fine), urticaire solaire, mélasma/masque de grossesse (chez les femmes enceintes), infection virale (herpes virus), lupus, rosacée, acné.

- **Effets à long terme :** [9 11]

Ils sont dose-dépendants, cumulatifs au fil des années, fonction de la quantité totale d'UV reçus et de la qualité de la photoprotection naturelle de l'individu. Ils comprennent :

- le **photovieillissement cutané ou héliodermie** :

Il représente les dommages cutanés qui siègent sur les zones photo exposées (surtout le visage et le dos des mains). Les taches pigmentées, les rides et les télangiectasies constituent les premières manifestations de l'exposition solaire chronique.
La peau devient ensuite épaissie, jaunâtre, plus sèche, les rides se creusent et une pigmentation irrégulière apparaît associant des tâches hyper et hypopigmentées, des éphélides et des lentigos actiniques. Enfin, peuvent apparaître des kératoses actiniques et des carcinomes.
Les nombreux mécanismes de réparation cutanée qui existent sont progressivement débordés car les rayons UV qui induisent un stress oxydatif et des dommages chroniques de l'ADN nucléaire et mitochondrial accélérant ainsi le processus physiologique de sénescence cellulaire et la survenue de mutations génératrices de cancers.

- la **photocarcinogenèse** :

Elle correspond à l'ensemble des processus impliqués dans la formation des cancers cutanés (carcinomes basocellulaires (CBC) et carcinomes spinocellulaires (CSC) et mélanomes) provoqués par l'exposition solaire ou à des sources lumineuses artificielles (cabines UV).
Les arguments épidémiologiques et cliniques permettant d'imputer aux rayons UV le développement de ces cancers sont nombreux : prédominance sur les zones photo-exposées et chez les individus de phototype clair, rareté ceux de phototype foncé, plus grande incidence dans les pays à fort taux d'ensoleillement, etc…

7.2. Autres effets biologiques

- Sur la vision : la plupart des rayons UVB sont absorbés par la cornée de l'œil alors que les rayons UVA traversent la cornée et sont absorbés par le cristallin. Cela entraine donc de nombreuses pathologies : photo-kérato-conjonctivite aigue et rétinopathie solaire aigue à court terme puis cataracte et dégénérescence maculaire liée à l'âge sur le long terme.
- Déshydratation, coup de chaleur, etc…

8. LE BRONZAGE

8.1 Historique

Pendant des millénaires : l'aspect bronzé de la peau avait une connotation défavorable car assimilé et associé à l'esclavage, à la servitude, au manque d'éducation et à la notion de classes inférieures.
Au temps de la Grèce Antique, les athéniennes s'enduisaient la peau du visage avec du blanc de céruse pour lui donner un aspect blanc.
Plus tard, au XVII ème siècle, le courant précieux qui comprenait l'aristocratie, considérait que la peau mate devait être réservée aux roturiers, paysans, soldats et marins.
Ce n'est qu'à la fin du XIX ème siècle, avec le courant hygiéniste, que la tendance va s'inverser. Les bienfaits du soleil vont être mis en évidence ; des bains de lumière sont alors prescrits aux personnes anémiées et rachitiques mais la mode n'est toujours pas à la peau bronzée.
En 1936, le Front Populaire va instaurer les congés payés, dès lors la tendance va s'inverser et l'exode estivale vers les régions ensoleillées commence : les plages se remplissent et les corps se dénudent.
De plus le développement du réseau routier et ferroviaire favorise cette tendance.
Après la Seconde Guerre Mondiale, commencent les "Trente Glorieuses" : période de forte croissance économique et de nombreuses avancées sociales. Les congés payés passent alors de une à trois semaines.
Les vacances se divisent en vacances d'hiver à la montagne et vacances d'été sur les plages.
Le soleil devient synonyme de loisirs, d'activités sportives et de vacances.
Des expressions comme « juilletistes et aoûtiens» apparaissent.
Puis dans les années 1970-1980 ce sont les séjours dans des régions tropicales qui se démocratisent grâce à la baisse des prix du transport aérien.
Par la suite de nombreux centres de bronzage se sont développés dans les villes.
Devenir hâlé et bronzé devient un marqueur sociale de réussite et un signe de bonne santé.
La notion de danger vis à vis du soleil n'apparaît que tardivement dans notre société, d'où la difficulté à modifier les comportements et les habitudes des patients.

Dans une étude de 2005 [27], menée sur les comportements des adultes vis-à-vis du soleil, le fait d'être bronzé était apprécié par 47% de la population étudiée alors que pour l'autre moitié, cela n'avait pas d'importance. Les femmes aimaient être bronzées car elles trouvaient que cela les rendait plus belles, quant aux hommes, ils n'y attachaient en général pas d'importance. Les personnes âgées au contraire n'aimaient pas être bronzées.
Par ailleurs, le bronzage n'était pas une mode pour 74% de la population et n'était pas spécialement un signe de bonne santé pour 67%.

8.2. Physiologie [3]

Sous l'action des UV : il va y avoir une néo-synthèse de mélanine par les mélanocytes associée à une accélération du transfert de celle-ci aux kératinocytes, suivie d'une augmentation du nombre des mélanosomes qui persistent dans les couches superficielles de l'épiderme. Finalement, lorsque l'exposition solaire se prolonge, le nombre des mélanocytes augmente.
Le teint va alors se brunir et filtrer en partie les rayons UV.
Il joue donc un rôle léger dans la photoprotection naturelle, qui sera détaillé par la suite.

C. PHOTOCARCINOGENESE

1. TUMEURS BENIGNES ET KERATOSE ACTINIQUE

Les principales tumeurs bénignes de la peau sont les grains de beauté.

- Le **grain de beauté ou nævus nævocellulaire** : [28]

Dans l'immense majorité des cas c'est une lésion acquise et due à une prolifération de mélanocytes à la jonction dermo-épidermique.

Le nombre, la taille, la forme et la couleur varient selon les personnes. Un nævus typique est soit de couleur brun clair/foncé, soit de couleur chair. Sa teinte est uniforme et les contours sont bien définis. Sa forme est habituellement circulaire ou ellipsoïdale, plate ou légèrement bombée, il mesure habituellement moins de 6 millimètres de diamètre.

Le nævus peut être présent sur toute la surface cutanée et les muqueuses. Généralement, les nævus apparaissent progressivement au cours de l'enfance et se développent entre 5 et 15 ans, leur nombre augmente jusqu'à environ 35 ans, pour atteindre 15 nævus en moyenne dans la population caucasienne. Ils sont parfois présents dès la naissance, on dit alors qu'ils sont congénitaux.

Plusieurs études épidémiologiques montrent que le nombre de nævi présents chez un patient est lié à des facteurs constitutionnels mais aussi à l'importance des expositions solaires dans l'enfance et l'adolescence, qu'il s'agisse d'expositions répétées ou aiguës. Des antécédents de coups de soleil sont souvent trouvés chez les patients ayant des nævi nombreux et/ou atypiques.

Il y a souvent une confusion entre nævus et mélanome car les mélanomes peuvent parfois ressembler à un nævus et d'autres fois naître au sein d'un nævus préexistant.

- **Les kératoses actiniques :** [29] [30] [31]

Elles se définissent histologiquement par une augmentation du nombre et de la taille des cellules de la couche basale, avec des mitoses plus fréquentes, le tout donnant un aspect festonné à la jonction dermo-épidermique. Il en résulte un trouble de la kératinisation, qui se traduit par une parakératose compacte et adhérente, qu'on palpe et qu'on voit cliniquement.
L'aspect est celui de lésions rugueuses, d'épaisseur variable, parfois planes, d'un diamètre de l'ordre du centimètre ou inférieur, plus ou moins érythémateuses, parfois pigmentées, revêtues d'une kératine jaunâtre ou brunâtre adhérente. Il s'y associe le plus souvent une inflammation du derme superficiel. Elles se développent sur les zones photo-exposées (visage, dos des mains, cuir chevelu, etc…) des personnes âgées

On distingue en pratique les kératoses actiniques isolées, ou en petit nombre, et les kératoses actiniques multiples, confluant parfois en nappes (cuir chevelu alopécique).
Leur évolution peut relever de trois modalités : la disparition spontanée, la persistance ou la progression vers un carcinome spinocelullaire conduit à les considérer comme précurseurs précancéreux.

2. TUMEURS MALIGNES [32] [33]

La surexposition aux rayons UV est un facteur de risque majeur du développement des cancers de la peau (mélanome cutané, carcinomes basocellulaires et spinocelullaires).

2.1 Carcinome basocellulaire et spinocellulaire

- **Carcinome basocellulaire :**

➢ Épidémiologie

Le CBC représente 80% des carcinomes cutanés chez l'homme de peau blanche.
Le sex-ratio homme/femme est de 1,3.
La moyenne d'âge de survenue est située entre 50 et 60 ans.
L'exposition solaire aux UV est le facteur étiologique majeur.

➢ Diagnostic

La lésion élémentaire est la perle : petite voussure translucide de 1 à 5mm environ et parfois télangiectasique. La confirmation diagnostique se fait par biopsie cutanée.
Dans 85% des cas il est localisé sur la tête et le cou et les 15 % restants essentiellement sur le tronc. Les muqueuses ne sont jamais atteintes.

➢ Évolution

La croissance est lente et quasi exclusivement locale au niveau du derme, les métastases étant exceptionnelles. Cependant, les CBC peuvent envahir et détruire les structures voisines osseuses ou viscérales.

➢ Traitement

La guérison définitive des CBC est assurée dans 95 % des cas, quel que soit le moyen thérapeutique utilisé. Le traitement doit être choisi en fonction du contexte (caractère de la tumeur, âge du patient, problèmes anesthésiques, traitements anticoagulants...).
Il existe deux grands principes de traitement : l'exérèse de la tumeur et la destruction in situ.

- **Carcinome spinocellulaire ou carcinome épidermoïde cutané :**

➢ Épidémiologie

Le CSC représente environ 20 % des carcinomes cutanés, il se développe aux dépens des kératinocytes épidermiques. Il survient plutôt sur des lésions dysplasiques cutanées préexistantes tels que les kératoses actiniques mais peut se développer n'importe où sur le tégument ou muqueuses.
L'incidence des CSC augmente avec l'âge.
Le sex-ratio homme/femme est de 2.
La moyenne d'âge de survenue est située entre 60 et 70 ans.

Facteurs favorisants :
- dose cumulative d'exposition solaire et phototype clair.
- infection à Papillomavirus (surtout HPV16 ou HPV18)
- autres : puvathérapie, génodermatoses (xéroderma pigmentosum), cicatrices préexistantes, ulcères de jambe, radiothérapie et immunodépression congénitale ou acquise.

➢ Diagnostic :

La lésion débutante est une petite tumeur dure, kératinisée, à base infiltrée qui évolue rapidement vers une tumeur saillante avec ulcération indolore à fond dur et à bordure surélevée, à base infiltrée, qui saigne spontanément ou au toucher. Parfois, des grains jaunâtres ou vermiotes (filaments de kératine ou matériel nécrosé) sont obtenus par pression sur les bords de l'ulcère.
Le diagnostic est confirmé histologiquement.
Il existe différentes formes topographiques :
- Carcinome de la lèvre : il représente 50 % des CSC de la face. Il siège pratiquement toujours sur la lèvre inférieure qui est exposée au soleil. Les autres facteurs de risque sont : le tabagisme et le mauvais état buccodentaire.
- Carcinome vulvaire : il est peu fréquent et survient surtout après la ménopause.
- Carcinome de la verge.
- Carcinome péri-unguéal.

➢ Évolution et pronostic :

Le CSC est un cancer agressif, en l'absence de traitement, l'évolution se fait vers l'extension locorégionale puis vers la dissémination métastatique pouvant entrainer la mort. Les premières métastases sont lymphatiques dans le territoire ganglionnaire satellite de la tumeur. Le risque de métastase à 5 ans est d'environ 5 % et 85% des récidives locales ou des métastases surviennent dans les 5 ans.

➢ Traitement :

Le traitement du CSC se fait par chirurgie ou par radiothérapie.
En présence d'une adénopathie cliniquement pathologique, une adénectomie avec examen histologique extemporané s'impose. En cas de positivité, ce geste est suivi d'un évidement ganglionnaire complet + radiothérapie.
En cas de métastases viscérales : polychimiothérapie.

2.2 Mélanome

- **Epidémiologie :** [34] [35]

Parmi l'ensemble des cancers, le mélanome a la plus forte augmentation d'incidence sur les trois dernières décennies surtout dans des populations blanches de différents pays du monde.
La situation est identique en France devenant un problème majeur de Santé Publique. C'est le cancer cutané lié au soleil le plus mortel avec un pronostic très sombre en cas de stade métastasique.

Voici quelques chiffres pour l'année 2012 en France Métropolitaine :

➢ Incidence :

- 11 176 nouveaux cas de mélanomes cutanés estimés (5 429 hommes et 5 747 femmes).
- Le mélanome cutané se situe respectivement au 9ème range chez l'homme et au 6ème rang chez la femme en termes de nombre de cas.
- Âge médian au diagnostic = 64 ans chez la femme et 61 ans chez l'homme.
- Taux d'incidence (standardisé monde) estimé = 10,8 pour 100 000 hommes et 11,0 pour 100 000 femmes. Avec une augmentation de 4.7% par an entre 1980 et 2012 chez l'homme et de 3.2% chez la femme.

C'est le premier des cancers en terme d'augmentation de l'incidence mais ces chiffres sont à nuancer cette croissance peut être rattachée à un meilleur dépistage et diagnostic.

➢ Mortalité :

- 1 672 décès par mélanomes cutanés estimés (954 hommes et 718 femmes).
- Taux de mortalité (standardisé monde) estimé = 1,7 pour 100 000 hommes et 1,0 pour 100 000 femmes.
- La mortalité est en constante augmentation entre 1980 et 2012 cependant cette augmentation est modérée à partir de 2005.
- Âge médian au décès = 69 ans chez l'homme et 74 ans chez la femme.
- Survie nette (diagnostics de mélanome portés entre 1989 et 2004) en 2008 :
    - à 5 ans = 85 % (88 % chez la femme et 82 % chez l'homme) ;
    - à 10 ans = 80 % (83 % chez la femme et 76 % chez l'homme).

La survie diminue avec l'âge au diagnostic et dépend également du stade de la maladie au moment du diagnostic : les survies relatives à 5 ans sont estimées à 88 % et 98 % pour les stades I et II (ou stade local), alors qu'elle est inférieure à 20 % en cas de métastase.
Ceci démontre l'importance du diagnostic précoce.

• **Physiopathologie** : [28 36]

Il se développe à partir des mélanocytes.
Dans 80 % des cas, le mélanome se manifeste par l'apparition d'une tache pigmentée sur la peau saine qui ressemble à un nævus et dans 20 % des cas, par la modification de couleur et de forme d'un nævus préexistant.
On distingue différents types de mélanome de la peau :

➢ Les mélanomes avec phase d'extension horizontale :

- Le **mélanome à extension superficielle** (60-70 % des cas) : tache de contour irrégulier polycyclique, de couleur inhomogène polychrome (noir, marron, rouge, achromique), non palpable ou palpable selon sa phase d'évolution (évolution initiale intra-épidermique horizontale, puis verticale dermique). Croissance lente pendant des mois et années.

- Le **mélanome de Dubreuilh** (10% des cas) : tache pigmentée, inhomogène, allant du noir au marron foncé, observée sur les zones photo-exposées chez le sujet de plus de 60 ans (visage principalement). Croissance lente aussi pendant des mois et années.

- Le **mélanome acral-lentigineux** (2% des cas) : observé sur les paumes ou plantes (tache brune ou noire au contour irrégulier), les bords latéraux des doigts et orteils, sous les ongles (bande mélanique > 6 mm de large, pigmentation irrégulière) et dans les zones cutanées non exposées au soleil.

➢ Les mélanomes sans phase d'extension horizontale :

- Le **mélanome nodulaire** (4 à 18% des cas) : nodule de couleur noire (parfois achromique), ferme, arrondi, pouvant s'ulcérer, se recouvrir d'une croûte, suinter ou saigner. Croissance rapide (semaines à mois) et d'évolution invasive et verticale.

Chaque mélanome est donc unique et se caractérise en fonction : de son épaisseur, de la présence ou non d'une ulcération à sa surface, de son étendue éventuelle aux ganglions les plus proches ou sous forme de métastases dans d'autres organes.
De plus, le mélanome peut se développer parfois au niveau des muqueuses et des zones non photo-exposées ou peu accessibles à l'œil du patient ou d'un examinateur.

- **Facteurs de risque du mélanome :** [37] [38]

Le mélanome est une maladie multifactorielle.
On distingue :
- les facteurs de risque internes, c'est-à-dire constitutifs des individus.
- les facteurs de risque externes, liés à l'environnement et aux modes et conditions de vie.

Facteurs de risque :
- Une exposition au soleil et aux UV artificiels ;
- Un phototype clair, les cheveux blonds ou roux et bronzage difficile ;
- De nombreuses taches de rousseurs ;
- De nombreux nævus (≥ 50) ;
- Des nævus atypiques : larges (+ de 5mm) et irréguliers;
- Des antécédents personnels et familiaux de mélanome ;
- Des expositions répétées et intenses avec de nombreux coups de soleil sévères pendant l'enfance ou l'adolescence.
En effet, avant l'âge de la puberté, la peau n'est pas armée pour se défendre contre les effets des rayons UV. Elle est plus fine et son système pigmentaire est encore immature, ce qui la rend particulièrement vulnérable aux effets cancérigènes.
- Vivre longtemps dans un pays de forte exposition solaire.
- Un mode de vie (profession ou activité de loisir) qui donne lieu à des expositions solaires intenses, prolongées et répétées.

- **Diagnostic :** [36]

La suspicion diagnostique du mélanome est clinique et visuelle (soit à l'œil nu soit à l'aide d'une loupe ou d'un dermatoscope).
Sa reconnaissance est guidée par deux modèles principaux :

- La **méthode ABCDE** : A = Asymétrie ; B = Bords irréguliers, encochés, délimités par rapport à la peau environnante ; C = Couleur inhomogène, du brun clair au noir foncé, des zones blanches où le pigment a disparu, des zones rouges inflammatoires ou des zones cicatricielles bleutées peuvent également être observées ; D = Diamètre > 6mm ; E = Evolution dans la taille, la couleur et l'épaisseur.

Une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si deux de ces critères sont validés (l'évolution étant le critère le plus pertinent).

- Le **signe du « vilain petit canard »** ou méthode cognitive visuelle. Une lésion est considérée comme suspecte si elle est différente des autres nævus du patient qui ont un aspect clinique homogène entre eux.

Toute lésion suspecte de mélanome doit être excisée en vue d'un examen anatomo-pathologique qui permettra
- d'affirmer la nature mélanocytaire de la tumeur.
- d'affirmer la malignité de la tumeur.
- d'évaluer le niveau d'invasion de la tumeur en profondeur dans le derme (phase verticale) avec le niveau de Clark (**Figure 6**).
- de mesurer son épaisseur : indice de Breslow (**Figure 7**), qui est le principal facteur pronostique

L'exérèse doit être chirurgicale et complète, emportant la tumeur dans son entier et bien orientée. Une biopsie partielle d'une lésion pigmentée suspecte n'est pas acceptable sauf si la lésion est de grande taille et dans ce cas-là l'exérèse complète d'emblée entrainerait un préjudice esthétique pour le patient.

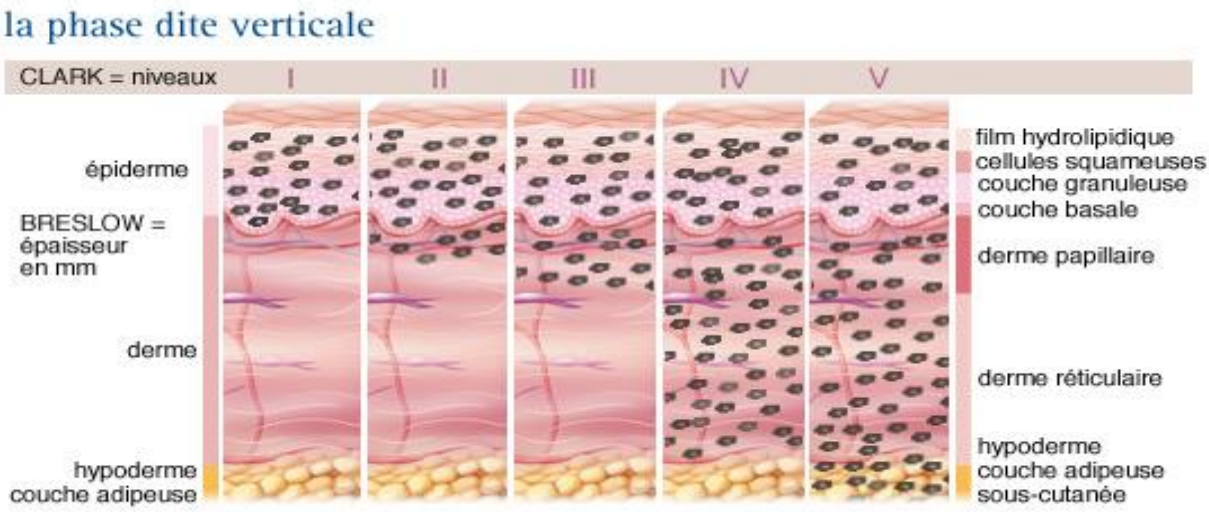


Figure 6 : Indice de Clark [39]

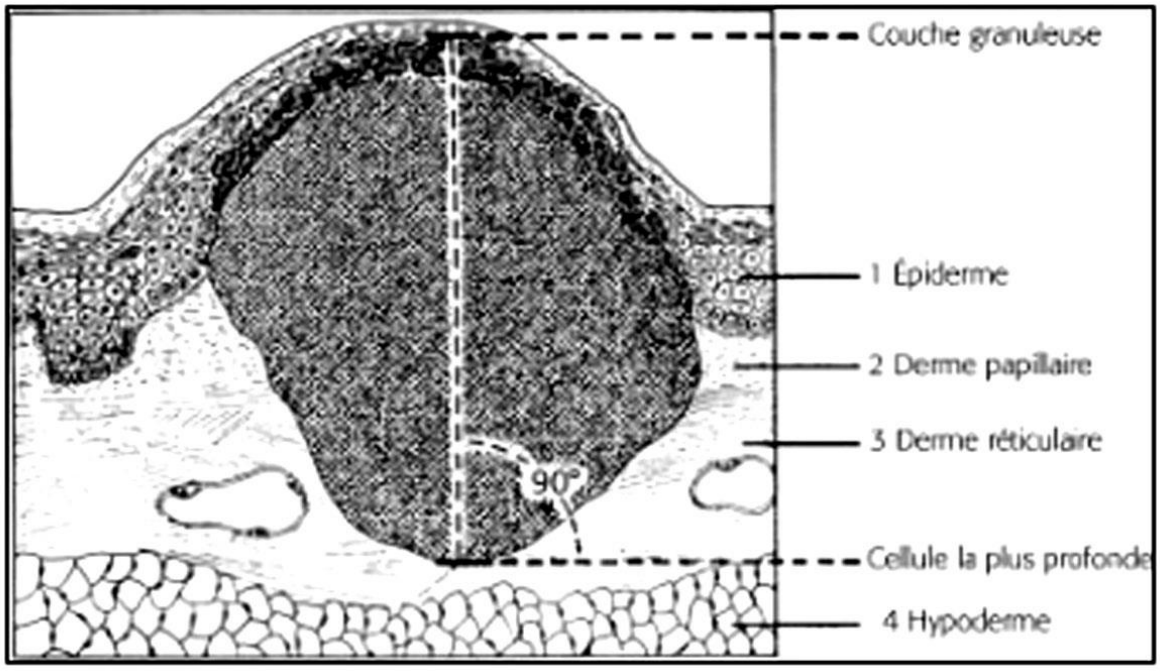


Figure 7 : Indice de Breslow [40]

• **Pronostic :** [28 36]

➢ Les marqueurs pronostiques vont dépendre surtout des caractéristiques histologiques :

- **l'indice de Breslow** : il existe une corrélation presque linéaire entre épaisseur et mortalité.
Le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué sur un mélanome ayant un indice de Breslow faible : efficacité sur la mortalité et/ou le taux de récidives.
Le taux de survie à 5 ans est de 91-95 % lorsque cet indice est < 1 mm et est de 63-79 % lorsqu'il est compris entre 2 et 4 mm.
Le taux de récidives locales, régionales ou à distance est corrélé à l'indice de Breslow.
D'où l'importance d'un dépistage et d'un diagnostic précoce des mélanomes.

- le **niveau de Clark.**

- l'**ulcération** (clinique ou anatomo-pathologique) a une valeur péjorative majeure.

➢ Mais également de facteurs cliniques : le sexe masculin, l'âge avancé et la topographie (tronc, tête et cou) sont de mauvais pronostics.

D. PREVENTION SOLAIRE/PHOTOPROTECTION

La photoprotection correspond à l'ensemble des moyens naturels et/ou artificiels capables de s'opposer aux dommages cutanés UV induits. En dehors de la photoprotection naturelle, nous disposons de la photoprotection interne et de la photoprotection externe.

1. PHOTOPROTECTION NATURELLE [11 26 41 42]

Elle est représentée par l'ensemble des systèmes ou structures cutanés permettant de s'opposer aux effets biologiques cutanés des radiations UV.

1.1 Pilosité

Les poils et les cheveux arrêtent les rayons UV.

1.2 Couche cornée

Les rayons UV induisent une hyperkératinisation par augmentation des mitoses kératinocytaires. Ce phénomène entraine un épaississement de la couche cornée qui devient alors un moyen de photoprotection naturelle.

Les kératinocytes agissent par trois mécanismes : la réflexion, la diffraction et l'absorption des UV inférieurs à 300 nm. Mais ces mécanismes sont limités, multipliant seulement la Dose Erythématale Minimale (DEM : plus petite dose de lumière solaire capable d'induire un érythème net à 24 h de toute la surface cutanée irradiée) par un facteur 3-4.

1.3 Bronzage et phototypes

- Comme vu précédemment le bronzage est un phénomène de protection cutanée secondaire à l'exposition intensive et répétée aux rayons UV. Ces derniers vont entrainer une augmentation de la production de mélanine par les mélanocytes, cette mélanine va être transférée dans les kératinocytes avoisinants grâce aux mélanosomes et leur regroupement autour du noyau de la cellule protège le matériel génétique. De plus, la mélanine dispose de capacité d'absorption, de réflexion et de diffraction des photons. Elle piège aussi les radicaux libres formés.
Le bronzage multiplie la DEM par 10.

- L'efficacité de la photoprotection naturelle d'un individu dépend essentiellement de son phototype (pigmentation constitutive et capacité à développer un bronzage après exposition solaire).
Cette défense pigmentaire est donc variable d'un individu à l'autre, la différence résidant essentiellement dans l'activité des mélanocytes, la taille et la distribution des mélanosomes.
Au sein des mélanines, l'eumélanine qui prédomine chez le sujet brun, est photoprotectrice.
À l'inverse, la phaeomélanine qui prédomine chez le sujet roux est génératrice d'ERO.
La DEM du sujet noir est de 15 à 60 fois plus élevée en moyenne que la DEM du sujet blanc.

1.4 Systèmes de réparation enzymatique de l'ADN

Ils permettent de maintenir l'intégrité de l'ADN et d'éviter la survenue de mutations photo-induites. Mais les capacités de ces systèmes de défense sont variables selon les individus et ne sont pas inépuisables : en cas d'expositions intenses et répétées, les cellules endommagées ne sont plus réparées correctement et des mutations à l'origine des cancers cutanés peuvent se produire. On parle alors de « capital solaire épuisé ».

2. PHOTOPROTECTION INTERNE [26 42]

Elle a pour objectif de renforcer les mécanismes de photoprotection naturelle.

- La photoprotection médicamenteuse : repose sur des traitements utilisés dans certaines photodermatoses mais leur utilisation est encore expérimentale chez le sujet sain.
Exemples : les caroténoïdes, les antipaludéens de synthèse, l'acide para-amino-benzoïque, le thalidomide.

- La photoprotection diététique et antiradicalaire : repose sur la prise de substances photoprotectrices par le biais de l'alimentation.
Exemples : les acides gras polyinsaturés oméga-3 (poissons gras et différentes huiles végétales), polypodium leucotomos (fougère), les flavonoïdes (extraits de thé vert) et les associations d'antioxydants (vitamines A, E et C, sélénium, β-carotène).

3. PHOTOPROTECTION EXTERNE [26 41 42]

3.1 Photoprotection comportementale

En évitant les expositions solaires prolongées, répétées, pendant les heures à risque (entre 12h et 16 h) où le rayonnement est le plus intense.
En recherchant l'ombre : arbres, parasol…etc.

3.2 Photoprotection vestimentaire et optique

- Chapeau à larges bords protégeant les oreilles, le nez, le front et le cou.

- Protection des yeux avec le port de lunettes de soleil enveloppantes de préférence et de normes CE3 ou CE4 pour une protection optimale.

- La protection vestimentaire varie en fonction de plusieurs paramètres : la texture, la couleur, l'épaisseur, le tissage, le type de fibres, le degré d'humidité, le degré d'usure, le degré d'étirement.
Ces paramètres permettent de définir un Facteur de Protection UV des tissus (UPF).
Par exemple : les couleurs foncées sont plus efficaces que les claires, un vêtement humide voit son efficacité se réduire…etc.

3.3 Produits de Protection Solaire (PPS) [43 44]

Ils existent sous différentes formes : solutions, laits, crèmes, gels, huiles, sprays et sticks.
Ils sont composés de :
- molécules actives qui s'opposent à la pénétration des photons (filtres ou écrans).
- d'un excipient qui conditionne : la concentration des molécules actives, les propriétés d'étalement et la substantivité (capacité d'adhérence à la couche cornée).
- d'additifs (anti-oxydants par exemple).

Le PPS peut contenir également des conservateurs, des parfums et des colorants qui peuvent êtres allergisants.

Selon les critères définis par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) [45] [46] un produit ne pourra revendiquer le statut de PPS que s'il réunit l'ensemble des trois critères suivants :

- fournir un Facteur de Protection Solaire (FPS) (UVB) de minimum 6.
- assurer une protection UVA minimale équivalente à 1/3 du FPS indiqué sur l'étiquetage.
- couvrir les UVA les plus longs, ce qui correspond à une longueur d'onde critique minimale de 370 nm.

• Les PPS sont classés selon leur FPS en quatre catégories :

- Faible : indices FPS affichés de «6», «10».
- Moyenne : indices FPS affichés «15», «20», «25».
- Haute : indices FPS affichés «30», «50 ».
- Très Haute : indice FPS affiché «50+».

• Plusieurs facteurs influencent l'efficacité des PPS :

- FPS : mesuré à partir de la protection contre le coup de soleil avec comme paramètre la DEM.
Le FPS informe uniquement sur la protection contre les UVB.
- la quantité appliquée.
- l'horaire et la fréquence : il recommandé d'appliquer le produit 20 minutes avant le début de l'exposition puis d'en réappliquer toutes les 1h30-2 heures et après chaque baignade.
- utilisateur-dépendante

Par ailleurs, il a été démontré que l'application régulière de PPS n'entrainait pas de carence en vitamine D. [25]

4. SANTE PUBLIQUE/CAMPAGNE DE DEPISTAGE

Chaque été le Ministère de la Santé via l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé **(**INPES) et l'Institut National du Cancer (INCa), lance une campagne de prévention sur les risques solaires dans le cadre de sa politique de Santé Publique.
L'OMS participe aussi à la prévention via le projet « INTERSUN ».

- L'INPES est un Etablissement Public Administratif français sous la tutelle du Ministère de la Santé. Sa mission est de diffuser des messages de prévention et d'éducation sur l'ensemble du territoire français par le biais des médias.
La dernière campagne en date, s'intitulait « se protéger du soleil, c'est protéger sa santé.»[47] [48], elle s'est déroulée du 1er juillet 2014 au 1er septembre 2014.
Elle mettait l'accent sur la pédagogie et la responsabilisation de chacun en expliquant avec l'aide d'un personnage, le « *Professeur Pourquoi* », les raisons d'adopter les gestes de prévention.

Cette campagne avait pour objectif de favoriser la mémorisation des conseils principaux de prévention et rappelait qu'il était nécessaire de se protéger lors de toute activité en plein air pour que le soleil reste un plaisir.

Par ailleurs l'INPES propose aussi des dépliants sur les risques solaires à destination du grand public que l'on peut consulter ou télécharger sur internet ou que l'on peut commander. [49] [50]
Ces dépliants présentent les gestes essentiels pour se protéger et protéger les enfants des risques solaires. Ils permettent aussi de comprendre l'origine des risques liés aux UV, leurs dangers et les conséquences possibles sur la peau et les yeux. Ils répondent enfin aux idées reçues les plus répandues en la matière.

- L'INCa [51] soutient la « Journée Nationale de Prévention et de Dépistage des Cancers de la Peau, organisée par le Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues (SNDV) [52] depuis 1998 et qui se déroule avant la période estivale. Au cours de cette journée, des consultations anonymes et gratuites sont proposée par des dermatologues dans près de 70 départements français.

Sur le site de l'INCa, les patients peuvent faire un test pour connaître leur phototype et mesurer leur niveau de risque dû au soleil.

Sur le site dermato-info.fr de la Société Française de Dermatologie, il existe un « Quizz » sur le mélanome pour que les patients puissent tester leurs connaissances à l'aide de photographies. [53]

Comme vu précédemment, l'OMS a élaboré un programme de prévention contre les rayonnements UV, le projet « INTERSUN » [54] qui a pour objectifs de :
- fournir des informations et des conseils pratiques, grâce à de nombreuses recommandations internationales et des brochures de prévention.
- faire des prévisions scientifiques solides sur les répercussions médicales et environnementales de l'exposition aux UV.
- encourager les pays à prendre des mesures visant à réduire les risques que font courir les UV sur le plan de la santé.
- fournir aux autorités nationales et autres organismes des indications sur les programmes performants de sensibilisation aux effets du soleil.
- présenter des lignes directrices relatives à la protection solaire, destinées aux touristes et aux tours opérateurs.
- faciliter la coordination et l'harmonisation des activités internationales.

5. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

5.1. Démographie médicale [55 56 57]

➢ En 2013 :

- la France comptait 3664 dermatologues (dont 67.8 % de femmes) avec une densité de 5.7 dermatologues pour 100 000 habitants.
Et comptait 91539 Médecins Généralistes (MG) avec une densité de 13802 pour 100 000 habitants.

- Dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) : le nombre de dermatologues était de 379 dont 107 dans les Alpes-Maritimes et leur âge moyen était de 53,7 ans.
La densité de dermatologues était de 7.7 pour 100 000 habitants, elle était supérieure de plus de 20% par rapport à la moyenne France + DOM (**Figure 8**).
Le nombre de MG était de 7996 avec une densité de 162.4 pour 100 000 habitants.

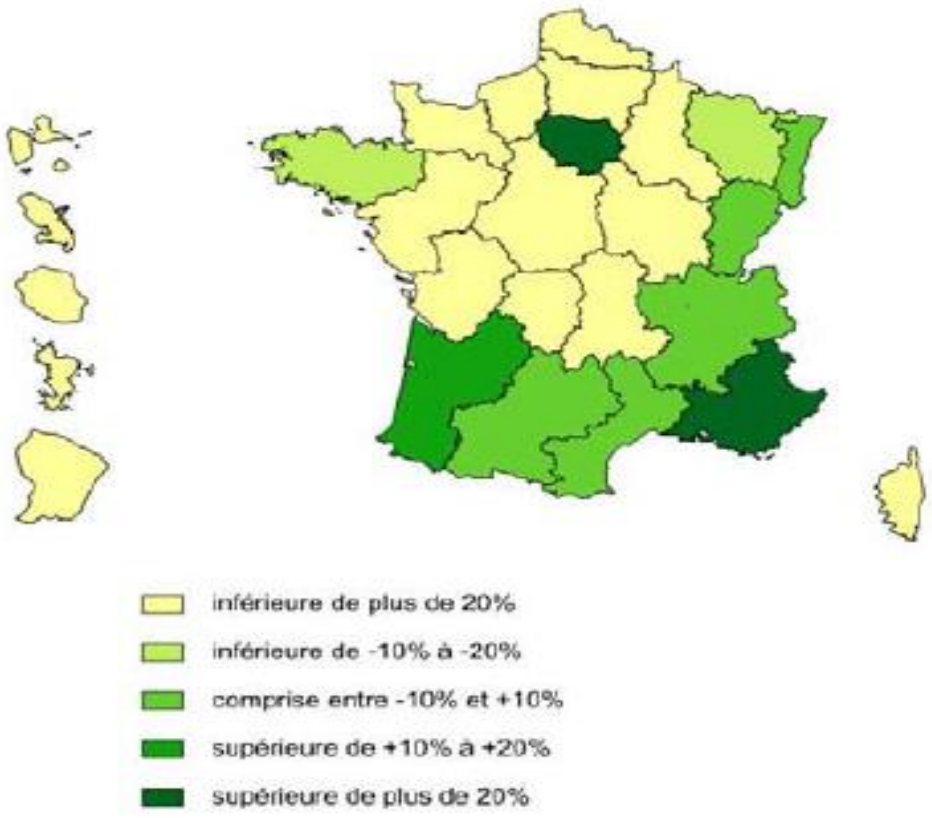


Figure 8 : Densité des dermatologues (pour 100 000 habitants) en 2013 par rapport à la moyenne France + DOM [58]

5.2. Rôle du Médecin Généraliste

- **Réforme du parcours de soins :** [59] [60]

La loi du 13 août 2004 a défini la réforme du parcours de soins coordonné, le MG devient le 1er recours et tout assuré social de plus de 16 ans doit déclarer un médecin traitant.
C'est donc le MG qui oriente le patient vers le dermatologue s'il le juge nécessaire.
L'accès direct aux spécialistes est toujours possible pour les patients mais en contre-parti ils sont soumis à une diminution du remboursement des consultations par la Sécurité Sociale.

Un rapport édité par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2006 montrait qu'entre 2004 et 2006 la proportion des consultations en accès direct de dermatologie est passée de 61% à 41 % soit 33% de diminution.
Toutefois cette baisse était contrebalancée par une hausse des recours conseillés par le MG.

- **Rôle du MG :**

La priorité en matière de mélanome est la prévention et l'éducation des patients pour améliorer leurs connaissances sur les risques engendrés par les expositions solaires.
L'autre priorité est le dépistage précoce du mélanome qui repose sur l'identification des sujets à risque, sur la surveillance clinique avec un examen complet et attentif de la peau et des muqueuses et sur la réorientation vers le dermatologue si nécessaire.
Dans ces deux domaines, prévention et dépistage, le rôle du MG est donc primordial.

L'HAS a publié en 2006 [36] un « Guide du Médecin Traitant » pour améliorer et promouvoir la stratégie de dépistage précoce du mélanome. Il est précisé que depuis la réforme du parcours de soins, les MGs sont en premières lignes et qu'ils jouent un rôle clef dans le dépistage du mélanome en coordination avec les dermatologues.

MATERIEL ET METHODE

A. QUESTION DE RECHERCHE

« Quel rôle les Médecins Généralistes souhaitent ils tenir en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome dans les Alpes-Maritimes ? ».

B. OBJECTIFS

- **Objectif principal** :

Evaluer les expériences, les opinions et les attentes des MGs en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome en cabinet de ville.

- **Objectifs secondaires** :

- Sensibiliser les MGs sur leur rôle clef dans la prévention primaire et secondaire des mélanomes.
- Analyser les freins et les obstacles.
- Trouver des voies d'amélioration pour leur pratique.

C. REVUE DE LA LITTERATURE

Pour effectuer la bibliographie, plusieurs moteurs de recherche sur internet ont été utilisés : Google, Google Scholar, Pubmed, Espace Numérique de Travail de l'Université de Nice-Sofia Antipolis.

Les mots clés entrés et associés étaient : photoprotection, prévention solaire, éducation, produits de protection solaire, soleil, mélanome, carcinomes cutanés, peau, phototypes, rayonnement ultra-violet, médecine générale.
En anglais, les mots clés étaient : photoprotection, sun protection, sunscreen, skin, melanoma ultra-violet radiation.

Certains ouvrages ont été consultés grâce au service de Prêt entre Bibliothèques (PEB) disponible pour les étudiants inscrits à l'Université de Nice-Sofia Antipolis, comme notamment certaines thèses ou mémoires de médecine.
D'autres articles scientifiques ont été commandés auprès du Site Univadis©.

La sélection de la bibliographie a été effectuée par lecture systématique du titre et du résumé si disponible des ouvrages retrouvés.

D. PRESENTATION DE LA METHODE [61] [62] [63]

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes.

1. ECHANTILLON ET RECRUTEMENT

La population étudiée étant les MGs pratiquant dans les Alpes-Maritimes, nous avons choisi de proposer l'entretien de façon aléatoire à une quinzaine de MGs.

Pour limiter tout biais de sélection et afin d'obtenir l'échantillon le plus varié et représentatif possible, le recrutement des MGs a été stratifié en fonction de leurs caractéristiques : âge, sexe, date d'installation, milieu d'exercice (urbain, semi-rural et rural), mode d'exercice et le nombre d'actes par semaine.
Pour les milieux d'exercice, nous avons utilisé les termes suivants :
- urbain > 5000 habitants.
- semi-rural < 5000 habitants.
- rural < 1500 habitants.

Concernant la participation à une Formation Médicale Continue (FMC), nous avons ciblé les FMC en rapport avec la prévention solaire ou le dépistage du mélanome.

Ensuite les MGs ont été sélectionnés à partir la liste des MGs inscrits à l'Ordre des Médecins des Alpes-Maritimes et à partir de la liste des MGs enseignants à la Faculté de Nice.

Puis ils ont été sollicités par téléphone ou par mails (à l'aide du site internet de l'Ordre des Médecins des Alpes-Maritimes et du site internet *Les Pages Jaunes*©) pour participer à cette étude. Au cours de ce premier contact le projet, la méthodologie et ses objectifs ont été présentés et expliqués.

Enfin, nous avons fixé un rendez-vous au sein de leur cabinet respectif pour réaliser l'entretien en fonction de leur disponibilité.

Certains MGs ont refusé de participer par manque de temps ou pour cause d'absence.
A chaque refus un autre MG était choisi en fonction des mêmes critères.

Au total : 16 MGs ont été interrogés. Ce nombre a été obtenu après saturation des données.

2. ENTRETIENS

- **Guide d'entretien :**

Dans un premier temps, de nombreuses recherches sur la méthode qualitative ont été effectués. J'ai aussi participé à une formation sur la recherche qualitative lors d'une séance organisée par la Cellule Qualitative de la faculté de Nice et supervisée par le Dr Pia Touboul du Département de Santé Publique.
Ensuite, le guide d'entretien a été réalisé en collaboration avec le Docteur Baroghel Gérald (directeur de thèse).

Les premiers entretiens ont permis de tester la pertinence du guide d'entretien et de l'améliorer dans l'orientation et le déroulement de ceux-ci.
Il y a donc eut une adaptation secondaire au fil des entretiens par un phénomène d'apprentissage, mais les premiers entretiens ont tout de même étaient retenus, de par la qualité des réponses obtenues. (**Annexe 3**).

- **Déroulement des entretiens :**

Ils se sont déroulés entre le mois de décembre 2014 et de janvier 2015, jusqu'à saturation des données.

Une fiche de présentation de l'étude a été transmise et lue au préalable par les MGs dans un souci de transparence (**Annexe 1**).

Puis une fiche de renseignements reprenant les caractéristiques socio-professionnelles de chaque MG a été remplie avec leur aide, à chaque début d'entretien pour obtenir des données quantitatives. (**Annexe 2**)

Après accord oral du MG interrogé, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone *Philips*© et d'un logiciel d'enregistrement sur téléphone portable *Samsung*©.
L'anonymat et la confidentialité ont été respectés afin que le MG interrogé se sente à l'aise et qu'il déploie le moins possible de mécanismes de défense ou d'inhibition dans ses réponses.

A la fin de l'entretien il a été demandé à chaque médecin son avis afin de modifier et d'enrichir le guide en fonction de ses réflexions.

La durée moyenne des entretiens a été de 17 minutes (entretien le plus court = 10,04 minutes et entretien le plus long = 26 minutes).
Tous les entretiens enregistrés ont pu être correctement exploités.

3. TRAVAIL D'ANALYSE

- **Transcription** :

La première étape du travail d'analyse consiste à retranscrire mot pour mot les réponses de chaque MG interrogé à partir de l'enregistrement vocal afin d'obtenir un Verbatim (données brutes de l'enquête).
La mise en forme a été réalisée à l'aide du logiciel *Microsoft Word©.*
Afin de respecter l'anonymat des MGs participants à l'étude, les retranscriptions ont été codées. Chaque MG est représenté par un chiffre allant de MG1 à MG16.

- **Analyse des entretiens** :

Les données ont été analysées après chaque entretien à l'aide du logiciel *NVIVO 10*© afin de pouvoir clôturer l'enquête en cas de saturation des idées.

Ce logiciel a permis de faire une analyse thématique par codage des réponses sous formes d'unités de significations (citations), qui ont été classées et rattachées à des occurrences (idées fortes) et ensuite à des thèmes plus généraux (correspondants aux objectifs de l'étude).

Chaque occurrence ou thème a fait l'objet d'une analyse descriptive de présentation.
Une synthèse de chaque occurrence trouvée a été illustrée par des citations pertinentes.

RESULTATS

A. RESULTATS QUANTITATIFS

1. NOMBRE DE MEDECINS RECRUTES

Vingt et un appels téléphoniques ont été effectués afin de constituer un échantillon représentatif.
5 MGs ont refusé de participer à l'étude (4 par manque de temps et 1 en raison d'une absence pendant la période des entretiens).
Au total 16 MGs ont été interrogés pour réaliser l'étude.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DE L'ECHANTILLON

Caractéristiques des Médecins Généralistes		Nombre	Pourcentage
Sexe	Femme	6	37,5
	Homme	10	62,5
Tranches d'âge	25-29 ans	1	6,25
	30-39 ans	5	31,25
	40-49 ans	3	18,75
	50-59 ans	4	25
	60-69 ans	3	18,75
Date d'installation	1970-1979	1	6,25
	1980-1989	4	25
	1990-1999	2	12,5
	2000-2009	4	25
	2010-2015	5	31,25
Milieu d'exercice	Urbain	12	75
	Semi-rural	4	25
	Rural	0	0
Mode d'exercice	Seul	2	12,5
	Cabinet de groupe	14	87,5
	Remplaçant	0	0
Nombres d'actes/semaine	50-99	7	43,75
	100-149	7	43,75
	150-200	2	12,5
Maitre de stage	Oui	5	31,25
	Non	11	68,75
Participation à une FMC	Oui	9	56,25
	Non	7	43,75

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles de l'échantillon.

- Ages :
Les âges des médecins s'échelonnaient de 28 à 65 ans.
La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 45 ans.
Chez les femmes : les âges s'échelonnaient de 30 à 63 ans pour un âge médian de 39 ans.
Chez les hommes : les âges s'échelonnaient de 28 à 65 ans pour un âge médian de 49 ans.

B. RESULTATS QUALITATIFS

1. FACTEURS DE RISQUE EVOQUES PAR LES MEDECINS

1.1. Facteurs de risque

- **Antécédents personnels et familiaux de mélanome** :

➢ 6 MGs évoquaient les antécédents personnels et familiaux :

- MG 2 : « Qui ont déjà un passé ou un suivi dermato. »

- MG 10 : « J'ai entre trois et cinq patients qui ont un antécédent de mélanome. Ca par contre cela quand ils viennent, même pour autre chose c'est vrai que j'y pense. »

- MG 12 : « Ceux qui ont des antécédents familiaux et ceux qui ont des antécédents personnels de mélanome.

- **Phototypes** :

➢ Les patients de phototypes clairs ainsi que leurs caractéristiques étaient cités par l'ensemble des MGs :

- MG 2 : « Les gens qui ont un teint favorable, les roux, les blonds. »

- MG 8 : « Les gens qui ont des peaux assez vulnérables ou sensibles, un peu laiteuses, elles sont beaucoup plus enclins à faire ce genre de lésions…du moins…plus sensibles à ça. »

- MG 9 : « les patients qui ont la peau claire, ceux qui ont le teint…enfin les cheveux roux, ceux qui ont beaucoup de taches de rousseur. »

➢ Seulement 1 MG mentionna la classification des phototypes (Fitzpatrick) :

- MG 1 : « Alors je me base sur la classification de FitzPatrick sur les phototypes et je me focalise plutôt sur les stades 1 ou 2 pour lesquels je suis plus particulièrement vigilant. »

➢ Par ailleurs 2 MG rapportèrent la couleur des yeux :

- MG 13 : « Les patients aux yeux bleus, la peau claire, les cheveux clairs. »

- MG 14 : « Les yeux bleus, les gens qui ont un peu la peau claire, les roux. »

- **Nombre de nævus** :

➢ 9 MGs étaient attentifs au nombre de nævus présents sur le corps :

- MG 2 : « Quand il y a beaucoup de nævus, beaucoup de tâches, ou de grains de beauté qui peuvent être exposés, souvent je jette un coup d'œil et je fais un peu de la prévention. »

- MG 9 : « Quand je vois qu'il y a un phototype clair et plein de grains de beauté j'essaye déjà de regarder. »

- MG 16 : « Patients qui ont beaucoup de nævus et que certains sont douteux et qui ont des formes un peu dyschromiques. »

- **Comportements à risque** :

➢ Les MGs ciblaient les patients avec des comportements à risque.

- MG 3 : « Des personnes qui ont des comportements à risques aussi, qui viennent pour avoir le soleil donc pour s'exposer. »

- MG 5 : « Les patients qui vont passer l'hiver au soleil qui ont double exposition, voilà les vacances de Noël et de février en Guadeloupe et après qui reviennent et qui refont de l'exposition solaire ici l'été. »

- MG 10 : « Pas toute la tranche mais une frange de la population, enfin des femmes le plus souvent, qui restent sur leur idée que le bronzage le plus foncé possible c'est le plus beau. »

1.2. Populations à risque

- **Enfants/jeunes adultes** :

➢ 6 MGs (dont 4 femmes), désignaient spontanément les enfants comme étant une population à haut risque et pour qui la prévention solaire était primordiale :

- MG 2 : « Je vois toujours des enfants en bas-âge qui se promènent en plein cagnard, l'été ou sur la plage, voilà sans grande couverture de protection. »

- MG 5 : « Je pense qu'on en parle surtout aux mamans qui ont des jeunes enfants je me vois plutôt dans cette situation-là. »

- MG 11 : « Spontanément je pense plus aux enfants qu'aux adultes. »

- MG 16 : « Le mélanome ça peut toucher en fait, une population d'âge très variable et ça touche aussi des jeunes. »

- **Personnes âgées** :

➢ Les personnes âgées étaient aussi considérées comme une population à risque par 4 MGs :

- MG 8 : « J'ai remarqué que les gens qui avaient été exposés pendant des années des années au bronzage naturel, pratiquement…ils étaient tous atteints de pathologies en rapport avec le soleil, pratiquement tous, et porteurs de lésions dermatologiques de types de kératoses, etc…dermites séborrhéiques en grande quantité, avec transformation des unes par les phénomènes solaires, avec des épithéliomas, basocellulaires souvent. »

- MG 10 : « Il y a toujours quelques patients qui ne sont pas prudents, qui continuent à exposer, en général c'est des personnes un peu plus âgées c'est la tranche soixante ans. »

- MG 11 : « «Les patientes qui arrivent et qui ont 60-70 ans et qui sont très bronzées et on se dit elles ont forcé sur l'exposition solaire, là oui effectivement je vais leur en parler. »

- **Professions à risque** :

➢ 4 MGs mentionnèrent également les patients travaillant en milieu extérieur :

- MG 3 : « Dans notre clientèle on pas mal de personnes travaillant en extérieur donc c'est vrai que c'est un problème qui est assez fréquent. »

- MG 4 : « Les vieux paysans qui ont été pas mal exposés. » ;

« J'ai quelques pêcheurs et donc l'aspect : exposition au soleil et à la mer favorise aussi. »

- MG 5 : « Ici on a les marins qui travaillent sur les fermes aquacoles. » ; « Les patients qui travaillent dans le tourisme l'été, qui travaillent à la plage, etc…ou les agriculteurs. »

- **Région d'origine** :

➢ Un MG a évoqué la possibilité d'un risque accru chez les patients vivant dans le nord de la France :

- MG 10 : « il me semble que, c'est plus risqué pour les gens qui habitent le nord de la France de venir s'exposer comme ça, de façon aiguë et peut-être démesurée. Enfin dans mon esprit j'ai l'impression que c'est plus risqué que quelqu'un qui a un ensoleillement plus régulier. »

1.3. Lésions à risque

- **Mélanome :**

➢ 7 MGs (surtout les MGs âgés de moins de 50 ans) nommèrent la règle ABCDE et connaissaient les critères permettant d'identifier et de surveiller des lésions à risque :

- MG 1 : « Pour les lésions je me base sur la règle ABCDE que j'ai retenu pendant mes études. Je trouve que c'est simple d'utilisation. »

- MG 6 : « C'est l'histoire ABCDE avec que les contours irréguliers, plusieurs nuances de couleur : marron ou rouge, le côté inflammatoire. Dès qu'il y a une modification je me base sur cette règle. »

- MG 11 : « Les critères que j'avais appris m'aide bien : on va dire la règle ABCDE, avec l'asymétrie, les bords un peu irréguliers, la consistance, la couleur, si ça grossit, si il y a un changement de couleur entre les deux… »

- MG 16 : « J'essaye d'appliquer le référentiel ABCDE donc l'aspect, la taille, la forme, le changement de couleur, l'épaisseur. »

➢ Les autres MGs surveillaient principalement l'évolution et les modifications des lésions :

- MG 2 : « Des grains de beauté qui évoluent, qui deviennent douloureux, inflammatoires, qui changent de couleurs ou de bords irréguliers. »

- MG 7 : « Les lésions qui changent de couleur, enfin les nævus qui sont stables et puis qui bougent, donc l'évolution aussi. »

- MG 13 : « Les lésions évolutives, par exemple si il y a une lésion qui est soit hétérochrome, soit évolutive, soit d'une couleur suspecte… c'est surtout sur des critères morphologiques. »

➢ 2 MGs observaient l'aspect général de la lésion (le signe du « vilain petit canard »):

- MG 4 : « Cela peut prendre tellement de formes, que dès l'instant que ça sort un peu des critères que je vais qualifier de relativement bénins. »

- MG 8 : « Si la lésion est vraiment suspecte, disons avec des contours un petit peu, disons irréguliers et sinueux, mouvementés avec des petites bordures surélevées. »

➢ 2 MGs prenaient en considération les inquiétudes des patients :

- MG 9 : « Je pense à des patients qui ont comme des grains de beautés qui blanchissent et qui disparaissent et ça, ça les inquiètent. »

- MG 10 : « Tout ce qui est bien noir, tout ce qui est un peu irrégulier, tout ce qui inquiète le patient aussi déjà pour commencer. »

- **Carcinomes spino et basocellulaires et autres lésions dermatologiques:**

➢ 6 MGs pensaient aussi à rechercher les autres lésions ou tumeurs cutanées :

- MG 1 : « Je regarde aussi le visage à la recherche de lésions mais ça concerne plus les spino et les basocellulaires. »

- MG 6 : « Je vérifie toutes les héliodermites, les kératoses, les mélanomes de Dubreuil, etc… ».

- MG 13 : « Il y a tout ce qui est spino ou basocellulaire, avec le capital soleil qui est effectivement à évaluer en fonction des professions des patients et des loisirs des patients. »

- MG 14 : « Tout ce qui est petits boutons périphériques avec des squames, plaies qui ne cicatrisent pas, croûtes qui reviennent incessamment. »

- **Zones photo-exposées :**

➢ 5 MGs examinaient également les zones photo-exposées :

- MG 2 : « Les lésions classiques sur les zones exposées ou les zones de frottement. »

- MG 4 : « Ceux qui sont démunis de cheveux. »

- MG 9 : « des lésions au niveau des ailes du nez ou bien proches des du nez, ça souvent…ça m'inquiète. »

- MG 13 : « Les oreilles, le visage, les épaules sont particulièrement exposées à tout ce qui est basocellulaire et au niveau des oreilles et de l'aile du nez pour les spinocellulaires. »

➢ Un MG vérifiait les zones non-exposées :

- MG 4 : « Celles que je recherche, ce sont celles qui ne sont pas vues, la plupart du temps c'est celles qui ne les alerteront pas. »

1.4. Région à risque

- L'ensemble des MGs avaient conscience que le département des Alpes-Maritimes était une zone à risque plus élevé de mélanome du fait du fort taux d'ensoleillement :

- MG 2 : « Il est clair que l'on est dans une zone où le soleil est roi donc on a tendance à peut-être miser plus sur la prévention du soleil. »

- MG 8 : « Ici compte tenu de l'ensoleillement 300 jours par an… bon la fréquence est beaucoup plus importante. »

- MG 14 : « En fait l'intensité solaire ici est forte et finalement on peut attraper un coup de soleil en se promenant dans Cannes en plein hiver. »

- MG 15 : « Il n'y a que dans cette région que je mets des lunettes de soleil toute l'année donc j'en ai conscience aussi. »

- Les MGs rapportaient aussi les loisirs et activités en extérieure comme étant un facteur de risque :

- MG 3 : « Ici on est plutôt dans une zone où il y a beaucoup de résidences secondaires avec piscines, avec la plage… »

- MG 5 : « Surtout ici ils jardinent beaucoup, ils jardinent en short, ils taillent la haie en maillot de bain et tout… »

- MG 13 : « Plus particulièrement dans le sud parce que c'est une région de loisirs, c'est une région qui est surexposée avec des risques plus importants malgré tout, les gens profitent du soleil du mois de mai au mois d'octobre. »

- MG 14 : « On est dans une région où il y a pas mal de gens qui font ou de la montagne ou de la mère, voire les deux. »

- Un MG ne retrouvait pas de lien direct entre la région et le risque de développer un mélanome :

- MG 10 : « Je ne pense pas que les habitants du département soient plus à risque que les autres et le fait que ce soit plus ensoleillé, non je ne le vis pas comme un risque supplémentaire. »

2. MESURES DE PREVENTION ET DEPISTAGE

2.1. Place de la prévention solaire et du dépistage du mélanome

- **Prévention solaire :**

➢ La plupart des MGs (11 sur 16) n'accordait pas une place prépondérante au sujet de la prévention solaire :

- MG 1 : « C'est vrai que je ne le fais pas systématiquement au cours de mes consultations car ce n'est pas le sujet que j'aborde en priorité. »

- MG 6 : « Chez les adultes non c'est vrai que j'en parle pas…chez les adultes c'est plutôt du dépistage, ce n'est plus de la prévention. »

- MG 11 : « Je pense que pour le moment comme je viens de m'installer il faut que je prenne connaissance des patients, de leur dossier donc je ne suis pas encore vraiment dans la prévention. »

➢ Ce sujet était principalement abordé en fonction du contexte :

- MG 1 : « Après parfois, il m'arrive d'en parler aussi dans le cadre d'un médicament photo sensibilisant et là je peux parler de prévention solaire en leur disant d'éviter de s'exposer au soleil. »

- MG 2 : « Cela m'arrive d'en parler quand je vois des patients d'un certain profil, de certaines typographies cutanées, essentiellement. Des personnes d'un certain âge, d'où ils viennent. »

- MG 3 : « Surtout si on a des lésions précancéreuses : type kératose où là on va leur dire qu'il faut faire attention à l'exposition, qu'il faut se protéger et qu'il faut…parce que ils ont utilisé leur capital soleil et que maintenant ils risquent d'avoir des problèmes. »

- MG 10 : « Dès que les gens en fin de consultation te montrent une petite lésion cutanée, bon c'est rarement des mélanomes mais c'est souvent l'occasion de parler du soleil et de la protection solaire. »

➢ Pour 5 MGs, la période estivale était la plus propice pour discuter de prévention solaire :

- MG 6 : « C'est plutôt l'été quand ils commencent à sortir, je fais quelques piqûres de rappel aux parents pour voir où ils en sont et ce qu'ils font. »

- MG 11 : « Je pense qu'entre mai et septembre déjà notre activité est un peu plus basse, du coup on a plus de temps de faire de la prévention. »

- MG 16 : « Alors une place, on va dire relativement importante et qui est peut-être plus importante en période estivale surtout sur Mandelieu. »

➢ Deux MG se posaient des questions sur la position à adopter par rapport à l'exposition solaire :

- MG 2 : « On sait que le soleil c'est nuisible et paradoxalement on leur dit aussi qu'on en a besoin. Donc faut trouver un juste milieu. »

- MG 4 : « Après il y a toujours l'ambiguïté de leur dire de se protéger et en même temps de s'exposer au soleil pour avoir une quantité de vitamine D correcte. »

➢ Seul un MG abordait le sujet régulièrement :

- MG 13 : « Alors c'est une prévention qui s'intègre dans le cadre des soins de premier recours, donc c'est quasi-systématique. »

- **Dépistage du mélanome :**

➢ La majorité des MGs (12 sur 16) n'effectuaient pas spontanément un dépistage du mélanome :

- MG 9 : « Non c'est ce n'est pas programmé et c'est vraiment quand il y a un risque pour le patient ou bien lors de la période estivale. »

- MG 10 : « C'est 1%, en fait comme ça on n'y pense pas spontanément. »

- MG 13 : « C'est quelque chose qui est ciblé, il y a une prévention globale de repérage et puis après une prévention plus ciblée en fonction du patient. »

➢ Cependant 6 MGs prêtaient une attention toute particulière aux zones examinées lors de l'examen clinique à la recherche de lésions cutanées :

- MG 3 : « Dans ma pratique hebdomadaire, quotidienne de la médecine j'essaie de voir régulièrement lors de l'examen ou bien lors de l'auscultation pulmonaire, lors de l'auscultation cardiaque s'il y a des anomalies qui peuvent m'alerter sur certains problèmes cutanés. »

- MG 6 : « Quand j'ausculte les gens c'est systématique : je regarde tous les grains de beauté et ceux qui ne me plaisent pas je prends une loupe et après j'envoie chez le dermato. »

- MG 11 : « Un truc que j'avais retenu quand j'étais interne chez mon maitre de stage c'est qu'il me disait « tu déshabilles le patient à chaque fois et comme ça pendant que tu écoutes les poumons, tu vérifies les grains de beauté ». Donc c'est vrai que j'ai pris ce réflexe de toujours les déshabiller au moins le haut. »

➢ Pour la majorité des MGs, le dépistage du mélanome faisait suite à la demande d'un patient

- MG 5 : « Dépistage du mélanome vraiment minime il faut que le patient m'en parle et c'est selon ses antécédents aussi. »

- MG 7 : « Le mélanome, les gens nous demandent de vérifier leur grains de beauté ce que je fais.»

- MG 8 : « Souvent le patient lui, il dit : « voilà là j'avais un truc qui était petit et ça grossit » ou alors il dit : « j'avais rien et voilà ce qu'il y a, à la place. »

- MG 10 : « Ca m'arrive de soulever la chemise, de compléter l'examen d'une peau mais je ne vais pas y penser spontanément, spontanément. Il faut que les patients me parlent de quelque chose de dermatologique. »

➢ Ou faisait suite aux inquiétudes du patient :

- MG 4 : « Les patients viennent parce qu'ils sont inquiets ou qu'ils ont un souci avec une tuméfaction noire ou d'ailleurs d'autre couleur qui leur pose problème donc ils viennent m'en parler. »

- MG 7 : « Ce n'est pas moi qui l'aborde, c'est souvent le patient qui me montre une lésion qui l'inquiète. »

- MG 8 : « C'est souvent le patient qui va donner un petit peu…disons la direction, disons la conduite à tenir en urgence, voilà. »

➢ La période de l'année modifiait leur pratique en matière de dépistage :

- MG 11 : « Mais l'hiver on est vraiment moins sensibilisé là-dessus parce que entre les grippes et les gastro-entérites et les machins… je pense que les grains de beauté ils arrivent en dernière position là. »

- MG 15 : « C'est quelque chose que j'essaie d'aborder en consultation surtout l'été en fait, car les patients sont déjà dévêtus. »

➢ 2 MG effectuait régulièrement le dépistage du mélanome :

- MG 4 : « Oui de façon régulière je déshabille les gens pour pouvoir voir leur peau en totalité. »

- MG 16 : « Je fais déshabiller mes patients et je les suis assez régulièrement au moins une fois par an j'essaye de faire un point au niveau cutané ou des courriers pour les envoyer en consultation spécialisée chez le dermatologue quand j'ai un doute. »

➢ Un autre MG rappela la nécessité de faire un dépistage précoce :

- MG 8 : « La prévention du mélanome est d'une importance capitale parce qu'on en trouve malheureusement et il faut les dépister assez tôt, parce que j'ai vu quand même une paire de cas où des gens qui étaient atteints de mélanome sont décédés malgré le traitement et la chirurgie. »

2.2. Conseils de prévention solaire

- **Photoprotection :**

➢ Les connaissances des MGs sur les mesures de photoprotection étaient bonnes.
Ils conseillaient aux patients de se protéger à l'aide de PPS et de vêtements :

- MG 9 : « De bien appliquer de la crème solaire avec un indice élevé, un écran total, de se couvrir aussi et de ne pas rester torse nu à la plage. Donc les T-shirts, les parasols. »

- MG 10 : « La casquette, le T-shirt, la protection solaire fréquente sur les zones exposées malgré tout : les bras, les mains, le visage, les jambes… »

- MG 14 : « De bien se couvrir, porter un chapeau, utiliser une crème indice 50 anti UVA et UVB, plutôt minérale, à réappliquer plusieurs fois dans la journée. »

- MG 16 : « De se protéger surtout, les patients qui ont une alopécie au niveau crânien parce que sur le dessus du crâne il y a beaucoup de lésions voilà, ou sur le visage. Après j'insiste au niveau des différents types de protection quand le patient a déjà eu un antécédent de mélanome. »

➢ 4 MGs citèrent les protections ophtalmiques :

- MG 9 : « Après il y a la prévention côté ophtalmo aussi : de porter des lunettes de soleil, donc les casquettes côté vêtements aussi.»

- MG 13 : « Eviter les problèmes de réverbération, porter des lunettes aussi parce que il n'y a pas que les problèmes de peau. »

➢ Un seul MG mentionna les gilets anti UV.

- MG 6 : « Il y a aussi les gilets anti-UV, ce n'est pas facile à mettre et à… mais en Australie c'est systématique parce qu'il y a beaucoup de de blond ou de personnes avec des phototypes clairs. »

➢ Les MGs donnaient également des consignes sur l'exposition solaire :

- MG 8 : « Celui qui y va pour la plage je lui dis : « allez-y le matin tôt avant la grande chaleur ou dans l'après-midi quand le soleil est plus bas et quand disons la fréquence des rayons les plus nocifs est la moins forte. »

- MG 9 : « D'éviter les heures d'exposition les plus chaudes, de ne pas passer justement toute la journée, même si ce n'est pas les heures les plus chaudes, de limiter les temps d'exposition. »

- MG 13 : « J'insiste effectivement à surveiller et à se protéger surtout au niveau des oreilles, des ailes du nez, éviter la surexposition entre 11 heures et 15 heures. »

- **Chez l'enfant :**

➢ 6 MGs rappelaient spontanément les règles de photoprotection vis-à-vis des enfants ou des jeunes adultes :

- MG 6 : « Chez les petits, aussi c'est de dire aux parents : chapeau, lunettes et écrans. »

- MG 9 : « Des jeunes patients, je vais leur dire de faire attention à l'exposition, à la crème solaire, au temps passé au soleil. Pareil aussi pour les parents de petits enfants mais c'est plus pour la déshydratation. »

- MG 10 : « Je recommande de protéger les enfants en leur mettant un T-shirt quand on a la plage ou à la mer en général ou en bateau, à défaut du T-shirt… pardon la crème de haute protection, d'éviter carrément pour les plus jeunes de sortir entre midi et seize heure, si c'est possible la casquette. »

- MG 15 : « Pour les enfants je leur dis : la protection la plus forte mais surtout de la renouveler toutes les deux heures ou à chaque fois qu'ils vont se baigner même si c'est marqué que c'est une crème résistante à l'eau…et d'éviter de s'exposer pendant les heures les pires, je pense entre 12 et 16 heures pour l'été et même dans la région… même l'hiver »

2.3. <u>Produits de protection solaire</u>

- **Avis/connaissances des MGs :**

➢ L'ensemble des MGs ne faisait pas confiance aux PPS et à leurs indices :

- MG 7 : « Les conseils ils sont difficiles à donner parce que on a déjà des crèmes avec des indices de protections qui ne veulent strictement rien dire. »

- MG 11 : « Après de mettre de l'écran total après j'avais entendu dire qu'entre 30 et 50 c'était à peu près égale mais c'est vrai que dans l'absolu leur dire du 50 mais j'ai cru comprendre qu'à partir de 30 c'était suffisant. »

- MG 13 : « C'est difficile d'obtenir des produits de référence en matière de protection solaire et pour pratiquer moi-même la voile et pour me protéger aussi bien au niveau des lèvres que de la peau c'est parfois difficile. »

- MG 15 : « Après la protection solaire, même moi en dehors du fait de réappliquer souvent je n'ai vraiment pas confiance dans les indices qu'on nous propose. »

➢ Au niveau de leurs connaissances sur les PPS, 7 MGs ne se sentaient pas au point :

- MG 1 : « Pour moi ce n'est pas très clair, d'autant plus qu'il y a l'histoire de la quantité appliquée et de la fréquence. »

- MG 6 : « Les écrans solaires mais j'ai un peu un problème avec sur les écrans solaires surtout chez les tout petits, à ce moment-là je leur dis d'aller voir avec le pharmacien, en plus ça évolue tout le temps avec les histoires des UVA et des UVB. »

- MG 12 : « J'avoue que je ne la connais pas par cœur mais je sais que l'indice maximum c'est 50 donc la plupart du temps je leur conseille de mettre l'écran total. »

- **Connaissances des patients :**

Pour 5 MGs, les patients n'utilisaient pas correctement les PPS et avaient des comportements à risques :

- MG 14 : « Souvent ils arrivent avec une notion qui est erronée sur différentes crèmes solaires, oui effectivement : « je vais pouvoir bronzer car la crème me protège contre le cancer parce que je ne vais pas rougir… » . »

- MG 15 : « En fait, je trouve que les patients, ils font trop confiance aux classifications et se disent « c'est bon j'ai mis du cinquante donc je suis tranquille pour la journée ».
Et par contre, « j'ai mis du vingt, donc c'est vrai faut j'en remette dans trois-quatre heures ». »

2.4. <u>Dépistage du mélanome et surveillance cutanée</u>

- **Outils de dépistage et de surveillance :**

➢ Dermatoscope :
3 MGs possédaient un dermatoscope au sein de leur cabinet, qu'ils utilisaient en cas de doute.

- MG 3 : « Dermatoscope on doit en avoir un…qu'on utilise quand on a un doute effectivement. »

- MG 13 : « Si j'ai un doute j'utilise un dermatoscope simple vérifier l'aspect de la lésion. »

➢ Loupe :
10 MGs disposaient de loupes pour analyser les lésions douteuses de plus près.

- MG 8 : « J'ai aussi une loupe grossissante avec une lampe dessous pour bien regarder les lésions de près, voire leur coloration justement s'ils sont polychromiques ou disons homogènes dans leur couleur, leur tonalité etc… »

- MG 10 : « J'ai une petite loupe éclairante qui n'est pas un dermatoscope mais qui me permet de regarder d'un peu plus près la lésion. »

➢ Appareil photographique :
5 MGs prenaient des photographies pour surveiller les lésions douteuses ou pour les envoyer aux dermatologues afin de demander un avis rapide :

- MG 4 : « Accessoirement je les photographie aussi quand il y en a une qui me semble évolutive. »

- MG 13 : « Ca m'arrive de les prendre en photo. »

➢ Biopsie :
Seuls deux MGs effectuaient des biopsies des lésions suspectes, au sein de leur cabinet.

- MG 7 : « Ça m'arrive aussi de faire des prélèvements et de l'envoyer au laboratoire. »

- MG 12 : « J'utilise une biopsie punch après j'ai une loupe grossissante et j'ai une lumière de Wood. »

Les autres MGs déléguaient la tâche au dermatologue.

- MG 8 : « Si la lésion est vraiment suspecte, disons avec des contours un petit peu, disons irréguliers et sinueux, mouvementés avec des petites bordures surélevées, etc…. Direct je vais faire une biopsie par le dermato. »

- MG 13 : « En ce qui concerne les biopsies soit c'est le dermatologue, soit c'est fait en consultation ambulatoire ou en cabinet selon l'aspect de la lésion. »

➢ Autres outils :
2 MGs utilisaient d'autres outils tels que l'informatique ou un procédé de calque :

- MG 4 : « Dans l'ordinateur j'ai effectivement un recueil d'images de dermato et cela m'arrive de les montrer aux patients de temps en temps…rarement. »

- MG 8 : « Je calque toujours une lésion pour voir au bout de quelques temps si elle a évolué, et souvent à ce moment-là on voit le festonnement qui est différent, ou alors même la surface de la lésion qui est différente, ou des fois elle se surélève légèrement alors qu'elle ne l'était pas. »

- **Outils de prévention : documents (posters, dépliants, fascicules, etc…)**

➢ La moitié des MGs ne disposait pas ou plus de documentation de prévention à destination des patients :

- MG 1 : « Non je n'ai pas de prospectus ou de documentation à fournir aux patients, je n'en ai pas non plus en salle d'attente, il faudrait que j'en demande à un organisme de prévention mais comme je viens de m'installer récemment je n'ai pas encore eu le temps. »

- MG 2 : « Je n'ai pas d'image ou de poster, c'est essentiellement par l'échange verbal. »

- MG 8 : « J'en ai eu à certains moments, oui effectivement, des petits fascicules ou des dépliants. »

- MG 11 : « Non on n'a rien du tout. Je dis au patient la règle ABCDE et ça peut m'arriver de le marquer sur un papier pour qu'il s'en rappelle.»

➢ L'autre moitié des MGs possédait différents types de documents :

- MG 10 : « Oui aussi j'ai reçu une affiche en format A5 que j'ai pu disposer dans la salle d'attente, des petites brochures à laisser dans la salle d'attente. »

- MG 12 : « Oui j'ai un petit présentoir avec des fascicules qui a été mis en place par un organisme qui normalement ne fait pas de publicité et qui met des renseignements sur un peu tout et n'importe quoi, ça change tous les deux mois. »

- MG 14 : « On reçoit régulièrement des documents dans pleins de domaines en fait et c'est souvent l'INPES qui nous envoie quelques exemplaires. »

- MG 15 : « Alors oui l'été je mets des posters de prévention de la peau. »

➢ Un MG préférait adapter en fonction du patient :

- MG 13 : « Les dépliants, j'adapte en fait les besoins du patient à sa demande et j'essaie de trouver les outils qui répondent à sa demande, donc je n'ai pas de dépliant standardisé, universel dans ma salle d'attente. »

3. EXPERIENCE/FORMATIONS

3.1 Examen cutané complet

➢ La majorité des MGs ne faisait pas d'examen cutané complet systématique. Ils l'effectuaient uniquement en cas de lésion douteuse :

- MG 6 : « Non, sauf si je trouve des nævus qui me plaisent modérément à ce moment-là je complète un peu mais on a déjà vu des mélanomes du pli inter-fessier et cela je les aurai jamais vu. »

- MG 14 : « Si un patient vient justement pour me montrer un problème cutané effectivement du coup je vais regarder l'ensemble des téguments surtout si je n'ai pas de notion là-dessus. »

- MG 15 : « Je le fais si je trouve une lésion ou quelque chose qui ne me plaît pas je vais tout regarder après c'est vrai que si je trouve rien, on va dire sur le visage, torse, dos ou les bras je ne vais pas forcément faire toutes les jambes, les ongles…etc… »

➢ Seuls 2 MGs l'effectuaient assidûment :

- MG 4 : « Alors oui de façon régulière je déshabille les gens pour pouvoir voir leur peau en totalité. »

- MG 16 : « Je fais déshabiller mes patients et que je les suis assez régulièrement au moins une fois par an j'essaye de faire un point au niveau cutané. »

3.2 Ressenti des MGs

Le ressenti des MGs sur le sujet du mélanome variait :

➢ Une partie se sentait à plutôt à l'aise :

- MG 1 : « Je ne me sens pas spécialement en difficulté. Il n'y a pas trop d'éléments qui me perturbent. »

- MG 2 : « Oui en général je suis plutôt à l'aise après ça va dépendre de quel niveau d'information ils veulent avoir mais sur les informations générales j'ai de quoi leur répondre.

- MG 5 : « Je réponds toujours à ce que je sais, après je peux très bien leur dire que c'est un sujet spécialisé et qu'après il y a des choses que je ne sais pas. »

- MG 8 : « Compte-tenu de mon ancienneté d'exercice, je peux dire que je suis à l'aise sur toutes les questions, cela ne me pose aucun problème de répondre aux questions les plus impertinentes. »

➢ L'autre partie rencontrait plus de difficultés :

- MG 4 : « Moyennement à l'aise parce que n'étant pas spécialiste, il m'est difficile de répondre de façon simple à une question « Docteur est-ce que cette lésion est grave ou pas ? »

- MG 11 : « Comme je débute j'ai du mal encore à évaluer si ce que je dis au patient il l'exécute et si il écoute bien, ou bien si il dit « oui, oui » et puis quand il sort, il fait ce qu'il veut. »

- MG 13 : « Pour avoir accompagné des jeunes adultes en fin de vie avec des métastases de mélanome etc… je veux dire je ne pense pas qu'on puisse être à l'aise avec mélanome. »

3.3 Sources d'informations

- **Internet**

Les MGs de moins de 50 ans, utilisaient fréquemment internet comme source d'informations et cherchaient de préférence sur des sites internet validés scientifiquement :

- MG 2 : « La recherche d'informations sur internet, je dirai que c'est plutôt pour répondre à une question précise à un moment donné. »

- MG 9 : « Des fois, je vais faire des petits tours sur le site Internet de la CISMEF pour regarder, chercher des photos. »

- MG 12 : « J'avais trouvé un très bon site de dermatologique que j'ai gardé normalement…et qui s'appelle : dermiss.net. Et donc sur ce site il y a pas mal d'iconographies. »

- MG 13 : « Je vais aller chercher sur des sites validés, en essayant de trouver des niveaux de preuve, sur le mélanome ce n'est pas toujours facile. »

- **Revues/livres**

5 MGs se référaient à des revues médicales :

- MG 6 : « Donc principalement mes sources d'information c'est plutôt sur les livres et sinon internet pour éventuellement avoir des images mais sans ça c'est la « Revue du Praticien ». »

- MG 9 : « Après l'outil que j'ai c'est la revue « Prescrire » mais bon ça ne me servira pas là-dessus parce qu'il n'y a pas de photo mais sur le côté recommandation des fois il y a des articles là-dessus qui sont intéressants. »

- MG 15 : « Je regarde les FMC, les recommandations qui tombent dans la revue, j'ai le « Médecin Généraliste » toutes les semaines et une fois par an il doit y avoir un truc là-dessus. »

- MG 16 : « Moi c'est les revues en fait, parce que en ce qui concerne la dermatologie, bon c'est vrai que le support photo j'aime bien le support papier, même si j'ai 35 ans je suis peut-être un peu trop…j'avoue être restée à l'ancienne par rapport à ça. »

- **Formations :**

Un MG considérait la FMC comme sa principale source d'information :

- MG 1 : « Ma principale source d'information pour moi c'est les FMC qui présentent des cas cliniques concrets, assez clairs

- **Dermatologues/Confrères MG**

➢ Une majorité de MGs (11 sur 16) contactait directement le dermatologue en cas de questions :

- MG 5 : « Je pense que si j'ai un souci je demande au dermatologue, moi je connais le docteur A. avec qui je travaille beaucoup et je pense que c'est à lui que j'irai demander. »

- MG 11 : « Ce qui m'arrive si des fois j'ai des questions et tout, c'est que j'appelle directement les dermatologues. »

- MG 15 : « Après en référent bah après j'ai les dermatos auxquelles j'envoie des photos des trucs comme ça. »

➢ Deux MG demandaient l'avis de leurs collègues MGs :

- MG 11 : « Si vraiment j'ai un doute parfois je demande à un de mes collègues et lui peut se positionner de manière sûre. »

- MG 14 : « Ce qu'on fait souvent dans le cabinet : c'est d'appeler le confrère pour lui demander ce qu'il en pense. »

3.4 Recommandations

➢ Aucun MGs n'avait relu récemment les dernières recommandations :

- MG 8 : « Je n'en ai pas lu récemment mais j'avoue que…peut-être il y a un an ou deux il y avait un article sur une revue médicale qui parlait effectivement de la dangerosité du mélanome et des lésions solaires…etc.. de la prévention, que j'avais lu. »

- MG 9 : « Ça fait très très longtemps que je ne suis pas allée voir donc j'en pense pas grand-chose parce que je ne sais pas du tout. »

- MG 14 : « En étant maître de stage, régulièrement j'essaie de me mettre à jour et de suivre les dernières recommandations après de temps en temps on en laisse passer une. Voilà si il y a une nouvelle chose cette année franchement, non je ne l'ai pas lu »

- MG 16 : « Je n'en ai pas relu récemment mais quand on se penche finalement sur la question c'est relativement assez clair. »

➢ Les MGs ne les connaissaient pas clairement :

- MG 4 : « J'avoue ne pas connaître de façon précise les recommandations. Je ne sais vraiment pas ce qu'elles disent en particulier celles-ci. »

- MG 12 : « Je ne les connais pas par cœur les recommandations et effectivement à part faire ABCDE… »

➢ Un MG les trouvait trop complexes :

- MG 13 : « Les recommandations de la HAS sont parfois trop techniques, trop complexes et ne facilitent pas forcément l'acquisition de compétences cliniques de base, adaptées à la pratique quotidienne et parfois s'attachent beaucoup plus à des indices histologiques. »

3.5 Formations médicales

- **Formation médicale initiale :**

➢ Beaucoup de MGs (13 sur 16) trouvaient que la formation médicale était manquante ou incomplète sur ce sujet :

- MG 1 : « La seule chose que j'ai retenu c'est la règle ABCDE mais après c'est vrai que je n'ai pas vraiment reçu de formation à ce sujet lors de mes études.»

- MG 6 : « Alors à la faculté de mon temps : c'était zéro. »

- MG 13 : « A l'époque, donc il n'y avait pas de formation spécifique de la médecine de premier recours donc sur tout ce qui était : repérage, dépistage. La médecine de spécialités, ont été surtout formés pour les questions d'internat et donc pas forcément avec des photos, des contacts avec les patients pour voir l'évolution. »

- MG 16 : « En fait j'ai pensé que la formation initiale à la fac, elle était complètement...comment dire…manquante, elle n'était vraiment pas assez développée par rapport à d'autres matières, voilà que ce soit lors de l'externat ou de l'internat. »

➢ Les MGs de plus de 50 ans, ne se rappelaient plus de leur formation initiale :

- MG 5 : « Elle est lointaine, j'ai peut-être eu quelques minutes de cours sur le mélanome mais honnêtement je n'ai aucun souvenir. »

- MG 7 : « C'était il y a longtemps, ce sont des souvenirs lointains. »

- MG 9 : « C'était il y a longtemps, je me souviens du cours mais c'était vraiment descriptif et je n'ai pas souvenir qu'il y ait eu des d'images plus que ça. Donc c'est un peu dommage pour de la dermato…. »

➢ 3 MGs avaient plébiscité leur passage en stage de dermatologie pendant l'externat :

- MG 13 : « Alors j'étais externe en 1984, je suis passé dans le service de dermatologie du professeur Horton à l'Archet, qui à l'époque était très précurseur dans certains domaines donc d'une certaine manière j'étais assez bien sensibilisé. »

- MG 14 : « on était dans le service, on était 3 externes de quatrième année, voilà du coup on avait bien bossé notre dermato et c'est vrai que c'est pour ça que j'en garde un souvenir.

- MG 15 : « Quand j'étais externe et que j'étais passé dermato j'avais été sensibilisé mais en formations vraiment théoriques pendant l'internat j'ai rien eu. »

- **Formation médicale continue :**

➢ La plupart des MGs (11 sur 16) rapportait avoir participé à une FMC sur le mélanome :

- MG 1 : « J'ai fait une formation vraiment ciblée sur le mélanome plus que sur la photo-protection. C'était par rapport au diagnostic un mélanome et comment le distinguer d'un nævus simple. Donc c'était une FMC par Internet, c'était cette année. »

- MG 2 : « Sur le plan des formations continues : J'ai été à une formation rémunérée il y a quelques années malheureusement les souvenirs…il faudrait que je les réactualise ! »

- MG 10 : « J'en ai déjà fait plusieurs fois, à Grasse on a une FMC qui tourne depuis 30 ans, tous les mois et il y a souvent eu des dermatologues de Grasse invités. »

- MG 12 : « J'ai déjà participé une FMC de deux jours sur mélanome. C'était une formation plutôt utile parce qu'on avait vu plein de photos. Il y avait des dermatologues, c'était intéressant. »

➢ Les autres MG n'avaient pas encore eu l'occasion ou le temps d'y participer :

- MG 4 : « De temps en temps il m'arrive de faire des séances de FMC sans vraiment avoir de formation spécifique mais bientôt il y en a une d'ailleurs qui va avoir lieu sur Fréjus. »

- MG 11 : « Je vois depuis qu'on est installé finalement on n'a pas trop le temps. »

- MG 16 : « Pour l'instant je n'en fais pas parce que je manque de temps que j'ai un exercice qui déjà très développé et faire de la FMC après 21 heures. Pour l'instant ce n'est pas ce que je veux. »

4. ROLE DU MG/PLACE DANS LE PARCOURS DE SOINS

4.1. Rôle

➢ La totalité des MGs considérait leur rôle comme primordial :

- MG 2 : « C'est presque une évidence, étant donné que ce sont nous qui voyons les patients de tout bord et c'est nous qui sommes en première ligne pour dépister et orienter. »

- MG 3 : « Je pense que le MG est la personne qui est la plus proche des patients donc effectivement ils nous écoutent, on les voit le plus souvent. Donc c'est vrai qu'on est la personne la plus à même de les orienter et de donner des conseils et de prévention et de pratique. »

- MG 8 : « Le médecin généraliste est celui qui connaît le mieux le malade. C'est lui qui va dépister de suite ce qui ne va pas aller, c'est lui qui a l'œil le plus aguerri. »

- MG 13 : « Je pense que le médecin généraliste ou en tout cas les équipes de soins de premier recours sont vraiment les plus à même car ce sont les plus au contact du patient, c'est-à-dire dans la population, ceux qui sont le plus à même de repérer les troubles en matière de dépistage, je pense que ce ne sont pas ni les mutuelles ni les centres de dépistage mais plutôt les gens qui sont sur le terrain, qui sont le plus à même de voir le plus grand nombre de patients. »

- MG 14 : « Je pense que notre rôle est important : c'est la définition même de la médecine générale pour moi le médecin généraliste c'est la prise en charge globale du patient de la tête aux pieds et de l'extérieur vers l'intérieur. »

➢ Un MG ne voyait pas l'intérêt du parcours de soins :

- MG 7 : « Très sincèrement je ne vois pas l'intérêt de cette histoire de parcours de soins étant donné que… autant c'est utile dans certains cas de rester le maître d'œuvre de la gestion du patient, autant souvent je trouve ridicule pour quelqu'un qui veut absolument aller voir un spécialiste, qu'il y ait cet espèce de blanc-saint du médecin généraliste pour aller voir le spécialiste. »

4.2. Efficacité du MG

➢ Pour la majorité des MGs (11 sur 16), le message qu'ils délivraient, était performant :

- MG 10 : « On fait office de relais, les messages de la télévision et de la radio, je vois que c'est très écouté, mais si en plus c'est repris par le médecin traitant je pense que ça multiplie par deux, trois ou quatre ou X l'efficacité du message. »

- MG 12 : « Je pense qu'on est toujours au premier plan dans le cadre des dépistages de maladies de toutes façons et donc le message du médecin est plus efficace bien sûr. »

- MG 15 : « Il y a toujours un impact du fait de le dire au patient ils en prennent un peu conscience plus facilement. »

➢ Les autres MGs nuançaient l'impact de leur message :

En fonction de leurs capacités, chez 2 MGs (parmi les plus jeunes) :

- MG 9 : « Je ne pense pas être performante dans ce que je peux donner comme message. »

- MG 11 : « Comme je débute j'ai du mal encore à évaluer si ce que je dis au patient il l'exécute et si il écoute bien, ou bien si il dit « oui oui » et puis quand il sort, il fait ce qu'il veut. »

En fonction du patient :

- MG 4 : « Tout dépend de comment on donne ce message : à quel moment on le donne, ce que l'on met à l'intérieur, du niveau de réceptivité des gens qui sont en face de soi. »

- MG 5 : « Peut-être que les patients sont plus à l'écoute de ce qu'on dit nous mais on leur en dit moins que les campagnes de santé publique parce que aujourd'hui personne ne peut ignorer les méfaits du soleil. »

- MG 14 : « Complètement parce que : quand le patient vient nous voir, ce qu'on lui dit en règle générale il l'écoute, il peut le contester, il peut dire qu'il ne le fera pas, que ça ne le concerne pas pour différentes raisons, mais il entend le message. »

4.3. Implication des MG par rapport à la région

2 MGs ne se sentaient pas plus impliqués que ça :

- MG 7 : « Je ne me sens pas plus impliqué, pas plus de différence par rapport à quand j'étais à Paris.»

- MG 12 : « Je n'ai pas l'impression qu'on soit plus impliqué. Je ne vois pas trop de différence au niveau de la patientèle. »

4.4. Education des patients

- **Responsabiliser/sensibiliser le patient**

La majorité des MGs essayait de sensibiliser et de responsabiliser leurs patients :

- MG 13 : « Je demande au patient de prendre des photos après ça m'arrive de les prendre en photo mais je préfère que ce soit le patient, pour qu'il prenne en charge sa surveillance et qu'il soit conscient du risque. »

- MG 14 : « J'essaie de sensibiliser mais on n'a pas toujours…le comment je pourrais dire… la notion de l'importance de l'exposition solaire. »

- MG 15 : « J'essaye de les stimuler à anticiper en prenant un rendez-vous chez le dermatologue une fois par an parce que lui il aura le temps de faire une consultation pour ça. »

- MG 16 : « Soit je leur demande de me rappeler à la prochaine consultation j'essaie de les sensibiliser à ça et de me demander de vérifier la lésion en question que j'ai repéré. »

- **Auto-surveillance**

Elle était préconisée par de 12 MGs :

- MG 10 : « Après les gens spontanément il regarde la partie du corps qui est visible, je vois qu'en pratique, ils s'auto-surveillent quand même. »

- MG 12 : « Qu'ils se fassent surveiller donc régulièrement maintenant avec l' appareil photo numérique je leur demande de prendre en photo et de reprendre en photo une à deux fois par an pour pouvoir comparer. Donc c'est plutôt de l'auto-surveillance. »

- MG 15 : « Je leur conseille quand même de régulièrement… au moins une fois tous les trois mois de s'examiner devant une glace, entièrement. Je leur dis vraiment complètement, entièrement et le mieux c'est d'avoir une glace de chaque côté pour pouvoir vraiment regarder le dos et tout. L'idéal c'est de le faire en couple. »

- MG 16 : « Puis à regarder, à s'auto-examiner quand c'est possible et à nous le signaler. »

- **Surveillance photographique :**

8 MGs conseillaient à leur patient de faire une surveillance photographique :

- MG 9 : « Après ce que je fais c'est que je les incite à prendre en photo avec une petite règle à côté pour pouvoir me remontrer. »

- MG 11 : « Souvent les patients consultent, des fois c'est parti, des fois c'est revenu, je leur dis tout le temps de de prendre des photos pour les montrer après au spécialiste ou à nous pour vraiment qu'ils aient une trace et pour voir l'évolution. »

- MG 14 : « Je leur donne le conseil de faire des photos avec une règle à côté. On va dire tous les trimestres ou bien deux fois dans l'année pour ceux qui ont vraiment des lésions atypiques. »

- MG 15 : « Voilà après au niveau de la surveillance comme je le disais : de prendre des photos tous les trois mois et puis je leur redonne les règles ABCDE et puis voilà. »

4.5. <u>Recours au dermatologue</u>

- **A quel moment ?**

Tous les MGs orientaient facilement vers le dermatologue.

➢ En cas de lésions douteuses :

- MG 2 : « Ca fait partie de la prévention, que de les confier vers un dermato, par exemple si ils ont un grain de beauté douteux ou parce que ça les gêne ou autre, je les envoie pour vérifier. »

- MG 4 : « Il y en a certaines qui présentent des critères tout à fait bénins et parfois il y a des lésions qui sont douteuses et là je ne peux pas répondre de façon sûre et certaine c'est la raison pour laquelle je les oriente vers le dermatologue à ce moment-là. »

- MG 10 : « C'est évident que si j'ai le moindre doute moi-même j'oriente vers le dermatologue. »

➢ En cas de nombreux nævus :

- MG 1 : « J'adresse facilement au dermatologue, justement quand il faut faire un dépistage complet de tout le corps car pour moi c'est impossible de le faire au cabinet et en cas de lésions nombreuses. »

- MG 7 : « Et d'autre part de façon systématique quand il y a plus de six lésions je les envoie chez le dermatologue. »

- MG 9 : « Après la surveillance quand ils ont beaucoup de grains de beauté ce n'est pas évident donc là c'est vraiment avec le dermatologue. »

➢ Dans le cadre de la coordination de soin entre MGs et dermatologues :

- MG 13 : « Je travaille beaucoup avec les dermatologues, j'ai des patients à risque qui sont surveillés par des dermatologues en plus de ma surveillance personnelle. »

- MG 16 : « Oui j'essaye une fois par an et quand je vois que c'est des patients qui ont beaucoup de nævus et que certains sont douteux et qui ont des formes un peu dyschromiques, je les envoie systématiquement chez le dermatologue ou l'ORL si c'est en région faciale. »

- **Service de dermatologie :**

Deux MGs dirigeaient les patients dans le service dermatologique de l'hôpital Archet à Nice :

- MG 11 : « Des fois quand je vois des patients qui ont énormément de grains de beauté et que là je me dis il faut qu'il y ait une surveillance régulière, j'avais entendu dire qu'à l'Archet, il y avait un service qui était pas mal, qui prenait et qui les revoyait régulièrement. »

- MG 13 : « Et lorsqu'il y a un risque particulier, il y a un centre de référence à l'Archet à Nice qui s'occupe très bien de ça, pour les patients à risques pour des lésions suspectes. »

- **Moyens de communication : smartphone**

Les MGs de moins de 40 ans, utilisaient leur smartphone pour demander un avis rapide au dermatologue :

- MG 1 : « Parfois on peut leur envoyer des photos avec les nouveaux smartphones ou soit pour essayer d'avoir un rendez-vous plus rapidement. »

- MG 11 : « Ca m'est déjà arrivé plusieurs fois de les appeler pour des avis et ils m'ont dit « Envoie la photo et on te dit ce qu'on en pense. ». »

- MG 15 : « Je connais un peu un dermato sur Cannes et du coup j'ai vu avec lui pour pouvoir lui envoyer des photos. »

- **En cas de demande du patient :**

➢ 9 MGs étaient plutôt conciliants en cas de demande de patients mais préféraient se faire un avis avant de les orienter vers le dermatologue :

- MG 1 : « Oui aussi je suis plutôt compliant sur ce plan là. Mais bon je jette quand même un coup d'œil sur la lésion pour me faire mon propre avis. »

- MG 7 : « Non pas forcément l'envoyer chez le dermatologue, j'essaie déjà de me faire ma propre opinion. »

- MG 14 : « Si ça rentre dans un conflit parfois je peux être amené à envoyer directement chez dermatologue mais en règle générale j'aime bien regarder la lésion avant d'envoyer le patient. »

- MG 15 : « Si j'ai vu la lésion et que je suis d'accord : oui je vais le faire facilement. Après je juge quand même avant, je l'envoie pas directement pour des lésions comme ça. »

➢ Les autres MGs ne prenaient aucun risque et orientaient directement vers le dermatologue :

- MG 2 : « Globalement même si le patient, même si je ne vois rien d'inquiétant… mais que le patient souhaite avoir un avis dermatologique j'ai tendance à l'orienter. »

- MG 3 : « Si il a beaucoup de nævus et si il a une lésion qui l'inquiète je vais lui dire plutôt oui à titre préventif même si j'ai pas de doute sur la lésion qu'il me montre. »

- MG 13 : « Pour les mélanomes oui je réponds assez facilement à la demande du patient parce que le mélanome est une lésion difficile quand même et piégeuse. »

- MG 16 : « Je l'envoie systématiquement, je ne refuse jamais quand c'est le patient qui demande comme après tout je ne suis pas spécialiste dermatologue. »

4.6. <u>Accessibilité des dermatologues</u>

- **Délai d'attente :**

➢ En cas d'urgence diagnostique, 8 MGs s'occupaient de prendre le rendez-vous :

- MG 1 : « C'est sûr que si on en a besoin en urgence il vaut mieux que ce soit le médecin qui passe le coup de téléphone. »

- MG 2 : « Après les dermatologues sont malheureusement de par leur nombre arrivent au second plan et donc les plus grands dépistages restent quand même, je pense ceux fait par les MG. »

- MG 9 : « Je l'appelle si je pense que c'est très suspect parce que de donner le numéro de téléphone en leur disant « appelez le « là il aura rendez-vous dans cinq mois. »

➢ 5 MGs trouvaient que la plupart des dermatologues étaient disponibles facilement :

- MG 11 : « Là on a deux ou trois dermatologues avec qui on bosse, alors il y en a une qui est très âgée mais quand on a besoin d'un avis rapide dans la semaine on a le rendez-vous et sinon un qui est très réputé il faut deux mois d'attente mais on peut toujours le joindre par téléphone pour avoir l'avis. »

- MG 15 : « Je sais qu'il peut recevoir rapidement, dans les deux-trois jours mes patients pour les lésions mélaniques douteuse. »

- MG 16 : « Je pense que quand il y a vraiment une urgence on va dire diagnostic, en fait c'est facile parce que on a quand même encore la possibilité sur Mandelieu d'appeler et d'avoir un rendez-vous rapide. »

➢ Les autres MGs se plaignaient du changement d'activité des dermatologues et de la difficulté d'accès :

- MG 3 : « Quand on prend un rendez-vous pour recevoir une injection de botox on a rendez-vous dans la semaine par contre quand c'est pour faire un dépistage du mélanome le rendez-vous est à deux mois. »

- MG 13 : « Disons qu'il y a des dermatologues accessibles et d'autres moins. Ca dépend dans quel but j'envoie chez le dermatologue donc quand j'ai vraiment quelque chose qui me pose un très très gros problème parce que c'est mal placé parce que j'ai peur du résultat esthétique…je vais les appeler. »

- MG 16 : « Maintenant d'une manière générale si c'est le patient qui se débrouille tout seul, il y a quand même trois mois d'attente et parfois ça peut être un peu compliqué. »

- **Tarifs**

Un MG évoquait le problème des tarifs des dermatologues :

- MG 3 : « Le problème c'est que ce serait valable si les spécialistes fonctionnaient en secteur un, ce qui n'est pas le cas ils fonctionnent en secteur deux. »

4.7. <u>Campagnes de prévention</u>

➢ Celles diffusées dans les médias étaient plébiscitées par la plupart des MGs (10 sur 16) :

- MG 2 : « Les préventions permettent quand même d'ancrer une forme de connaissance dans l'inconscient des gens et un comportement qui pourrait je dirai être naturel. »

- MG 3 : « Elles sont tout à fait intéressantes : pour inciter les gens à en parler. Elles permettent d'induire un questionnement de toute façon c'est déjà pas si mal. »

- MG 9 : « Quelqu'un qui écoute la radio ou de la télévision c'est des choses qui marquent, il y a des images et ça peut être quelque chose qui incite à en parler. »

- MG 10 : « L'exemple flagrant c'est les antibiotiques : il y a une amorce du message par les médias et si c'est repris et expliqué et alimenté par le médecin traitant, ça passe très bien. Donc on a besoin effectivement de s'appuyer sur les messages grand public. »

➢ Mais 4 MGs doutaient de leur efficacité :

- MG 2 : « Je ne sais pas si l'impact est en terme d'efficience… de la prévention via les médias etc.. soit suffisamment important mais j'imagine que si on n'en fait pas c'est pire. »

- MG 13 : « Les campagnes médiatiques mutualistes de sécurité sociale ou les actions de santé tout public ne sont pas adaptées et pour moi c'est une dépense d'argent public qui est parfois excessive et qui n'est pas maitrisée. »

- MG 14 : « En ce qui concerne la prévention, je pense que la prévention personnalisée et ciblée est plus efficace que la prévention systématique et standardisée. »

➢ 2 MGs trouvaient que la visibilité des campagnes de prévention dans les médias était faible :

- MG 8 : « Dans la mesure où les gens ne m'en parlent pas en disant tiens « j'ai entendu si, j'ai entendu ça» ça prouve qu'ils ne en parlent pas tant que ça au niveau des médias. »

- MG 12 : « Je pense que les campagnes sont biens mais pas suffisantes car après on ne peut pas dire qu'on les voit beaucoup dans les médias mais c'est toujours bien d'en parler. »

➢ Le reste des MGs n'avait pas entendu parler de ces campagnes ou n'y avaient pas prêté attention :

- MG 6 : « J'en ai pas vraiment entendu parler car je n'allume pas beaucoup la télé non plus, à la radio je n'en ai jamais entendu parler et Internet non plus.

- MG 9 : « J'entends, je sais qu'il a des spots qui passent à la radio ou à la télévision…la radio j'ai entendu, après je n'ai pas souvenir d'affiches publicitaires et je ne regarde pas la télévision. »

- MG 11 : « On est quand même moins sensibilisé à ça que le cancer colorectal ou les mammographies ou là ça devient presque systématique et on regarde. »

- MG 16 : « Je pense qu'elles ne sont pas assez développées. J'ai un souvenir d'en avoir vu passé une avec différentes photos qui pouvaient alerter les patients mais ça été assez fugace. »

➢ 2 MGs évoquèrent les journées d'actions de prévention :

- MG 13 : « Il y a des actions médiatiques soit de notre CCAS sur Grasse qui met en place des journées d'éducation à la santé, qui s'appelle « Cap santé » après le problème de ces journées d'éducation sur la santé : c'est qu'on va cibler une population qui est ouverte et intéressée par l'éducation à la santé et qui a déjà une certaine information et on ne va pas cibler forcément la population qui est le plus à risque. »

- MG 15 : « Je crois que c'est une fois par an …je sais plus trop quand c'est…en mai je crois. Avec des consultations dermato…gratuites…enfin prise en charge directement où les patients peuvent s'y rendre comme ça sans rendez-vous. Ça c'est pas mal mais je crois que c'est juste sur une ou deux journées donc quand on y est, bah j'adresse les patients facilement parce que c'est intéressant. »

5. OBSTACLES/FREINS

5.1. Consultation chronophage

- **Manque de temps :**

➢ C'était l'obstacle principal évoqué par la majorité des MGs (12 sur 16) :

- MG 1 : « Vraiment c'est le manque de temps qui me freine et pour moi pour le moment ce n'est pas quelque chose de prioritaire dans ma pratique. »

- MG 7 : « Ça pourrait être le facteur temps au cabinet de ville, au sein d'une consultation parce que en général ils ne viennent pas vous voir que pour ça. Une consultation c'est un quart d'heure-vingt minutes en général pour régler toutes les pathologies. »

- MG 12 : « Après le paramètre temps comme je le disais tout à l'heure : lorsque les patients ont beaucoup de grains de beauté souvent j'ai tendance à envoyer chez dermatologue parce que je n'ai pas le temps de tous les regarder partout en fait. »

- MG 14 : « C'est essentiellement le paramètre temps à savoir qu'aujourd'hui dans la façon dont on nous fait travailler c'est vrai qu'on nous rajoute régulièrement des motifs à la consultation et qu'aujourd'hui ça devient simplement infernal. »

➢ 2 MGs se plaignaient de l'absence de consultation dédiée au dépistage du mélanome :

- MG 9 : « Et puis il y a toujours le problème du paramètre temps parce ce qu'ils viennent pour autre chose et oui effectivement il n'y a pas de consultation dédiée à ça. »

- MG 15 : « Ce qui pourrait m'empêcher c'est le temps quoi…c'est d'être en retard et qu'on n'arrive pas à faire consultations spécifiques pour ça. »

➢ 4 MGs prenaient le temps nécessaire :

- MG 6 : « Il n'y a rien qui m'en empêche non. Je prends le temps si j'en ai besoin. »

- MG 3 : « Je pense que jeter un coup d'œil lorsqu'on examine une personne pour d'autres choses ça peut être fait assez rapidement et si on a un doute on prend un peu plus de temps pour ça. »

- MG 8 : « Franchement je n'ai aucun obstacle, non rien du tout. Après bon… le temps j'essaie de l'inclure dans la prise en charge et dans la conversation surtout s'il y a une notion qui nous y amène. »

- MG 11 : « Moi comme je viens de m'installer, à la limite j'ai un peu plus le temps de le faire. »

- **Motifs de consultations multiples :**

➢ 6 MGs relevaient le trop grand nombre de motifs de consultation :

- MG 10 : « Bon évidemment c'est rarement un motif de consultation en entier, c'est souvent ce qu'on appelle « un petit satellite à la consultation » mais je ne le vis pas comme pénible, c'est quelque chose qui est facile à évoquer. »

- MG 12 : « Après c'est vrai il y a le problème des consultations à plusieurs motifs si les gens ne viennent que pour un motif j'aurai le temps de tout faire sur le problème de dermato mais s'ils viennent pour quatre motifs de consultation c'est clair que je ne prendrai pas le temps. »

- MG 14 : « Quand c'est le énième motif de consultation, en fin de consultation souvent j'ai tendance si je connais bien mon patient je vais lui faire le courrier directement pour le dermatologue. »

- MG 15 : « La plupart du temps c'est fin de consultation « ah au fait j'ai des grains de beauté aussi là » et bah on a déjà une demi-heure de retard et on le regarde rapidement mais clairement on regarde que celui-là quoi. »

- **Vastes activités de prévention :**

➢ Pour les MGs l'activité de prévention était trop importante pour pouvoir insérer de la dermatologie au sein d'une consultation :

- MG 1 : « Il y a beaucoup de paramètres à prendre en compte dans une consultation de médecine générale pour faire une prise en charge globale et pour le coup le problème dermatologique passe au second plan. »

- MG 2 : « C'est un sujet très important mais à insérer lors d'une consultation globale c'est très difficile parce qu'il aurait fallu parler des autres préventions, des autres organes. »

- MG 5 : « Honnêtement aujourd'hui la prévention solaire ce n'est pas une de nos priorités entre l'obésité, le diabète, l'hypertension, le tabac, le soleil, on n'arrive plus à toutes les placer les préventions. »

- MG 16 : « On peut pas dans une seule consultation faire les actes de prévention pour toutes les maladies possibles donc on essaye de voilà, de faire annuellement mais c'est pas possible de le faire chaque fois. »

➢ Deux MGs rapportaient la difficulté à faire de la prévention auprès des patients qui consultaient rarement au cabinet :

- MG 9 : « Je reviens toujours à la même remarque sur la prévention et le dépistage en France c'est-à-dire des patients jeunes qui consultent rarement et qui viennent pour un motif aigu, qui prend plus ou moins de temps et auxquels il faudrait parler et du tabac et du cannabis et de la prévention solaire et des accidents de la route etc… »

- MG 14 : « Quand on est sur des patients qu'on suit à l'année, on essaye d'étaler sur la durée mais quand on est sur des patients qu'on voit très peu, c'est compliqué de faire une médecine préventive totale. »

5.2. <u>Manque de connaissances</u>

➢ 5 MGs avouaient facilement leur manque de connaissance dans ce domaine :

- MG 9 : « Pas de connaissance assez solides et pas de….oui après c'est pas de la confiance mais je n'ai pas suffisamment l'habitude effectivement. »

- MG 12 : « Pas très au point sur la protection solaire. Après oui même sur la prévention de façon plus générale, c'est vrai que je n'ai pas beaucoup de réponses à apporter aux patients souvent. »

- MG 15 : « Je sais que je suis plutôt limité au niveau des connaissances, vu que j'ai pas eu de formation théorique énorme. »

➢ Un MG mentionna son manque d'expérience comme étant un facteur limitant :

- MG 11 : « Oui. Après je pense que c'est parce que je débute aussi, j'ai peut-être moins d'expérience que les autres médecins si vraiment j'ai un doute parfois je demande à un de mes collègues et lui peut se positionner de manière sûre. »

5.3. Manque de moyens/d'outils

3 MGs soulevaient le problème de manque de moyens :

- MG 13 : « On nous reproche de ne pas la faire mais on ne nous donne pas le moyen et le temps nécessaire pour faire correctement. »

- MG 16 : « C'est vrai que ce type d'outils en fait, ils ne m'ont jamais été au proposés... autant on est beaucoup sollicité par l'APREMAS pour la mammographie et hémocculs mais en ce qui concerne la dermatologie, on a quand même beaucoup moins de relances et de propositions d'outils à promouvoir. »

5.4. Manque de reconnaissance

➢ 3 MGs se plaignaient du manque de reconnaissance de la part des instances publiques :

- MG 13 : « Le problème c'est avoir peut-être plus de reconnaissance dans ce domaine, dans cette activité de dépistage et de repérage en soins de premiers recours et d'être pour une fois reconnue pour cette mission. »

- MG 16 : « Je pense que c'est une place ultra importante qui n'est peut-être pas assez valorisée justement à l'heure actuelle. Bon c'est vrai, que voilà on est justement aussi un petit peu en fronde et en grève à cause de ça. »

➢ Un MG souligna le fait qu'il n'existe pas de rémunération pour les actes de prévention :

- MG 15 : « Qui n'est pas reconnu dans la rémunération non plus, maintenant c'est sûr que ça demande beaucoup de temps. »

5.5. Obstacle du déshabillage

➢ Expliqué par le manque de temps :

- MG 2 : « Par faute de temps ou par complaisance ou par habitude on a tendance à déshabiller très peu les patients et du coup on se préoccupe principalement des organes qui posent problème lors de la consultation. »

➢ Ou par la pudeur du patient :

- MG 2 : « Peut-être que c'est mal perçu à notre époque de voir un patient pour un renouvellement de traitement et de le déshabiller. »

- MG 16 : « Peut-être aussi à tort parce que on ne leur demande pas mais aussi parce que à partir d'un certain âge ils n'ont pas très envie de se déshabiller complètement pour faire renouveler leur traitement. »

5.6. Diagnostic difficile

5 MGs rappelaient que le diagnostic de mélanome était un exercice difficile :

- MG 7 : « Il y en a certaines qui présentent des critères tout à fait bénins et parfois il y a des lésions qui sont douteuses et là je ne peux pas répondre de façon sûre et certaine c'est la raison pour laquelle je les oriente vers le dermatologue à ce moment-là. »

- MG 9 : « Je ne me sentirai pas performante pour examiner un patient totalement, donc dévêtu et de rechercher moi des lésions et de pouvoir le laisser sortir en disant « c'est bon, j'ai tout regardé, je suis sûr qu'il n'y a rien». »

- MG 12 : « Prendre une décision tout seule en dermato avec juste un outil de base qui sont une paire d'yeux et éventuellement une petit loupe ce n'est quand même pas si évident que ça. »

- MG 16 : « C'est clair que je ne suis pas performante et si je pense qu'il faut le faire justement, j'envoie au dermatologue. »

5.7. Responsabilité du MG

8 MGs ne voulaient pas prendre de risque au niveau du diagnostic de mélanome :

- MG 3 : « Associé à un examen chez les confrères dermatologues afin d'avoir un deuxième avis, de ne pas passer à côté de quelque chose ou alors en cas de doute sur une lésion cutanée j'envoie aussi chez le dermatologue. »

- MG 6 : « Je ne prends pas vraiment beaucoup de risques c'est-à-dire que ici à Grasse on a un dermatologue qui consulte rapidement et donc dès que j'ai un moindre doute j'envoie chez le dermatologue. »

- MG 11 : « L'idée de pouvoir passer à côté d'un mélanome me stresse donc au moindre doute j'envoie chez dermatologue. Je pense que c'est plus médico-légale on se dit « si tu loupes ça le patient va se retourner contre toi ». »

- MG 16 : « On a quand même beaucoup de responsabilités en ce qui concerne le dépistage et le mélanome. »

5.8. Prévention patient-dépendante

➢ 6 MGs rapportaient la difficulté à modifier les comportements à risque des patients :

- MG 2 : « On touche à des habitudes de vie, à des modifications profondes de modes de vie donc c'est difficile de modifier avec une ou deux consultations régulières. »

- MG 3 : « Je pense que toutes les personnes savent exactement ce qu'il faut faire pour se protéger du soleil et après ils décident ou pas de le faire. »

- MG 13 : « Le risque d'exposition au soleil, en fait est connu pratiquement par tous les patients, parfois ce n'est pas conscient mais ils l'ont tous entendus. »

- MG 16 : « Maintenant on est dans une région où il y a beaucoup de patients, ce qu'ils cherchent c'est plutôt de bronzer et donc ils vont refuser les crèmes après on ne peut pas leur courir derrière pour leur expliquer que le monoï ce n'est pas terrible au final.»

➢ Un MG évoquait l'ignorance des patients vis-à-vis de la gravité du mélanome :

- MG 2 : « Ils n'ont pas conscience de la gravité de la maladie, de la gravité du mélanome donc c'est comme les jeunes qui fument, ils savent qu'il y a des maladies cancéreuses ou autres et toutes les maladies qui en résultent mais ils fument. »

5.9. Patients submergés par les messages de prévention

➢ 5 MGS avaient l'impression que les patients étaient submergés par la récurrence des campagnes de prévention :

- MG 1 : « Ils sont plus à l'écoute dès que c'est le médecin qui en parle, alors qu'à la télévision ou à la radio ils sont tellement sollicités par les publicités que ça passe à la trappe. »

- MG 2 : « Plus on impose de contraintes au patient, plus les recommandations risquent d'être mises de côté ou au contraire devenir des éléments répulsifs. »

- MG 9 : « Je me suis dit « encore une campagne d'information c'est bien mais est-ce que il n'y en a pas…enfin avec tous les messages délivrés quel est celui qu'on retient ? »

- MG 14 : « Trop d'information tue l'information donc je vais répéter ce que n'arrête pas de me répéter mes patients, il y a tellement de demandes prévention au jour d'aujourd'hui qu'ils ont impression d'être malades même quand ils sont en bonne santé. »

➢ 2 MGs constataient une division parmi leurs patients liée à l'excès d'informations :

- MG 13 : « A force d'entendre parler de toutes les campagnes de prévention, il y a deux types de patients : ceux qui prennent de la distance par rapport ces campagnes de prévention et puis ceux qui stressent et ceux qui sont complètement sur-consommateurs. »

- MG 14 : « Il y a deux attitudes : il y a les hyper-anxieux qui deviennent obsessionnelles et qui viennent trois fois trop et il y a les autres qui finissent par ne plus venir parce qu'ils en ont ras-le-bol et en fait de plus en plus on va vers les deux extrêmes. »

➢ 2 MGs décrivaient l'effet délétère des campagnes de prévention :

- MG 2 : « C'est au même titre que le tabac : tout le monde sait que c'est nuisible mais on continue à en consommer. »

- MG 14 : « Un des exemples c'est le tabac au jour d'aujourd'hui on entend tellement parler du tabac qu'ils finissent par nous dire que « bon bah c'est bon on sait » c'est ça veut dire « je ne veux pas en entendre parler ».

6. SUGGESTIONS/VOIES D'AMELIORATION/REVENDICATIONS

6.1. Rôle du médecin

➢ L'ensemble des MGs pensait améliorer leur pratique en s'impliquant plus :

- MG 2 : « Pour améliorer les connaissances, c'est clair que peut-être il faut intellectuellement se former. »

- MG 3 : « Pour l'améliorer comme pour tout dans la médecine : il faut y croire, quand on n'y croit pas c'est difficile de faire passer le message. »

- MG 13 : « Il y a des actions personnelles, c'est de s'obliger à passer du temps dans la consultation, auprès des patients, à vérifier les zones derrière les oreilles, vérifier les épaules, vérifier les zones disons à risque, déshabiller les patients effectivement, regarder, se former bon ça on en a déjà parlé. »

- MG 14 : « C'est important, est-ce qu'on doit s'impliquer plus ? Si on s'implique pas : oui, car c'est important de s'impliquer plus, bon après ça dépend de chacun. »

- MG 15 : « Il faudrait surtout essayer de poser plus systématiquement la question aux patient et d'examiner un peu plus systématiquement quoi. »

➢ Un MG parlait de mettre en place des rappels :

- MG 11 : « Là par rapport au mélanome si on ne met pas un mot dans les dossiers et qu'on dit pas « on vérifie », on n'a pas de rappel… »

➢ Un autre MG ne voyait pas comment il pouvait améliorer sa pratique :

- MG 9 : « Pour la pratique là actuellement je ne vois pas comment je pourrais changer c'est toujours pareil parce que le temps dédié à ça est très court. »

6.2. Formations

➢ 10 MGs sollicitaient les FMC présentielles qui permettaient d'échanger entre confrères :

- MG 2 : « C'est vrai que les FMC c'est plutôt intéressant, étant donné qu'il y a une rémunération et puis ça reste convivial, ça reste quand même assez professionnel. »

- MG 4 : « Présentielle en tout petit groupe avec de multiples exemples possibles, je pense des peaux artificielles sur lesquelles seraient mises des lésions, qu'on puisse véritablement toucher, voir dermatoscoper…plus que des photos. Voire des vrais patients. »

- MG 5 : « Je suis nettement plus concentrée quand j'y vais et que je passe deux heures sur un sujet et souvent ça reste plus longtemps dans ma tête que quelque chose par Internet que je vais lire mais je vais peut-être faire autre chose en même temps. Donc moi j'aime bien les formations humaines. »

- MG 9 : « Je préfère les formations présentielles et qu'il y ait un partage avec d'autres personnes pour discuter des situations après l'idéal ce serait que chacun ramène ses photographies et parlent des situations avant. »

- MG 11 : « J'aurais plus tendance à faire une formation avec des spécialistes : c'est plus convivial, c'est plus sympa, que d'aller lire son bouquin de son côté, finalement je pense ce que ça prend un peu de temps de se dire « bah tient on se réunit » mais après c'est plus enrichissant je pense dans l'heure où on est tous réunis. »

➢ La FMC via internet était préférée par les MGs les plus jeunes :

- MG 1 : « Plutôt par internet, je trouve cela plus pratique, on perd moins de temps et le plus important c'est de voir des photographies pour identifier les lésions à risque. »

- MG 8 : « Je crois que compte-tenu de mon temps de travail et de mes occupations etc…et des difficultés de suivre les formations médicales continues, je crois que tout ce qui peut être visuel, direct…etc… que ce soit lecture ou visualisation sur Internet ou sur des images vidéos, etc… les déplacements à l'heure actuelle, il faut disposer de temps. »

- MG 12 : « Avec les nouvelles formations continues par l'OGC on peut faire des formations par Internet et donc ça oui, ça me paraît aussi intéressant de faire ça. »

MG 15 : « Formation sur internet parce que la dermato ça se voit de toute façon en photos donc à partir du moment qu'on a des clichés et un peu de contexte on peut facilement faire le tri entre les lésions graves et bénignes. »

➢ Certains MG proposèrent de mettre en place, d'autres types de formations :

- MG 4 : « Peut-être voir des lésions en 3D cela permettrait d'apprécier autre chose que des simples photos qui ne sont que des photos…Je pense à des peaux artificielles sur lesquelles seraient mises des lésions, qu'on puisse véritablement toucher, voir dermatoscoper. »

- MG 11 : « Peut-être effectivement que des laboratoires viennent nous voir pour présenter leurs produits et nous faire des rappels. »

- MG 11 : « Des visites confraternelles avec des spécialistes, avec des dermatologues, qui nous refassent un topo sur justement le dépistage, comment identifier le spino, le basocellulaire, le mélanome. »

- MG 13 : « Je pense que ça fait partie des formations qu'il faut voir et qu'il faut en stage de médecine générale aller chez les dermatologues et aller visualiser ce que c'est réellement. »

- MG 13 : « Les formations qui ne concernent que le savoir pur et le contenu sont actuellement totalement dépassées et qu'une formation interactive et avec un suivi dans le temps des patients dans une file active est beaucoup plus intéressante. »

- MG 15 : « Je pense que c'est plus dans la pratique après sinon il faut se former vraiment en faisant un diplôme universitaire ou bien des FMC un peu la dessus. »

6.3. Outils

➢ Les MGs voulaient disposer de plus de documentation de prévention à destination du grand public :

- MG 1 : « Je n'ai pas de prospectus ou de documentation à fournir aux patients, je n'en ai pas non plus en salle d'attente, il faudrait que j'en demande à un organisme de prévention.»

- MG 6 : « Si j'avais plus de documents ou d'images avec un accès facile cela pourrait être intéressant ou par exemple un livre de dermatologie que je pourrais sortir rapidement au milieu d'une consultation, ça pourrait peut-être aider.

- MG 16 : « Peut-être effectivement qu'il y ait des supports, on va dire d'accès facile pour les patients et qui nous permettent par exemple de leur faire rappeler en salle d'attente que une fois de temps en temps faut penser à faire vérifier voilà ses nævus. »

➢ 2 MGs souhaitaient recevoir des formations sur des outils :

- MG 4 : « Peut-être apprendre à mieux maîtriser la technique de prise de photos sur ce qu'il faut prendre exactement, comment le prendre. »

- MG 14 : « Je me dis que peut-être avec une formation très pratique avec un dermatoscope, peut-être que ça pourrait améliorer ma pratique, ça c'est une question que je me suis déjà posé.»

6.4. Campagnes de prévention de santé publique

➢ Les MGs souhaitaient un plus grand développement des campagnes de prévention auprès du grand public :

- MG 1 : « Peut-être une campagne médiatique comme c'est fait pour le dépistage du cancer colorectal ou le cancer du sein qui permettrait aux patients de s'interroger sur ce sujet et après venir nous demander ou nous poser des questions, afin que le médecin leur délivre une information adéquate et cela pourrait nous faciliter les choses. »

- MG 8 : « Faire des émissions effectivement sur la dangerosité de l'exposition solaire parce que les gens sont marqués parfois par les….et ce qu'il faut c'est que des gens viennent parler de leur misère sur ce plan-là, ceux qui ont été opérés, qui ont été disons, à ceux qui ont pu avoir des exérèses invasives ou ceux qui ont pu perdre, je ne sais pas moi… un proche de manière subite. »

- MG 10 : « Il faudrait pour toucher un large public : il faut l'aide des médias et si possibles cibler au bon moment c'est-à-dire au mois de mai au mois de juin. »

➢ Un MG désirait que l'INPEs s'investisse plus auprès des MGs :

- MG 12 : « Qu'on soit un petit peu mieux former là-dessus donc c'est à la fois peut-être de notre faute à nous et peut-être effectivement d'avoir un peu plus de choses de l'INPES par exemple. »

➢ Un autre MG proposait que les pharmaciens participent aux campagnes de prévention :

- MG 10 : « Inciter les pharmaciens à mettre une affiche sur leur devanture pour interpeller. Je pense que le pharmacien il a quand même une connotation message-santé importante. »

➢ Enfin un MG préconisait d'analyser les échecs en matière de prévention :

- MG 13 : « Je pense qu'actuellement tout ce qui échec en matière de rupture de soins ou d'échec de prévention il y a des facteurs à identifier et que les groupes d'analyses des situations professionnelles permettent de mettre en évidence. »

Et de mettre en place une politique adaptée territorialement :

- MG 13 : « Dans un cadre de politique de santé territoriale, mettre en œuvre une dynamique territoriale à partir des besoins de la population. »

6.5. Consultations dédiées

4 MGs suggéraient la mise en place de consultation dédiées et d'un dépistage organisé :

- MG 2 : « Sinon on fait une consultation de dépistage, de prévention dédiée, organisée par les MGs. »

- MG 9 : « En France il n'y a pas de consultation de dépistage à proprement parlé. »

- MG 15 : « Il devrait presque y avoir des consultations obligatoires remboursées de dépistage mais pas que pour ce dépistage là… mais aussi pour les autres dépistages, pour que les patients aient une incitation en tout cas à venir tous les ans pour qu'on puisse parler de ces dépistages. »

6.6. Meilleure reconnaissance

Un MG demandait une meilleure reconnaissance de la part des instances :

- MG 13 : « Il serait enfin souhaitable que l'HAS et nos décideurs reconnaissent un jour, qu'on ne peut pas prétendre faire du dépistage et de la prise en charge tout public et qu'il vaudrait mieux, y mettre les moyens sur le terrain et accorder un peu plus de reconnaissance à l'activité complexe qu'est la médecine générale et qui pourtant est très productive en matières de dépistages et de repérages. »

6.7. Produits de protection solaire

3 MGs souhaitaient une classification plus claire des PPS :

- MG 6 : « Qu'il y ait une liste qu'on puisse trouver facilement sur un site, je ne sais pas… sur les écrans solaires avec un tableau récapitulatif. »

- MG 7 : « Une information claire et nette sur ce que sont les crèmes solaires par exemple avec un tableau récapitulatif. »

6.8. Education

- Un MG proposait de mettre en place des cours d'éducation à l'exposition solaire à l'attention des enfants :

- MG 15 : « C'est plutôt à destination des enfants que ce serait plus intéressant et pour vraiment qu'à l'école il y ait ça quoi, que ces messages-là passent directement. »

- Un autre MG soumettait l'idée de remettre aux patients la règle ABCDE :

- MG 11 : « Peut-être leur dire « voilà si ça grossit » avec la règle ABCDE de la donner aux patients, ça peut-être pas mal. »

DISCUSSION

A. JUSTIFICATION DE LA METHODE [61 62 63]

1. METHODE QUALITATIVE

La méthode de recherche qualitative était la plus appropriée dans le cadre d'une démarche exploratoire en collectant de nombreuses données verbales et dans le cadre d'une démarche interprétative afin de répondre aux objectifs de l'étude.

Elle permet :

- d'aborder la compréhension de la santé et des déterminants des soins de façon plus élargie.
- d'évaluer et de mieux comprendre les expériences, les représentations, les sentiments, les opinions, les attentes et les besoins des participants.
- d'identifier les causes et les logiques qui guident le comportement des participants.
- de préciser et de clarifier les idées en adaptant les questions si besoin.
- d'obtenir des réponses plus riches en information et spontanées de par ses questions ouvertes.
- de faire émerger des associations d'idées et de nouvelles hypothèses qui n'auraient pu être prédéterminées dans une collecte de données quantitatives avec un questionnaire.

À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée au domaine de la Médecine Générale.

2. SELECTION DES PARTICIPANTS

En recherche qualitative il n'y a pas de règle stricte quant à la taille des échantillons.
Dans le cadre d'un échantillonnage non probabiliste, la sélection des participants se poursuit jusqu'à ce que le point de saturations des données soit atteint. C'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne semble plus pouvoir être obtenue après analyse des retranscriptions déjà recueillies.
L'échantillonnage n'est pas déterminé par le besoin de généraliser et de prédire mais par celui de créer et de tester de nouvelles interprétations et d'acquérir une meilleure compréhension d'un phénomène.

3. ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES

Dans les recherches qualitatives, on distingue plusieurs types d'entretiens : libre, semi-dirigé, en focus groupe.

- l'entretien libre se pratique lorsqu'il n'y a pas d'information précise sur le domaine étudié et sur la façon dont il est perçu. L'inconvénient est que l'information libre est très difficile à traiter, à catégoriser et à interpréter ce qui implique un risque important d'hors-sujet.

- la technique en focus-group (entretien en groupe) n'a pas été retenue afin d'éviter une stagnation des idées par influence inconsciente des confrères et afin d'éviter l'apparition de facteurs de résistance ou de mécanismes de défense ou d'inhibition qui existent lors de ce type de rencontre.

- l'entretien individuel semi-dirigé doit répondre à certaines conditions de validité :

- les enquêtés doivent être sélectionnés en fonction de leur expérience commune du sujet étudié et sur des critères communs (tranche d'âges, catégorie socio-professionnelle, situation familiale).

- l'enquêteur doit présenter une attitude intelligemment critique avec une écoute bienveillante et empathique envers l'enquêté et en lien direct avec ses réponses.

- les questions sont directives mais ouvertes. Il faut laisser l'enquêté avoir une liberté de parole, ne pas l'interrompre, l'encourager à développer et à citer des exemples, respecter les éventuels « silences » pour le laisser formuler son ressenti.

- l'entretien est partiellement structuré et utilise un plan préétabli de questions ouvertes appelée « guide d'entretien », qui est nécessaire pour organiser l'interrogation mais qui ne doit pas diriger le discours.
Il reprend la liste des thèmes à aborder. Pour chaque thème, il existe des sous-questions dites « de relance » qui permettent d'amener les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément.

Le plan du guide d'entretien doit rester souple et flexible. L'ordre des questions est modulable et de nouvelles questions peuvent-être introduites à l'issue des premiers entretiens ou directement au cours de l'entretien. Il doit s'adapter, être évolutif et modifiable en fonction des résultats obtenus après l'analyse contemporaine des données déjà recueillies, du déroulement de la séance, du ressenti de l'enquêté et de la familiarisation de l'enquêteur avec le guide, etc…
Ce qui permet de préciser certaines notions, d'élargir le champ de discussion, d'explorer les pistes évoquées et de s'éloigner du guide afin de laisser émerger des nouvelles hypothèses et idées.

Le guide d'entretien semi-dirigés de l'étude a permis de diminuer le biais portant sur les risques de hors sujets de la part des MGs interrogés.

4. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

La programmation temporelle doit être choisie de façon adéquate pour maximiser la disponibilité de l'enquêté et éviter tout phénomène extérieur qui biaiserait la qualité de l'entretien (coups de téléphones de patients ou de la secrétaire, temps limité, lieu inhabituel ou stressant, etc…).

B. FACTEURS DE RISQUE EVOQUES PAR LES MEDECINS

1. FACTEURS DE RISQUE ET POPULATION A RISQUE

➢ La grande majorité des MGs avait répondu assez facilement aux questions concernant les facteurs de risque, les populations et les comportements à risque de mélanome cutané.

Mais leurs connaissances étaient partielles si on se réfère aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2006 [36] et aux résultats d'une étude menée par le « Réseau Mélanome Ouest ». [64]

En 2012 une actualisation de la revue de la littérature par l'HAS [38] rajoute de nouveaux facteurs de risques : les yeux de couleur claire, les dommages actiniques et les kératoses actiniques.

Dans un autre rapport de L'HAS en 2012 [65] sur les facteurs de retard au diagnostic de mélanome, on remarque aussi que les MGs ne maîtrisent pas l'ensemble des facteurs de risque, ce qui peut être à l'origine de la non-identification des patients à risque de mélanome cutané.

➢ Deux MGs ont évoqué les éphélides (=tâches de rousseurs) et aucun n'a pensé à évoquer les antécédents de coups de soleil (quel que soit l'âge de survenu).

Ces légères lacunes peuvent s'expliquer, peu de MGs de notre étude avaient consulté récemment les dernières publications sur le mélanome.

En 2012 l'InVS [66]suggère aussi de sélectionner les sujets les plus à risque de mélanomes et à leur proposer une surveillance dermatologique.

Un outil qui pourrait être utile pour les MGs afin d'identifier les sujets à risque est le SAMScore (Self-Assessment of Melanoma Risk Score).
C'est un questionnaire destiné aux MGs qui a été créé par une équipe de Dermatologie du CHU de Nantes. Il reprend les facteurs de risque de mélanome décrits par l'HAS et se présente en 7 points. [67]

Une étude prospective avec 7997 patients [68] sur l'intérêt du SAMScore dans le dépistage du mélanome a permis de confirmer l'efficacité de ce score dans le domaine du dépistage ciblé.

Un travail de thèse de 2013[69], a demandé à 130 MGs d'évaluer le SAMScore dans leur pratique quotidienne.
84 % des MGs sont prêts à l'intégrer dans le dépistage ciblé du mélanome.
Les MGs le trouvent pratique, rapide d'utilisation, mais la compréhension des critères est peu évidente pour 20% d'entre eux.
Le SAMScore a cependant été très peu utilisé : 75 % des médecins ont classé moins de 2 patients par jour.

Actuellement il existe une étude appelée COPARIME 5000 [67] qui va tenter de comptabiliser sur plusieurs années le nombre de mélanomes diagnostiqués chez des patients classés à haut risque par le SAMScore.

Le SAMScore est un outil efficace et adapté pour la pratique de dépistage du mélanome.
Son utilisation est simple, rapide et il reprend les critères de l'HAS.
Cependant, il faut sensibiliser les MGs à son intérêt et le SAMScore mérite d'avoir une plus grande notoriété auprès des MGs (aucun MG de notre étude ne l'a mentionné).

- Les MGs étaient attentifs aux risques solaires encourus par les travailleurs en extérieurs, qui sont nombreux dans notre région.

L'INCa a publié en 2012, un dépliant pour sensibiliser les médecins aux facteurs de risques professionnels de cancer de la peau même si la prévention solaire relève normalement de la responsabilité de l'employeur. [70]

En 2012, la MSA (Sécurité Sociale Agricole) a publié des résultats intermédiaires sur une grande étude de cohorte lancée en 2005, auprès de 18000 agriculteurs et appelée « AGRICAN ».
Il a été observé une augmentation de l'incidence des mélanomes cutanés de 1 % chez les hommes et de 6% chez les femmes par rapport au reste de la population.

Pour identifier les travailleurs en extérieurs, on devrait avoir le réflexe de demander la profession des patients et la noter dans le dossier médical. Puis il faudrait se mettre des rappels pour parler de prévention et faire un examen cutané complet une fois par an comme l'avait suggérait un MG de notre étude.

- D'autres MGs identifiaient les personnes abusant de l'exposition solaire et excessivement bronzées comme étant à risque.

Dans une revue de la littérature de 2014, *Petit A. et al* [71] expliquent que le bronzage excessif peut être rattaché au spectre des addictions comportementales. Mais ils estiment que des travaux devront être menés sur le plan psychopathologique, neurobiologique et de la prise en en charge de ces sujets afin d'améliorer la compréhension du bronzage excessif.

- Enfin, les enfants étaient une population très fréquemment mentionnée par les MGs, que nous aborderons un peu plus loin.

2. LESIONS A RISQUE

- Globalement les MGs avaient les bonnes références pour détecter une lésion à risque.

Beaucoup ont cité la règle ABCDE, apprise lors de la formation initiale et reprise dans toutes les recommandations. D'autres se référaient principalement à l'évolution et enfin certains se fiaient au signe du « vilain petit canard ».

L'HAS en 2012 [38] ajoute que la reconnaissance d'une lésion suspecte est un des éléments majeurs dans la détection précoce du mélanome cutané, en parallèle de l'identification des sujets à risque.

En 2011, l'INCa [72] a mené une enquête déclarative auprès de 600 médecins généralistes sur la détection précoce des cancers de la peau.
Dans celle-ci il a été demandé aux MGs de définir les lésions à risque.
En premier lieu, 73% s'inquiètent si le nævus comporte plusieurs couleurs ou s'il évolue (60 %). Puis secondairement attentifs au diamètre (41 %), aux bords (40 %), à l'asymétrie (31 %), au relief (18 %) et aux saignements (16 %). 20 % s'inquiètent s'ils ont une impression générale négative vis-à-vis d'un nævus.

Ces résultats montrent que tous les critères de la règle ABCDE ne sont pas pris en compte de façon égale. Les MGs s'avèrent plus particulièrement sensibles au critère E (d'Évolution), comme les changements de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur propres.

Cette règle ABCDE, même si elle présente des limites au niveau diagnostic, a l'avantage d'être simple à mémoriser et à utiliser. Devant sa facilité d'utilisation, elle pourrait même être enseignée aux patients. D'ailleurs, certains MGs de notre étude expliquaient cette règle aux patients ou leur notaient sur un papier.

3. REGION A RISQUE

- L'ensemble des MGs s'accordait sur le fait que le département des Alpes-Maritimes est une zone à risque pour les patients.

L'étude de *Stoebner-Delbarre A. et al.* [73] menée auprès de 41143 adultes sur leurs connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du soleil en France démontre que le lieu d'habitation est un facteur influant et déterminant des comportements de protection solaire. Les habitants des régions du nord de la France se protègent plus que ceux du sud.

Cela peut être lié à une question de culture mais aussi sans doute à des facteurs socio-économiques liés à l'attractivité de la vie dans le sud de la France, précisément pour ses qualités d'ensoleillement.
Ces résultats plaident en faveur d'une « régionalisation » des messages de prévention.
Il faudrait que les MGs adaptent leur pratique à la région d'exercice et au type de population rencontrée.

Depuis l'été 2005, le Conseil Général des Alpes-Maritimes a doté le département d'un « Bus Info Cancers »[74]. C'est un outil de proximité, animé par des professionnels médicaux de la Délégation des Relations Institutionnelles et de l'Offre de Soins (DRIOS). Son objectif premier est de permettre aux habitants du département un accès égalitaire à l'information et à la prévention. Et il contribue à relayer les messages du Plan National de Lutte Contre le Cancer en incitant les personnes au dépistage.

Mais le Conseil Général pourrait s'impliquer un peu plus dans les campagnes de prévention, en développant des dépliants et brochures laissés à disposition du grand public au sein des lieux publiques et des offices de tourismes. Ou en affichant des messages de prévention sur les bus, les arrêts de bus, les panneaux de la ville, etc.
Il devrait aussi investir de l'argent dans l'aménagement de lieux ombragés et dans l'organisation d'évènements de grandes envergures sur la prévention solaire, dans les différents lieux de loisirs et les plages.

Il pourrait aussi être utile de faire participer les intervenants du tourisme, à l'action de prévention solaire en informant et sensibilisant leurs clients sur les risques liés au soleil

C. MESURES DE PREVENTION ET DEPISTAGE

1. CONSEILS DE PREVENTION SOLAIRE

1. Photoprotection

➢ L'ensemble des MGs connaissaient les principales mesures de photoprotection.

L'étude « Mélanome Ouest » [64] confirme que les connaissances des MGs sont bonnes concernant les moyens de photoprotection physique.

Ils peuvent donc bien informer leurs patients et les éduquer face à l'exposition solaire.

Et lorsque l'on fait des recherches sur les connaissances des patients en matière des mesures de photoprotection : dans l'ensemble les résultats sont satisfaisants.

Dans une étude de 2012 de *Saiag P. et al.*[75] menée auprès de 1502 personnes :
97 % des répondants citent correctement au moins une mesure de photoprotection
(80 % vêtements, 60 % crème solaire).
97 % déclarent que l'exposition au soleil doit être réduite entre 12h et 16h en France.

En 2005, Stoebner-Delbarre A. et al. retrouvent que les moyens de protection privilégiés par les patients sont par ordre décroissant : les lunettes (82 %), les vêtements (78 %), le parasol (74 %), les produits solaires (69 %) et le chapeau (61 %).

➢ Un MG a évoqué les vêtements anti-UV comme nouveau moyen de photoprotection.

Ce type de vêtements n'est pas connu du grand public et même de la plupart des médecins.
Dans d'autre partie du globe où le taux d'ensoleillement est majeur et où la population est plus à risque comme en Australie ou en Nouvelle Zélande, ces vêtements sont largement utilisés par la population pour se protéger des rayons UV.
Depuis quelques années, ces vêtements font leur apparition en France dans des magasins de loisirs et de sport.
Il serait intéressant d'informer la population sur cette nouvelle possibilité de photoprotection notamment les enfants qui pratiquent beaucoup d'activités et de loisirs en extérieur.

Actuellement de nombreuses études [76] sont en cours sur les nouvelles stratégies de photo-protection pour mettre au point de nouveaux agents pharmacologiques destinés à renforcer les mécanismes naturels de photoprotection et à réparer les dégâts de l'ADN provoqués par l'exposition aux UV.
Certaines de ces molécules pourraient être associées aux filtres solaires et accroître ainsi l'efficacité des PPS.

2. <u>Produits de protection solaire</u>

➢ **Avis/connaissances des médecins**

Les MGs ne se sentaient pas à l'aise avec la classification des PPS et peu d'entre-eux leur faisaient vraiment confiance.

L'étude de *Quereux G et al.*[64] constate une mauvaise connaissance des MGs concernant la signification de la signalétique des PPS.
En effet, seuls 33 % des sujets connaissent le sens de SPF (Sun Protect Factor), 35 % de IPD (Immediate Pigment Darkening) et 52 % de IP (Indice de Protection).

Pour aider les MGs l'ANSM a publié en 2006 [46] une mise à jour portant sur les conditions d'étiquetage des PPS afin de proposer une nouvelle classification basée sur le caractère harmonieux de la protection contre les UVB et les UVA (cela a été abordé dans la partie généralité).

➢ **Notions/connaissances des patients**

Les MGs soulevaient le problème de mésusage et de méconnaissance des PPS chez les patients, qui pouvaient entrainer des comportements à risque comme une exposition solaire prolongée.

En 2000, *Autier et al.*[77] constatent que les crèmes de protection de haut indice peuvent être inductrices de comportements à risque en augmentant la durée de l'exposition solaire.

Une autre étude de *Stoebner-Delbarre A. et al.* en 2005 [73] expliquent l'apparition de ces comportements à risque par la méconnaissance des PPS.

Ils montrent que 42% des personnes interrogées pensent que tous les PPS sont identiques et que 53% pensent qu'ils permettent de s'exposer plus longtemps.

Néanmoins en 2007, *Nicol et al.* [78] observent que la délivrance gratuite de crèmes solaires est associée à une application plus systématique en cas d'exposition, à une diminution des coups de soleil et à une absence d'augmentation de l'exposition.

Ces résultats suggèrent qu'un étiquetage plus explicite pour le public se traduirait par une meilleure protection des usagers. Cependant ils estiment que le coût peut être un facteur limitant à utiliser la crème solaire aussi souvent que nécessaire.

L'ANSM a publié en 2011[45] des recommandations générales de bon usage des PPS à l'attention des utilisateurs afin de les guider dans le choix et dans la bonne utilisation de ces produits en fonction des phototypes et des conditions d'ensoleillement prévues.

Cependant ces recommandations gagneraient en lisibilité et en accessibilité, en étant plus pédagogiques et ludiques.
De surcroît, l'ANSM est un organisme peu connu du grand public et il faudrait que ces recommandations soient reprises par l'INPES ou l'INCa, qui permettent d'informer une population plus large.

Puisque les PPS est le mode de protection choisi par la majorité des patients, il est déterminant d'améliorer leur utilisation et de simplifier leur compréhension.
Il devrait y avoir une information claire et uniforme sur la quantité de PPS à appliquer et sur l'importance de la régularité d'application qui conditionnent une protection solaire réelle et efficace.
De plus, il faudrait faciliter l'accès aux PPS pour le grand public, en diminuant les prix du marché. Ce que souhaitait un MG de notre étude.
D'ailleurs, certaines mutuelles commencent à inclure dans leurs offres, des forfaits « prévention solaire » destinés aux enfants, pour rembourser en partie des PPS.

2. OUTILS DE DEPISTAGE ET DE SURVEILLANCE

➢ Examen à l'œil nu

Il reste le moyen de dépistage de première intention chez les MGs en cas de lésions douteuses.
D'autant plus, qu'ils étaient nombreux à utiliser la méthode ABCDE.

Cependant l'identification d'un mélanome par le seul examen clinique, reste limité et difficile en cas de mélanomes in situ, de petite taille, ou de formes nodulaires et achromiques. [79]
Et les MGs voulaient la mise en place d'outils d'aide au diagnostic.

En 2005, dans l'étude de *Housiaux et al.* [80], une proposition d'outils d'aide au diagnostic était souhaitée par 80 % des MGs : principalement un manuel avec iconographie (82,2 %), des sites internet (23,7 %), des posters (11,8 %), autres (5,9 %).

➢ **Loupe/dermatoscope**

Trois MGs disposaient d'un dermatoscope au sein de leur cabinet, d'autres MGs possédaient une simple loupe grossissante.

Pourtant le dermatoscope est un outil très efficace dans l'aide au dépistage précoce ou la surveillance cutanée comme le prouve l'HAS en 2012 [38].
La dermatoscopie a une supériorité égale ou supérieure aux autres techniques d'imagerie.
La surveillance dermatoscopique avec et sans prise de photos permet le diagnostic précoce de mélanomes de bon pronostic, *in situ* ou peu épais (indice de Breslow < 1 mm).

Guitera-Rovel et al.[79] confirment que la dermatoscopie a une sensibilité et une spécificité supérieures à l'examen à l'œil nu.

Néanmoins, l'HAS en 2006 estime que son utilisation nécessite que les médecins soient formés à la sémiologie des images dermatoscopiques. [36]
D'ailleurs un MG de notre étude souhaitait participer à ce type de formation.

Il faudrait donc promouvoir auprès des MGs, l'utilisation de cet outil performant dans la détection de lésions à risques.
Cependant son maniement est assez difficile et il serait préférable de former les MGs sur ce point.
Un autre inconvénient est qu'il est particulièrement onéreux et qu'il n'est pas suffisamment utilisé dans la pratique quotidienne de la médecine générale pour justifier cet achat.

➢ **La photographie**

- De nombreux MGs utilisaient un appareil photo numérique ou leur smartphone pour surveiller l'évolution des lésions cutanées suspectes. Parfois ils demandaient aux patients de le faire afin de les responsabiliser.

Selon le Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF).[81]
La photographie complète la fiche d'observation, elle sert d'élément de surveillance (nævus, angiome) et elle peut être télétransmise (images numériques).
Elle est utilisée dans un but de diagnostic, de suivi thérapeutique, mais aussi pour la formation médicale.
Dans tous les cas, la photographie doit être prise avec l'accord du malade.

L'HAS en 2012 [38] confirme l'efficacité de son utilisation, mais lorsqu'elle est associée à un dermatoscope. La surveillance dermatoscopique avec prise et enregistrement de photos permet d'éviter des exérèses inutiles pour lésion bénigne et est plus performante que la surveillance dermatoscopique seule.

D'autres études montrent, que cette méthode permet la détection de mélanomes n'ayant aucun critère dermatoscopique de mélanome.[79] [82]

Mais comme vu précédemment l'utilisation de la dermatoscopie nécessite une certaine pratique et peu de MGs disposent de cet outil.

Désormais il existe les photographies dermoscopiques avec diagnostic assisté par l'ordinateur [79].
Le concept de telles machines repose sur l'extraction de données morphologiques (souvent fondées sur les critères ABCDE et dermatoscopiques connus) et sur la conversion en données quantitatives numériques.
La classification de la lésion grâce aux algorithmes en combinant les caractères permettant le mieux de différentier les lésions bénignes du mélanome.
Elles semblent pouvoir atteindre les capacités d'un expert. Seulement, peu d'études ont été réalisées dans un contexte clinique pour pouvoir se faire une opinion claire sur l'utilisation de ces machines, d'autant plus que le coût est de nouveau un facteur limitant.

Les photographies corps entier, quant à elles, sont proposées généralement aux patients à haut risque. Elles permettent :
- d'avoir une image de référence globale, pour dépister des lésions nouvelles ou changeant imperceptiblement et pour diminuer l'excision des lésions bénignes stables;
- de faciliter l'autoexamen par le patient;
- de dépister non seulement les mélanomes mais aussi les carcinomes. [79]

La photographie ciblée de lésions douteuses ou la photographie corps entier présentent donc des avantages non négligeables en matière de dépistage précoce et de surveillance.
Cependant la photographie présente certaines limites, la technique photographique doit être codifiée et reproductible selon plusieurs paramètres (la position du sujet, l'éclairage, l'appareil photo utilisé, le rapport d'agrandissement de l'image); pour pouvoir comparer les différents clichés. [82]
D'ailleurs un MG de notre étude proposait d'instaurer une formation sur les techniques de photographie en dermatologie.

- Par ailleurs, certains MGs utilisaient leur smartphone pour envoyer des photographies de lésions douteuses au dermatologue afin d'avoir un avis spécialisé rapide.

Lors de nos recherches, nous avons découvert qu'il existait des applications pour smartphones qui proposaient de faire une analyse des lésions cancéreuses de la peau à partir de photos prises par l'utilisateur, avec un prix tournant autour de 5 dollars.

Une équipe de scientifiques [83] a étudié la fiabilité de quatre applications :
- Trois applications utilisaient des algorithmes pour déterminer s'il y avait un risque cancéreux.
- La quatrième envoyait les images à un dermatologue certifié.
Pour les 3 applications utilisant des algorithmes : la performance pour évaluer les risques de mélanomes était très variable puisque le taux d'erreur était de 30 %.
Tandis que celle avec le dermatologue n'avait mal diagnostiqué qu'une seule des lésions douteuses.

Ces applications pourraient être utilisées par des MGs ou être une option de dépistage pour les patients mais il est indispensable que les algorithmes de diagnostic s'améliorent sensiblement, avant qu'on puisse y accorder une pleine confiance. En effet, les mauvais diagnostiques pourraient conduire à retarder des consultations chez un spécialiste et augmenter le risque qu'un mélanome devienne mortel.

Malgré tout, on remarque qu'elles ont amené leurs utilisateurs à examiner leur peau et à se questionner.

- **Biopsie**

En cas de lésion douteuse, seul deux MG effectuait eux même les biopsies au sein de leur cabinet. Un des MG utilisait un « Biopsie Punch » et envoyait le prélèvement au laboratoire d'anatomo-pathologie. Ce matériel lui était fourni par un laboratoire proche du cabinet.

L'inconvénient de cet outil est une nouvelle fois le coût, car son usage est unique et un « Biopsie punch » coûte autour de 40 euros/pièce.

Cela pourrait être profitable qu'un accord soit mis en place entre les laboratoires et les MGs afin de leur fournir ce type de matériel qui est facile d'utilisation.

En Australie qui est un pays où la population est très à risque et où l'incidence du mélanome est donc élevée : les MGs pratiquent couramment des biopsies au sein de leur cabinet. [84]

- **Autres outils**

Les méthodes optiques :

Elles donnent des informations in vivo proches de celles obtenues en anatomopathologie en réalisant des biopsies optiques, elles pourraient éviter des exérèses inutiles et permettre un meilleur contrôle des marges d'exérèse. [79]
Elles sont actuellement en cours de développement et seront sans doute réservées dans un premier temps aux centres spécialisés.

On retiendra que la dermatoscopie et de la photographie digitale permettent une aide quotidienne au cabinet et que le développement la télé-dermatologie devrait les rendre accessibles à tous les praticiens. Et dans un avenir proche les critères diagnostiques et pronostiques du mélanome cutané au cabinet seront facilité et affinés.
Néanmoins tout ce matériel présente un coût important et il faut rester vigilant sur le fait qu'une photographie aussi bonne soit-elle ne remplacera jamais une expertise directe au dermatoscope chez le dermatologue.[85]

3. OUTILS DE PREVENTION/INCA/INPES

- La moitié des MGs ne disposait pas de documents de prévention destinés au patient dans leur cabinet et parmi ceux qui en disposaient, un petit nombre avait été sollicité par des organismes de type INPES ou INCa.
  Cependant l'ensemble des MGs souhaitaient être contactés et recevoir des fascicules, dépliants ou posters.

- L'INPES propose via son site internet, de commander ou de télécharger en ligne divers documents (des dépliants [49] [50] et des brochures avec des quiz[86], ainsi qu'une affiche « Risques solaires. 4 gestes simples. »[87]) à l'attention des professionnels de santé, écoles et collectivité

Le site www.prévention-soleil.fr [47] créé par l'INPES répond aux questions les plus fréquemment posées par les patients sur les dangers de l'exposition au soleil à l'aide d'un personnage ludique, le « Professeur Pourquoi ».

- Le Ministère de la santé propose un dossier à destination du grand public, sur son site internet « Bronzage et effets sanitaires liés aux rayonnements ultraviolets ». [88]

Des efforts de communication autour de ces outils sont donc nécessaires pour les présenter aux MGs et les inciter à les utiliser.
Il serait intéressant que ces outils (dépliants, brochures, affiches) soient présents dans chaque cabinet de Médecine Générale (dans la salle d'attente par exemple).
On pourrait aussi envisager d'en disposer, en libre accès sur des kiosques dans des aires d'autoroute, dans des offices de tourisme, ou devant les plages, etc.

- Au sein de notre étude aucun MG n'a évoqué l'IUV (disponible quotidiennement sur le site de Météo France [89] et délivré avec les prévisions météorologiques dans les médias durant la période estivale).

L'OMS qui est à l'origine de la création de cet outil, encourage les médias et l'industrie du tourisme à publier des prévisions de l'IUV et à promouvoir des messages de protection solaire. [90]

A ce propos le SNVD a développé en partenariat avec Météo France, une application gratuite téléchargeable sur smartphone appelée « SoleilRisk » qui permet d'obtenir l'IUV du jour avec un système de géolocalisation et d'obtenir une alerte en cas d'IUV élevé.
Des conseils pratiques de photoprotection sont rappelés, un questionnaire calcule les risques liés aux rayons UV en fonction du phototype et un chronomètre pour limiter l'exposition solaire est inclus.
Enfin l'application donne accès à l'annuaire des dermatologues de la région.

L'IUV est un outil méconnu des MGs et de la population, pourtant celui-ci est délivré quotidiennement. Il peut être intéressant d'informer les MGs sur son existence.
Cet indice devrait être affiché clairement, au niveau de l'accès des plages par exemple.

Le fait de conseiller aux patients l'utilisation de l'application « SoleilRisk » peut aussi être bénéfique, d'autant plus que celle-ci est gratuite et que désormais la grande partie de la population possède un smartphone.

D. EXPERIENCE/FORMATIONS

1. ATTITUDE DES MG/EXAMEN CUTANE

- La conduite des MGs concernant l'examen cutané dépendait de plusieurs paramètres et du contexte. La plupart du temps c'était le MG qui effectuait en premier la démarche.

Ce que retrouve l'INCa en 2011 [91] . Dans 85 % des cas, c'est le médecin qui demande au patient de se déshabiller et ce principalement si le sujet a de nombreux nævi (23 %), un antécédent familial de cancer cutané (22 %) ou s'il identifie une lésion suspecte (17 %).
D'autres facteurs sont aussi pris en compte par environ un médecin sur dix (antécédent personnel de lésion cutané précancéreuse, couleur de la peau, exposition aux UV, cheveux/yeux clairs…).
Dans 41 % des cas, l'examen cutané fait suite à une demande du patient.

- Globalement les MGs se sentaient à l'aise pour répondre aux questions des patients mais plus en en difficulté lorsqu'il fallait poser un diagnostic de mélanome cutané.

Dans l'étude de l'INCA de 2011 [91] : se déclarent à l'aise pour répondre aux questions des patients (87 %). Un médecin sur 10 déclare ne pas être à l'aise et 2 médecins sur 10 reconnaissent leurs lacunes.

2. FORMATION MEDICALE INITIALE

2.1 Formation médicale initiale

- La majorité des MGs portait un regard critique sur leur formation médicale initiale (FMI) : ils se plaignaient du peu de connaissances enseignées sur le plan théorique ou pratique et souhaitaient une amélioration de la FMI sur cette thématique.

On retrouve les mêmes résultats dans l'enquête barométrique menée par l'INCa en 2011 [91].
Seuls 8 % des MGs qualifient la FMI de « très bonne », 54 % de « bonne », 28 % de « mauvaises » et 10 % de « très mauvaise ». 90 % pensent qu'elle peut-être perfectible.

Actuellement la formation délivrée au cours de la Première Année Commune aux Études de Santé de la Faculté de Médecine de Nice [92] aborde de façon succincte le spectre électromagnétique et se concentre essentiellement sur les rayonnements ionisants (rayons X et gammas).

Au programme de l'Examen National Classant (ECN)[93], un item (sur les 345 existants) aborde le sujet du mélanome cutané, c'est l'item 149 :
« Les tumeurs cutanées, épithéliales et mélaniques. » ; qui a pour objectifs de :
- Diagnostiquer une tumeur cutanée, épithéliale ou mélanique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
La règle ABCDE pour diagnostiquer un mélanome cutané y est enseignée.

Concernant le sujet de la prévention solaire, celui-ci est traité brièvement au sein de l'item 74 sur les « Risques sanitaires liés aux irradiations. Radioprotection. » ; qui a pour objectif de :
- Préciser les risques biologiques liés à l'irradiation naturelle et artificielle et savoir informer les patients.

Un travail de thèse de 2011 [94] visant à évaluer les connaissances et comportements des étudiants en médecine (DCEM 3 et DCEM 4) de Paris vis-à-vis du soleil, retrouve des résultats superposables à ceux de la population générale avec parfois des connaissances erronées.
Le questionnaire utilisé dans cette étude reprend les questions du baromètre santé de 2005 de l'INPES. [95]

- Trois MGs ont plébiscité leur passage dans le service de Dermatologie lors de leur stage d'externat. Celui-ci leur a permis d'examiner de nombreuses lésions et leur a apporté une certaine assurance dans leur pratique de l'examen dermatologique.

Il est indispensable d'améliorer la FMI sur le plan théorique et pratique car trop souvent les jeunes MGs qui débutent leur activité, se retrouvent en difficulté face à des lésions à risques.

- Sur le plan théorique, il faudrait visionner plus d'iconographies et que des items ECN soient ajoutés, notamment sur les thèmes de la prévention et l'éducation du patient.

- Sur le plan pratique, il serait bénéfique de mettre en place un stage obligatoire durant l'externat ou l'internat, pour former les futurs MGs à l'examen dermatologique afin de les aider à identifier et à reconnaître des lésions à risques.
Mais aussi pour les sensibiliser à l'importance de pratiquer un examen cutané complet en Médecine Générale pour dépister de façon précoce le mélanome cutané.

D'ailleurs, le Plan Cancer 2014-2019 [96] recommande d'insister sur la formation des internes à la prévention et au dépistage des cancers et de faciliter les stages en cancérologie durant le cursus de Médecine Générale.
Seulement, le programme de l'ECN est déjà très riche et les maquettes de stage compliquées à modifier.

2.2 Formation médicale continue

- La plupart des MGs disaient avoir participé à une FMC sur le thème du mélanome ou de la prévention solaire. Néanmoins ils étaient demandeurs de formations plus pratiques avec analyse visuel des lésions à risque.

Les résultats sont identiques à ceux du baromètre de l'INCA en 2011 [91].
En dépit d'une formation initiale critiquée et perfectible d'après les MGs, seul un MG sur deux (53 %) a complété sa formation dans ce domaine en participant à une formation médicale continue.
81% déclarent qu'ils participeraient à une formation sur le thème de la prévention des cancers de la peau si celle-ci leur était proposée.

Il est nécessaire de développer des FMC sur cette thématique, car les MGs sont motivés pour y participer, d'autant plus qu'ils trouvaient leur FMI insuffisante ou manquante.

- Par contre ils étaient divisés sur le type de formation qui leur convenait le mieux : présentielle, par internet ou à l'aide de revues.

Exactement comme dans l'étude de *Housiaux et al*. en 2005 [80] qui montre que 80% des MGs interrogés souhaitent une formation complémentaire de type, FMC (62,4 %), exercices avec experts (39,7 %), travail avec pairs sur diaporama (24,3 %), auto-évaluation (12,7 %), autres (3,5 %).

- Et sur le type d'information qu'ils souhaitaient recevoir.

Dans l'étude de l'INCa de 2011 [91], 66 % des MGs ont des attentes fortes en matière d'information.
Sur le fond, ces informations doivent concerner en priorité la détection et le diagnostic (31 %), la prise en charge et les traitements (13 %), les nouveautés et l'actualité (13 %), des informations générales (16 %). Sur la forme, les attentes restent fortes en termes d'iconographie (35 %).

Il est difficile de satisfaire toutes les attentes des MGs en matière de FMC, chacun ayant des préférences particulières en fonction de ses expériences, de ses connaissances, de son emploi du temps, de sa motivation, etc.
Il faut donc essayer de proposer différents types de FMC pour que les MGs puissent accéder facilement à celles qui leur convient le mieux.

- Certains MGs avaient proposé une formation pratique au sein d'un cabinet de dermatologie pour apprendre à identifier des lésions sur le terrain avec de vrais patients.

Cela pourrait être intéressant et permettrait une meilleure collaboration entre les deux spécialités par la suite.

- La plupart des MGs estimait que l'apprentissage à l'aide d'iconographies était la meilleure façon d'apprendre à reconnaître des lésions.

Une étude [85] a prouvé que notre cerveau construit inconsciemment et instantanément des modèles de reconnaissance holistique des objets à partir de notre expérience. C'est la raison pour laquelle on apprend à mieux reconnaitre un mélanome en voyant des photos qu'en apprenant des critères.

- La majorité des MGs étaient satisfaits de leur participation à des FMC, qu'ils trouvaient intéressantes et efficaces. Ils se sentaient mieux formés et plus performant après y avoir assisté.

Grange et al. [97] ont mené une étude sur l'efficacité de séances de FMC sur les MGs.
Celle-ci montre que l'impact immédiat est important en termes de sensibilisation
(92 % considèrent l'action comme justifiée en terme de santé publique et 95 % souhaitent recevoir régulièrement une publication) et significatif en terme d'amélioration du diagnostic des lésions pigmentées (passant de 59 % en début de séance à 84 % en fin de séance).

L'HAS en 2012 [65] confirme que la formation des médecins généralistes est suivie par une augmentation du nombre de mélanomes identifiés et par une diminution de leur épaisseur (indice de Breslow).
Cependant comme pour toutes les formations, elle nécessite d'être répétée à intervalle régulier pour maintenir son efficacité. Ce que certains MGs avaient soulevé dans notre étude.

En Australie, la politique de Santé Publique s'appuie sur le dépistage des mélanomes par les MGs et sur un vaste programme de FMC et les résultats sont plutôt probants. [98]

Depuis 2006, l'HAS préconise déjà [36] d'améliorer la formation MGs au diagnostic précoce des mélanomes cutanés et à l'identification des patients à risque grâce à différents supports :

- « L'E-Learning », qui correspond à un apprentissage interactif sur Internet auquel chaque médecin a accès. Le réseau « Mélanome Ouest » a mis au point un E-Learning sur le mélanome [99] depuis 2010.

- L'envoi aux médecins généralistes à intervalle régulier de fiches de recommandations synthétiques pour les sensibiliser.

- Un guide du médecin traitant élaboré par l'HAS [36] répond également aux principales questions que peuvent se poser les MGs afin d'optimiser le parcours de soins.

- Le site internet de l'INCa [100] met également plusieurs outils à la disposition des professionnels de santé afin de les aider dans leur pratique :

- Le module de formation à la détection précoce des cancers de la peau, a pour objectifs d'améliorer la détection précoce du mélanome et de savoir le différencier des autres cancers cutanés. Il explique comment repérer un mélanome ou un autre cancer cutané, rappelle les mesures de protection, explicite les risques environnementaux et professionnels à l'origine de ces cancers, comporte un arbre décisionnel et une banque d'images.

- La fiche repère « Détection précoce des cancers de la peau » [101] a pour objectif de donner aux médecins généralistes les éléments nécessaires sur les facteurs de risque de cancer de la peau et les signes d'alerte pour agir en consultation.

- La fiche repère « Rayonnements ultraviolets et risques de cancer » [12] expose les effets biologiques des rayonnements ultraviolets, permet de déterminer la sensibilité individuelle aux UV et expose les mesure de santé publique mise en place.

- Des fiches destinées aux médecins généralistes [101] , apportent des informations sur les facteurs de risque des cancers de la peau, les signes d'alerte et les sept questions à poser pour dépister les sujets à risque.

L'étude de l'INCa de 2011 [91] montre que 15 % des médecins savent que le module de formation existe et qu'il est accessible sur le site internet de l'INCa mais seuls 5 % de l'ensemble des médecins l'ont effectivement consulté.

Des efforts de communication autour de ces outils sont donc nécessaires pour les présenter aux MGs et les inciter à les utiliser.
Mais devant la multitude d'outils, il faut que chaque MG sélectionne les outils qui lui conviennent le mieux.
L'E-Learning par exemple, peut-être une alternative aux réunions de FMC traditionnelles, en permettant une plus grande souplesse en termes d'horaire.

E. ROLE DU MG/PLACE DANS LE PARCOURS DE SOINS

1. EDUCATION DES PATIENTS

Les MGs insistaient sur le fait qu'ils étaient complémentaires des campagnes nationales de prévention grâce à leur rôle dans l'information et l'éducation des patients.
Ils essayaient de les sensibiliser et de les responsabiliser au maximum.

L'étude de *Stoebner-Delbarre A. et al*. [73] remarque que le niveau de connaissance de notre population vis-à-vis des risques liés à l'exposition solaire est plutôt bon.
92 % des sujets savent qu'ils augmentent le risque de vieillissement cutané et 89 % sont conscients qu'ils augmentent le risque de cancer.
Plusieurs facteurs améliorent ces scores de connaissance avec par ordre d'importance décroissante : le type de peau (personnes à phototype clair), les antécédents personnels de coup de soleil, le sexe (femmes), de la région d'habitation et de l'âge (personnes de moins de 60 ans).
Toujours dans le cadre de cette étude 99 % des participants souhaitaient recevoir une information complémentaire sur les risques liés au soleil.

Ces résultats ont été confirmés par une autre étude menée auprès de 1502 personnes par *Saiag P. et al*. en 2012 [75].

Cependant l'HAS en 2012 [38] note que parmi les facteurs retardant le diagnostic du mélanome il y a la méconnaissance de la population à prévenir le risque de mélanome et à reconnaître des lésions cutanées suspectes.

Les connaissances des patients sont donc plutôt bonnes en matière de prévention solaire grâce aux campagnes de prévention qui touchent un large public mais on constate que ces connaissances fluctuent en fonction de plusieurs facteurs.
C'est donc aux MGs de cibler les patients à risques et d'adapter les conseils de prévention.

Concernant les connaissances sur le dépistage du mélanome, elles sont mauvaises, ce qui est logique car nous avons vu que le diagnostic de mélanome à l'œil nu est difficile.

2. AUTO-SURVEILLANCE : AUTO-EXAMEN ET PHOTOGRAPHIE

- Parmi les éléments importants faisant partie de l'éducation des patients, les MGs préconisait l'auto-examen pour la surveillance cutanée et pour les responsabiliser.

Les résultats sont similaires à ceux de l'enquête menée par l'INCa en 2011 [91], dans laquelle
57 % des médecins expliquent à leurs patients considérés à risque, comment réaliser un autoexamen de la peau.

Pour aider les MGs l'HAS a édité un « Guide ALD du mélanome cutané » [102] dans lequel la méthode de l'auto-examen est expliquée et détaillée à l'aide de trois étapes (directe à l'œil nu, avec miroir à pied vertical et avec un miroir à main pour les zones de peau non accessibles à la vue) afin de pouvoir la transmettre correctement aux patients.

Une étude menée aux Etats-Unis par *Titus LJ. Et al*. en 2012 [103] montre que le risque de mélanome est fortement réduit en cas de consultation chez le MG associée à un auto-examen cutané.

Plusieurs études se sont intéressées aux pratiques et aux connaissances des patients vis-à-vis de la surveillance cutanée et les résultats retrouvés sont plutôt divergents.

- Dans l'étude de *Stoebner-Delbarre A. et al*. [73] , 2/3 des patients déclarent se surveiller ou faire surveiller régulièrement leur état cutané. Avec une surveillance de type auto-examen chez 75 % des patients et exercée par le MG ou le dermatologue chez 25 %.

- Dans celle de *Saiag P*. et al [75] les résultats sont inférieurs avec seulement 25 % des participants qui déclarent surveiller régulièrement leur peau pour des grains de beauté atypiques et 12 % qui déclarent surveiller leur peau sur tout le corps.

L'auto-examen est d'autant plus intéressant car il présente de nombreux avantages, une amélioration du dépistage précoce, un faible coût et un caractère non invasif.
Mais ses principales limites sont :
- l'aptitude des patients à s'auto-surveiller, qui est certainement inférieure à celle des MGs.
- la compliance du patient à effectuer cet examen.
- l'observance dans la régularité de la surveillance cutanée.
- la difficulté à pouvoir examiner la totalité du tégument (dos, face postérieure des membres, etc).

- Parmi les MGs préconisant l'auto-surveillance beaucoup incitaient les patients à prendre des photographies de leur lésion, mais comme vu plus haut, la technique de surveillance photographique doit être codifiée, reproductible et effectuée dans les mêmes conditions.

3. ROLE DU MG

Les MGs estimaient leur rôle comme étant primordial en terme de prévention primaire face au mélanome, en identifiant les facteurs de risque et les populations à risques, en dépistant les lésions douteuses et en orientant les patients vers le dermatologue si besoin.

Ce rôle souhaité par les MG est en adéquation avec les recommandations de l'HAS en 2012 [36 38] , les médecins de premier recours, sous réserve d'une formation complémentaire, concourent à l'identification des patients à risque de mélanome et améliorent leur capacité à identifier des lésions mélanocytaires suspectes.

Une étude de *Grange et al*. de 2012 [104] conclue que les MG jouent un rôle clé dans le diagnostic du mélanome en France, mais dépistent encore fréquemment des tumeurs épaisses.
Elle propose comme solution : une sensibilisation et formation accrue des MG, et une attention particulière aux hommes et aux sujets socialement isolés pour permettre d'améliorer le diagnostic.

Les MGs sont en première ligne et confrontés aux patients plus fréquemment que les dermatologues. Ils ont vraiment un rôle majeur à jouer dans le dépistage précoce du mélanome.

4. PARCOURS DE SOIN

Les MGs étaient attachés au parcours de soins et orientaient les patients vers les dermatologues en cas de lésions douteuses.

Le parcours de soins coordonnés est rentré en application en France le 1er juillet 2005.
En lien avec cette législation, on observe dans l'étude de *Grange et al*.[104] que le rôle des MGs de plus en plus important : en 2008, ils diagnostiquaient 42 % des mélanomes, contre 26 % en 2004.

Dans les études de l'INCa en 2011[91] et de l'HAS en 2012 [65], pour 82 % des MGs, ce parcours de soins n'a rien changé à leurs pratiques habituelles.
Ils considèrent que c'est une bonne chose, car ce sont eux qui connaissent le mieux leurs patients (75 %). Une minorité de MGs (29 %) relèvent toutefois le fait que le parcours de soins leur procure une charge de travail supplémentaire.
Enfin 14% des MGs pensent que la mise en place du parcours de soins retarde le diagnostic du mélanome cutané.

Une étude réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) en 2007 sur les opinions et comportements des patients suite à la réforme du parcours de soins, montrait, que 76 % avaient l'habitude de demander l'avis de leur médecin traitant avant de consulter le dermatologue cependant seulement 52 % considéraient ce mode d'accès comme utile. [105]

L'intervention active des MGs dans le système du parcours de soin semble donc indispensable afin de travailler en partenariat avec les dermatologues, de renforcer la coordination MG-dermatologue et de concourir à l'amélioration du diagnostic précoce du mélanome cutané.

- **Recours au dermatologue** :

L'ensemble des MGs adressaient systématiquement leur patient au dermatologue en cas de lésion douteuse. Certains MGs orientaient également vers le spécialiste en cas de grand nombre de nævus.
Néanmoins si c'était à la suite d'une demande ou d'une inquiétude du patient, les MGs se faisaient leur propre avis avant d'orienter vers le dermatologue.

Les études de l'INCa en 2011 [91] et de l'HAS en 2012 [65] retrouvent des résultats pratiquement similaires : 88 % des MGs orientent le patient vers un spécialiste de la peau dès qu'ils ont le moindre doute ou ont observé une lésion identifiée comme suspecte.

Dans le détail, ils orientent systématiquement leurs patients en cas de changement de forme d'un nævus (17 %), en cas de suspicion de lésion maligne (10 %), si les grains de beauté sont nombreux (9 %), en fonction de la couleur (8 %) et de la variation de la taille (7 %).

Quand c'est le patient qui demande expressément à voir un dermatologue le MG lui demande au préalable de se déshabiller dans 77 % des cas.
Dans 43 % des, cas le MG n'oriente pas le patient, contrairement à sa demande, vers un dermatologue et ce avant tout parce qu'il n'y pas à son avis de raison de s'inquiéter (65 %) ou parce que le MG estime qu'il peut traiter lui-même le problème (27 %).
Dans ce contexte, le MG accompagne sa demande de consultation d'un courrier au dermatologue dans 96 % des cas.

En cas de demande émanant du patient, les MGs s'impliquent plus et essayent de se faire leur propre opinion sur la lésion. Ils prennent parfois la décision de ne pas orienter vers le dermatologue.

Par ailleurs l'HAS en 2013 [106] rappelle dans ces recommandations que le dermatologue reste la référence en matière de diagnostic précoce de mélanome et préconise de mettre en place une surveillance semestrielle par le dermatologue pour les patients à risque.

- **Accessibilité des dermatologues :**

La plupart des MGs disaient avoir accès plutôt rapidement à un dermatologue en cas de lésion douteuse. Soit ils demandaient un rendez-vous en urgence, soit ils sollicitaient un avis téléphonique avec envoi de photographies sur smartphones si nécessaire.
Cependant, ils constataient que ce délai pouvait s'étaler sur plusieurs mois, si le patient prenait directement le rendez-vous sans l'aide d'un MG.

L'HAS en 2012 [65] émet l'hypothèse que le nombre et la répartition géographique des dermatologues influencent probablement le recours aux soins des patients. Les dermatologues étant plus nombreux et plus accessibles dans certaines zones géographiques, les patients peuvent plus facilement en consulter.
Elle propose de développer des études par région pour évaluer l'impact de la démographie médicale :
- sur le parcours de soins des patients ayant un mélanome cutané ;
- sur le retard au diagnostic du mélanome cutané.

Comme vu dans le chapitre Généralités, la région PACA et le département des Alpes-Maritimes ont des densités de dermatologues plus élevées que la moyenne française mais cela reste insuffisant.
La diminution progressive, du nombre de dermatologues au cours des prochaines années et la diversification de leur activité va forcément entrainer une accessibilité plus difficile avec des

délais d'attente rallongés.
De ce fait le MG va devoir jouer un rôle de plus en plus important dans le dépistage de lésions à risque, dans la démarche diagnostique.

5. CAMPAGNES DE PREVENTION

- Les MGs avaient des avis partagés et mitigés sur l'efficacité des différentes campagnes de prévention actuelles diffusées dans les médias. Certains trouvaient que les messages diffusés dans les médias étaient insuffisants ou inexistants.

Durant la dernière campagne de prévention solaire de l'INPES [48], quatre spots radios ont été diffusé tout l'été dans lesquels le « Professeur Pourquoi » est interrogé par un jeune apprenti sur différentes questions liées au soleil :
- « Pourquoi ne pas bronzer entre midi en 4 heures ? »
- « Pourquoi porter un T-shirt, des lunettes et un chapeau au soleil ? »
- « Pourquoi mettre de la crème solaire toutes les deux heures ? »
- « Pourquoi les enfants doivent-ils être doublement protégés du soleil ? »

Des messages de prévention et l'IUV étaient également diffusés au moment de la météo des plages sur France 2 et France 3, ainsi que via deux applications mobiles Météo (Météo France et La Chaîne Météo).

Mais l'INPES ne mentionne pas l'existence de spots télévisuels spécifiques.
Idem pour les campagnes dans les revues ou magazines féminins ou de beauté par exemple.
Il serait intéressant, de mettre en place des spots de prévention solaire pendant les programmes télévisuels destinés aux enfants ou bien pendant les heures de grandes écoutes au moment du journal de « Vingt-Heures » par exemple.

Il faudrait aussi développer les campagnes de prévention au travers de nouvelles voies de communication, car les adolescents et les jeunes adultes regardent de moins en moins la télévision. En développant des spots adaptés aux sites de partage-vidéos tel que Youtube© ou Dailymotion©, en élaborant des applications pour smartphones ludiques et pédagogiques par exemples.

Plusieurs études ont été menées sur l'impact des campagnes de prévention sur les attitudes et les comportements des patients.

En 2009 l'INCa [107] a procédé à une enquête auprès des connaissances et des comportements des français face au dépistage des cancers.
75 % savent qu'il existe une possibilité de détection précoce des cancers de la peau mais parmi eux 33 % ne savent pas spontanément en quoi consiste la démarche, même si 47 % citent quand même l'examen du grain de beauté.

L'HAS en 2012 [38] [108] remarque que l'impact des campagnes de prévention grand public sur la prévention du risque solaire est faible, quels que soient les moyens utilisés et qu'il est limité dans le temps (de 6 mois à 2 ans).
Elles améliorent de façon significative la connaissance des personnes sur la prévention du mélanome cutané mais elles modifient rarement leur comportement vis-à-vis du risque solaire.

Ces résultats démontrent qu'il y a encore beaucoup de progrès à faire concernant les campagnes de prévention. Et que la seule façon d'instaurer des comportements adaptés face au soleil dans la durée, est de favoriser l'éducation chez les enfants comme nous le verrons par la suite.

- Certains MGs ont évoqué d'autres types de campagne de prévention

Comme la « Journée Nationale de Prévention et de Dépistage des Cancers de la Peau», qui représentait une occasion pour proposer un dépistage gratuit aux patients et pour aborder le sujet.
En 2012 [34,] plus de 14 300 personnes se sont présentées, 590 dermatologues bénévoles y ont participé : 33 cas de mélanomes ont été diagnostiqués, 125 cas de carcinomes basocellulaires,
4 cas de carcinomes épidermoïdes et 12 cas de maladie de Bowen.

Seulement, comme le soulignait un MG de notre étude, ces journées attirent des patients déjà informés et sensibilisés à la prévention, ainsi les femmes, les personnes de plus de 60 ans, les employés et les retraités sont surreprésentés, alors que les ouvriers sont pratiquement absents.[109]
De plus, ces journées diagnostiquent en majorité des mélanomes d'évolution lente.

D'autres types d'évènements et d'actions sont menés par divers organismes tels que la « Ligue Nationale Contre le Cancer » qui est une organisation non gouvernementale, dont la mission est la prévention des cancers.
Depuis 2012, elle organise dans plusieurs grandes villes de France, « La Semaine de la Protection Solaire » [110] au mois de juin, pour aller à la rencontre de la population sur leurs lieux de vacances et de loisirs (plages, centres de loisirs, piscines municipales, trains, magasins, etc…)
La Ligue a pour objectifs, de multiplier les messages d'information et de prévention, en particulier auprès des jeunes enfants et de promouvoir l'aménagement d'espaces ombragés.
Au cours de cette semaine de nombreux évènements sont organisés : des animations, des ateliers conseils, des actions de sensibilisation avec distribution d'un guide ludique.

Ce type de campagne de prévention semble être une bonne alternative aux campagnes de prévention plus traditionnelles, avec des actions sur le terrain. Les personnes peuvent donc mettre en pratique les conseils de prévention enseignés, à l'aide des différents intervenants et adopter de bons réflexes face aux futures expositions solaires.

F. OBSTACLES

1. CONSULTATION CHRONOPHAGE

- **Manque de temps**

Le manque de temps était l'obstacle évoqué en premier lieu par les MGs pour expliquer la faible pratique de l'examen cutané.

Une étude d'*Oliviera SA. Et al*. de 2011 [111] réalisée auprès de 1669 médecins et analysant les obstacles rencontrés lors du dépistage cutané complet, retrouve aussi le manque de temps comme étant un obstacle important notamment chez les MGs.

- **Motifs de consultations multiples :**

- Les MGs soulignaient que le nombre de motifs de consultation en Médecine Générale était trop importants et qu'il était donc difficile de gérer toutes ces demandes au cours d'une seule consultation.

De nombreux travaux ont été réalisés pour étudier le nombre de motifs de consultation en Médecine Générale : selon l'étude, leur nombre variait entre 1,7 à 2,66 par consultation. [112] [113] [114] [115]

- Les MGs pointaient aussi le problème des patients qui leur demandaient un avis dermatologique pour une lésion douteuse en toute fin de consultation.

Un travail de thèse de 2006 [112] a analysé les demandes de fin de consultation en Médecine Générale, les problèmes cutanés arrivent en 2ème position des demandes de fin de consultation (soit 12,8 %).
Mais il s'agit souvent de pathologies chroniques (l'eczéma, le psoriasis) ou de pathologies aiguës (l'herpès, le furoncle, etc.) et des pathologies subaiguës (verrues).

Ce travail a aussi analysé les réactions des MGs, 40 % des demandes de fin de consultation entraînent une réaction négative chez le médecin (agacement, colère...). Cette réaction peut être en partie due à la frustration du médecin de devoir répondre à un problème dans la précipitation (la fin de la consultation approche et le prochain patient attend), sans réexaminer le patient -qui s'est déjà rhabillé.

Tout cela peut expliquer que les MGs ne ressentent pas comme étant prioritaire, le sujet de la prévention solaire et du dépistage du mélanome. Néanmoins, la faute revient aussi aux patients qui consultent pour de nombreux motifs et qui estiment que la dermatologie n'est pas un motif principal de consultation à part entière.

- **Trop d'activités de prévention :**

Les MGS se plaignaient aussi de devoir gérer de trop nombreuses actions de prévention sur le temps d'une consultation unique. Ce qui était difficile à aborder, pour des patients consultant rarement (patients jeunes, en bonne santé ou consultant pour un motif aigu, etc...)

Oliviera SA. Et al.[111] reportent aussi le problème de la prise en charge de nombreuses comorbidités comme étant un obstacle majeur chez les MGs.

L'activité des MGs en matière de prévention est tellement vaste, qu'il est difficile de pouvoir tout aborder au cours d'une consultation.
L'autre problème soulevé par les MGs de notre étude, est que cette activité de prévention n'est pas reconnue en tant que tel par les instances dirigeantes.
Malgré tout, les MGs ont l'avantage de pouvoir étaler les messages de prévention sur plusieurs consultations si besoin ; sauf dans le cas des patients jeunes, qui sont en bonne santé et qui consultent peu.

Il faudrait peut-être instaurer une consultation dédiée à la prévention qui soit rémunérée comme l'ont suggéraient quelques MGs de notre étude (thème que nous aborderons plus bas).

2. <u>OBSTACLE DU DESHABILLAGE</u>

- Le déshabillage était fréquemment présenté comme un autre obstacle majeur dans le dépistage du mélanome par manque de temps durant une consultation.

Selon l'INCa en 2011 [91] et l'HAS en 2012 [65], on découvre que l'examen cutané est répandu mais souvent incomplet et non systématique.
En effet, 70 % MGs déclarent déshabiller souvent ou systématiquement leurs patients pour un examen cutané. Cette pratique est déclarée « systématique » pour 14 % d'entre eux, 28 % des médecins déclarent le faire rarement et 3 % jamais.
Dans 55 % des cas, le médecin demande à ses patients de se déshabiller partiellement.

Dans un article paru dans la « Revue du praticien » de 2009 [116], en cas de consultations dites classiques, l'auteur conseille d'insister sur le déshabillage pour les patients considérés comme étant à risque tout comme l'HAS qui incite les MGs à déshabiller les patients et à réaliser un examen cutané complet annuel.

La pratique de la médecine générale a évolué et il est vrai que l'on déshabille de moins en moins les patients.

- Par ailleurs certains MGs ont évoqué le problème de gêne et de pudeur des patients vis-à-vis d'un examen cutané complet.

L'étude d*'Oliviera SA. Et al*. de 2011 [111] retrouve le problème de pudeur des patients face au déshabillage complet comme étant un obstacle majeur. Cependant il semble mieux accepté par les patients s'il est effectué chez les MGs plutôt que chez les dermatologues.

Une thèse de 2012 [117] sur la place de la pudeur en médecine générale montre que la pudeur physique est une notion universelle avec des traits communs en fonction de certains critères comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la religion, etc.
Et qu'en même temps, elle est propre à chaque individu car étroitement liée au sens du toucher.

Pour s'adapter à la pudeur des patients il serait intéressant que les MGs abordent ce sujet en amont d'un prochain examen cutané pour que les patients puissent s'y préparer, en expliquant le but de cet examen cutané complet et qu'ils s'adaptent aux caractéristiques de chaque patient.
Les MGs disposeraient alors du temps nécessaire à un examen cutané complet avec un déshabillage plus approfondi.

3. MANQUE DE CONNAISSANCES

Certains MGs avouaient un manque de connaissance pour effectuer la prévention et le dépistage.
Pourtant dans les différentes études menées sur les connaissances des MGs, ceux-ci jugent avoir un bon niveau.

Etude de l'HAS en 2012 [108] : les MGs déclarent avoir une connaissance qu'ils jugent globalement suffisante à l'égard de la prévention et de la détection précoce des cancers de la peau mais estiment que cette connaissance est améliorable.

Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude de l'INCa en 2011[91] : la grande majorité des médecins estiment avoir la connaissance nécessaire concernant la prévention et la détection précoce des cancers de la peau (81 %).

Cependant l'analyse précise de leurs réponses, révèle que leurs connaissances sont perfectibles.[64]

4. PREVENTION PATIENT-DEPENDANTE

Les MGs notaient également les difficultés à faire passer le message de prévention solaire et à modifier les comportements des patients. Ils constataient des problèmes de compliance chez certains patients non disposés à écouter les conseils.

Les données de la littérature analysées par l'HAS en 2012 [108] montrent que les facteurs ayant retardé la consultation d'un sujet ayant une lésion cutanée suspecte sont l'apparence de non-évolutivité de la lésion, l'absence de signes généraux, la méconnaissance de l'urgence, la négligence, l'absence de douleur, le manque de motivation, la peur du résultat, une information insuffisante et le manque de temps.

L'étude de *Stoebner-Delbarre A. et al.* [73] montre aussi que les attitudes et comportements vis-à-vis de l'exposition solaire varient en fonction de différents facteurs.
Mais elle constate qu'un niveau élevé de connaissances globales ne suffit pas pour influencer les comportements.
En effet, même si 90 % de la population étudiée connait globalement un certain nombre de risques pour la santé liés au soleil, moins de 60 % adoptent des attitudes de protection et utilisent des moyens physiques de protection (vêtements, chapeau, lunettes..) vis-à-vis de l'exposition solaire.

Dans l'étude de *Saiag P. et al.*[75], les facteurs influençant les comportements vis-à-vis de l'exposition solaire sont aussi retrouvés et 30 % des participants présentent une conduite à risque car ils déclarent ne jamais ou presque jamais protéger leur peau.

Ces différentes études confirment le fait, que l'activité de la prévention de manière générale est compliquée. Et de toute manière, il n'est pas possible dans l'immédiat d'attendre des patients, un comportement rationnel et un changement vis-à-vis de l'exposition solaire.

G. SUGGESTIONS/ REVENDICATIONS

1. CONSULTATIONS DEDIEES/DEPISTAGE ORGANISE

- Une des principales idées évoquées par les MG était de mettre en place des consultations de médecine générale dédiées à la prévention solaire et au dépistage du mélanome afin de pouvoir informer et éduquer le patient et afin d'effectuer un examen cutané complet sans contrainte de temps.

En faisant mes recherches nous avons découvert qu'une consultation de dépistage du mélanome réalisée par les dermatologues, au sein de leur cabinet existait déjà depuis mars 2012.

Article 15.2.1 de la Nomenclature Générale Des Actes Professionnels (NGAP) [118] : consultation de dépistage du mélanome (acte identifié par les lettres CDE).
Cette consultation suit les recommandations de l'HAS de 2006 [36] sur la « Stratégie de diagnostic précoce du mélanome ». Elle précise les sujets à risque et le contenu de la consultation, en insistant sur l'information du patient.
Elle est valorisée à hauteur de 2C, mais ne peut être facturée qu'une seule fois par an.
Cette consultation n'entre pas dans le cadre du parcours de soins : la consultation préalable du médecin traitant n'est donc pas requise (pas de pénalisation dans le cadre des règles du parcours de soins). Toutefois, il est nécessaire que le dermatologue informe le médecin traitant par courrier.

Peut-être faudrait-il instaurer une consultation similaire dans l'activité de Médecine Générale avec une rémunération adaptée.

- Dans notre étude les MGs ont mentionné les campagnes de prévention déjà en place concernant le cancer colorectal et le cancer du sein mais aucun d'entre eux n'a parlé d'une mise en place d'un dépistage organisé concernant le mélanome auprès des patients.

L'HAS [36] s'est déjà penchée sur cette question en 2006 et conclue qu'un dépistage du mélanome organisé dans la population générale n'est pas pertinent car il n'existe pas de lésion précancéreuse typique et identifiable permettant un dépistage reproductible et fiable.
De plus son incidence est jugée trop faible. L'Allemagne est le seul pays à avoir mis en place un dépistage organisé du mélanome cutané.

Les mêmes conclusions sont retrouvées en 2009 par l'US Preventive Services Task Force [119], qui a analysé la littérature sur les bénéfices du dépistage systématique des tumeurs cutanées dans la population générale.
Ils concluent que les données de la littérature sont insuffisantes pour évaluer les bénéfices et les risques du dépistage des tumeurs cutanées en termes de diminution de mortalité, soit par examen total du revêtement cutané par le médecin, soit par autoexamen du patient.
En l'absence de preuve, cette organisation ne recommande pas le dépistage systématique des tumeurs cutanées dans la population générale.

Le dépistage organisé n'est donc pas pour le moment une solution envisageable pour améliorer le dépistage précoce cependant la consultation dédiée et rémunérée peut être un facteur stimulant pour les MGs.

L'INCa, avec la Ligue Nationale contre le Cancer et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, ont lancé en novembre 2012 un Programme d'Actions Intégrées de Recherche sur le mélanome, le programme PAIR mélanome [120].
Ce programme doit prendre en considération l'ensemble des dimensions et des problématiques d'épidémiologie, de prévention, de diagnostic précoce, de prise en charge des patients et des sciences humaines et sociales, ainsi que les questions de recherche cognitive et clinique liées aux mélanomes.
Il comporte une réflexion multidisciplinaire suivie d'un séminaire national puis d'un appel à projets. Les résultats de ce programme sont toujours en attente.

2. MEILLEURE RECONNAISSANCE

Les MGs reprochent un manque de reconnaissance de la part des instances politiques par rapport à leur rôle primordial dans la médecine de premiers recours qui passe par la prévention et le dépistage.
Ils souhaitent que l'Assurance Maladie valorise les actes de prévention effectués au sein du cabinet et qu'elle rémunère les MGs.[80]

D'ailleurs, ce manque de reconnaissance et de considération envers les MGs, entraine actuellement de nombreux mouvements de grèves et de contestations.

3. EDUCATION DES ENFANTS

Certains MGs ont proposé l'idée de développer au sein du cursus scolaire, des cours d'information et d'éducation sur l'exposition solaire.

En effet, si on se réfère aux résultats de *Vergnes et al.*[121] portant sur une population du sud de la France, 50 % des enfants de 3 à 12 ans passent plus de six heures par jour à l'extérieur quel que soit le lieu.
Le comportement des enfants vis-à-vis du soleil dépend étroitement de l'attitude des parents et leur photoprotection est d'autant plus importante que les parents sont au courant des risques encourus.

Cette analyse du comportement des enfants face au soleil montre que les démarches d'éducation à l'exposition solaire sont nécessaires précocement dans la vie, avant même l'adolescence.

Et on sait que la photoprotection des enfants reste indispensable par principe de précaution face au soleil. Il faut donc préserver leur peau dès le plus jeune âge, d'autant plus que les temps d'exposition vont progressivement s'allonger avec l'augmentation de l'espérance de vie. [122]

En 1999, *Bastuji-Garin et al*. [123] concluent que les campagnes de prévention solaire ciblées sur l'enfance sont utiles car elles améliorent les connaissances, les attitudes et les comportements des enfants, même si leurs effets sont souvent modestes.

Plusieurs autres études françaises ont également montré la faisabilité et l'efficacité à court terme de ces actions d'éducation à l'exposition solaire chez les enfants, en particulier en milieu scolaire. [121] [124]

L'école primaire est probablement le meilleur endroit pour structurer les actions éducatives, c'est un lieu de vie et d'apprentissage. [109]

Cependant la mise en place de stratégies éducatives efficaces suppose la conjonction de plusieurs éléments :
- Un partenariat éducatif est essentiel, impliquant les professionnels au contact de l'enfant (enseignants, infirmières et médecins scolaires en particulier).
- Les messages doivent être délivrés de façon adaptée à l'âge de l'enfant.
- Les messages délivrés doivent être scientifiquement validés.
- Disposer d'outils pédagogiques et ludiques élaborés par des professionnels de la problématique.

Les pouvoirs publics ont bien pris conscience de la nécessité de ce type d'enseignement. Le Plan Cancer [125] précise la nécessité de développer des actions de prévention du mélanome par des campagnes d'information sur le risque d'exposition solaire des petits enfants dans son chapitre prévention. Pour autant, aucune recommandation plus précise n'y figure.

En France, deux associations non gouvernementales, participent à la démarche d'éducation à l'exposition solaire :

- l'association « Sécurité Solaire » [126] qui fait partie du projet « INTERSUN » [21] mis en place par l'OMS.

Via son site internet www.soleil.info, elle met à disposition de nombreux outils :
- des guides de prévention solaire pour les enseignants, les animateurs et les éducateurs santé.
- un programme d'éducation pédagogique.
- un papier UV qui bleuit sous l'action des UV. Il permet de réaliser des expériences sur l'intensité des UV et les facteurs qui la font varier.

Ce site pourrait être conseillé par les MGs pour sensibiliser les parents.
De plus, de nombreuses actions et évènements de prévention sont organisés par l'association tout au long de l'année.

- la Ligue Contre le Cancer accorde une importance toute particulière à l'éducation des enfants.

En réalisant de multiples interventions en milieu scolaire : ateliers avec les enseignants, formation de professionnels notamment de la petite enfance (personnels des écoles, animateurs des centres de loisirs, animateurs sportifs, maîtres-nageurs, etc.), conférences grand-public, stands.
Et la Ligue a également développé de nombreux outils (jeux, supports de communication, marque page) à destination des enfants et organise de nombreux évènements pendant la « Semaine de la Protection Solaire ». [127]

En 2005, une étude [128] a évalué prospectivement au sein d'une école primaire : la valeur formatrice d'un jeu vidéo professionnel développé par des dermatologues, la rémanence de l'information et l'induction éventuelle de modifications comportementales.
La comparaison des réponses des enfants avant et après le jeu vidéo montre une amélioration des connaissances sur les dangers du soleil et des modes de prévention.
Cet apprentissage s'est maintenu après les vacances d'été, 66 % des parents trouvent que le jeu a modifié les attitudes vis-à-vis du soleil de leur enfant et 48 % d'entre eux déclarent que cette campagne a induit une modification de leurs propres comportements vis-à-vis du soleil.
Cette étude a permis de montrer que le jeu semble être un support pédagogique novateur et efficace. Il semble permettre d'obtenir des modifications plus importantes que celles obtenues avec des campagnes plus classiques.

L'enfance est une période cruciale car les représentations déterminant nos comportements s'acquièrent dans l'enfance pour se fixer à l'âge adulte. [121]
Et comme nous l'avons vu précédemment, il est très compliqué de changer les comportements d'une population adulte.
Il faudrait donc développer au maximum l'éducation à l'exposition solaire au sein des cursus scolaires et l'utilisation d'outils ludiques pour sensibiliser les enfants de manière efficace.
Le Conseil Général des Alpes-Maritimes pourrait aussi s'impliquer au niveau scolaire et peut-être adapter le Carnet de Santé en y insérant des conseils de prévention solaire par exemple.

H. LIMITES DE L'ETUDE

1. ECHANTILLON

1.1 Taille de l'échantillon

16 MG ont été interrogés au total.
En recherche qualitative, il n'y a pas de référentiel quant à la taille précise de l'échantillon à interroger, celle-ci est fixée dès que l'on arrive à une saturation des données (aucune nouvelle information obtenue lors des entretiens).
Dans notre étude, cette saturation a été obtenue assez rapidement.

1.2 Recrutement

La sélection des MGs participant à l'étude a été faite à partir d'un choix personnel de caractéristiques socio-professionnelles afin de constituer un échantillon le plus représentatif possible des MGs pratiquant dans les Alpes-Maritimes.
De plus on peut supposer que les MGs ayant accepté de participer à l'étude sont ceux qui étaient les plus intéressés par le sujet.
Ce qui implique un biais de recrutement.

1.3 Caractéristiques socio-professionnelles

- **Rapport hommes/femmes :**

Dans notre étude il est de 10 hommes/6 femmes soit 62.5 % d'hommes et 37.5 % de femmes.
Il n'est pas représentatif de la démographie médicale actuelle des MG répertoriés dans la région PACA (5670 MG en tout dont 68 % d'hommes et 32 % de femmes).[55]

- **Milieu d'exercice :**

Notre échantillon comprend un faible nombre de MG pratiquant en zone semi-rurale et aucun en zone rurale (car plus difficiles à contacter et peu disponibles pour participer à des études, faute de temps). Etant donné leurs conditions de pratiques particulières : on ne peut pas exclure la possibilité que la participation de ces médecins aurait pu ajouter d'autres idées et hypothèses.

Rappelons que dans une étude qualitative, l'échantillon n'est pas représentatif de la population source.

2. RECUEIL DES DONNEES

2.1 Conditions d'entretiens

Les conditions d'entretiens ont pu entrainer un biais et influer sur les réponses des enquêtés :

- l'heure à laquelle ils ont été réalisés et les interruptions par le téléphone et/ou la secrétaire peuvent altérer la concentration du MG, et donc la qualité de ses réponses.

- le paramètre temps, l'implication du MG interrogé peut être plus ou moins importante selon le temps dont il dispose pour répondre aux questions.

- l'intérêt qu'il porte au sujet.

2.2 Guide d'entretien

Il a fallu le modifier et l'adapter en fonction de plusieurs paramètres :

- les réponses des enquêtés, en cas de découverte d'éléments ou d'hypothèses inattendues, ou bien en cas de questions incomprises ou peu contributives.

- le déroulement des séances, les réactions des médecins face aux questions, leur facilité à s'exprimer sur certains thèmes, les obstacles liés à l'entretien individuel, etc.

- mon expérience personnelle en matière de recherche qualitative, que j'ai acquise au fil des entretiens.
Ainsi, le guide d'entretien a été mieux maîtrisé au fil du temps par un phénomène d'apprentissage, ce qui modifie sans doute la qualité des réponses des MG.

Si les questions étaient mal comprises, je me proposais de donner des précisions en les reformulant ou en utilisant les questions de relance.

2.3 Influence de l'enquêteur

L'enquêteur peut aussi influencer le déroulement des entretiens. Il est difficile de ne pas laisser paraître sa propre subjectivité et de ne pas diriger l'entretien à partir de nos propres opinions et sentiments. La formulation des questions peut orienter les réponses, même si celles-ci sont posées avec la plus grande neutralité.
Nous avons dû étudier ma technique de communication et ma façon de m'exprimer lors de la retranscription des entretiens, afin de nous conformer aux critères de la méthode qualitative.

2.4 Enquêté

La capacité de certains MGs interrogés à développer leurs idées et à parler sans réticence, peut provoquer un biais.
En effet, le fait que l'entretien soit enregistré peut être une source de blocage et d'inhibition.
Cependant aucun MG n'a exprimé de gêne face à ce paramètre.

3. ANALYSE DES RESULTATS

3.1 Inclusion des résultats

Nous avons conservé les données des premiers entretiens, malgré le fait que les réponses étaient peut-être moins pertinentes et développées que celles retrouvées lors des derniers entretiens.
Ce qui peut induire un biais d'inclusion. Cependant, nous avons estimé que certaines réponses étaient intéressantes et de qualité, ainsi elles devaient apparaître dans les résultats de l'étude.

3.2 Analyse thématique

La codification et la classification des données en unités de significations, en occurrences puis en thèmes plus généraux mettent également en jeu la subjectivité, les compétences et l'expérience de l'enquêteur. Ce qui peut être à l'origine d'un biais d'interprétation.

3.3 Principale limite

Il n'est pas possible de généraliser les résultats à l'ensemble des MG du département à partir de l'échantillon. De plus, il n'y a pas de quantification précise des idées exprimées et par conséquent les résultats n'ont aucune valeur statistique contrairement à une étude quantitative.

CONCLUSION

Dans notre étude qualitative, 16 MGs ont été interrogés à l'aide d'entretiens semi-guidés, afin d'évaluer leurs expériences, leurs opinions et leurs attentes en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome.

- Les MGs souhaitaient s'impliquer plus, afin :

- d'identifier les facteurs et les populations à risque.
- d'apporter leur aide au dépistage précoce du mélanome.
- de relayer le message des campagnes de prévention.
- de sensibiliser et d'éduquer les patients.
- d'inciter les patients à l'auto-dépistage et à l'auto-surveillance en les responsabilisant pour qu'ils prennent en photographie les lésions suspectes.
- d'orienter les patients vers le dermatologue si nécessaire.

Ces résultats correspondent aux recommandations de l'HAS.

- Cependant, ils rencontraient de nombreux d'obstacles les empêchant de s'investir :

- le manque de temps, une consultation avec examen cutané complet était chronophage.
- le manque de connaissance, les MGs se plaignaient du manque de connaissances enseignées lors de la FMI.
- la difficulté diagnostique du mélanome cutané,
- le manque d'outils et de moyens, peu de MGs disposaient d'un dermatoscope et la moitié des MGs ne disposait pas de documentations à destination des patients.
- le manque de reconnaissance de la part des instances publiques.
- l'obstacle du déshabillage avec un examen cutané partiel et non systématique, lié au manque de temps et à la pudeur des patients.
- la vaste activité de prévention de la Médecine Générale, qui ne permettait pas d'aborder toutes les préventions.
- la prévention qui est patient-dépendante, les comportements face à l'exposition solaire étant compliqués à modifier.
- l'essoufflement des campagnes de prévention, avec un excès des messages de prévention dans tous les domaines.

- Pour optimiser leur rôle, les MGs ont évoqué plusieurs solutions :

- développer les cours de dermatologie et ajouter des stages obligatoires durant leur FMI.
- participer régulièrement à des FMC adaptées à leurs attentes et plus pratiques (utilisation d'un dermatoscope, techniques de photographie, iconographies, etc.).
- faciliter l'accès à des outils de prévention à destination de la population, en démarchant l'INPES et l'INCa.
- simplifier et uniformiser l'étiquetage des PPS.

- améliorer leur activité de prévention en la rendant plus systématique et récurrente.
- instaurer une consultation dédiée à la prévention solaire et au dépistage du mélanome une fois par an.
- une reconnaissance de la part des instances pour leur activité de prévention et de dépistage, avec instauration d'une rémunération spécifique.
- cibler la prévention sur la population des enfants.
- introduire un programme d'éducation à la prévention solaire dans le cursus scolaire afin d'instaurer dés le plus jeune âge, les bons réflexes en cas d'exposition solaire.
- organiser des évènements et des actions de prévention solaire et de dépistage, pour sensibiliser le grand public.
- conseiller le port de vêtements anti-UV lors d'une exposition solaire, surtout chez les enfants.

➢ Suite à nos recherches, d'autres perspectives ont pu être envisagées :

- l'adoption de l'outil SAMScore par les MGs pour les aider à identifier les patients à risques.
- la popularisation et l'utilisation de l'indice UV pour informer le grand public sur les risques solaires, avec des conseils de photoprotection adaptés à l'IUV.
- la participation du Conseil Général à la prévention solaire, avec la création d'espaces ombragés, l'association à des évènements et des actions, l'introduction de conseils de prévention dans le carnet de santé, etc.
- la création de spots télévisuels destinés aux enfants et qui passeraient à l'heure des dessins animés.
- le développement d'outils ludiques à destination des enfants, tel que les jeux-vidéos.
- l'usage d'applications pour smartphone, pour identifier et dépister précocement les mélanomes.

BIBLIOGRAPHIE

[1] B. Dréno, « Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes », in *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, vol. 136 (Elsevier, 2009), S247- 51, http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S015196380972527X.

[2] C Prost-Squarcioni et al., « Histologie fonctionnelle du derme » 135 (2008): 1S5- 1S20.

[3] Béatrice Crickx, « Comprendre la peau », *Ann Dermatol Venereol* 132 (2005): 8S3.

[4] « Schéma de la peau », consulté le 11 mars 2015, http://www.ikonet.com/fr/ledictionnairevisuel/etre-humain/organes-des-sens/toucher/peau.php.

[5] « Caractéristiques des kératinocytes », consulté le 11 mars 2015, http://www.cosmeticofficine.com/la-peau-et-ses-differentes-couches-tissulaires/lepiderme/.

[6] D. Lambert, « Phototypes et carnation », *http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/01345-C2/12/*, 27 mars 2008, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/130722/resultatrecherche/1.

[7] « Le type de peau ou phototype - Type de peau - Facteurs de risque - Mélanomes de la peau - Les cancers - Info patient - Institut National Du Cancer », consulté le 11 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/melanomes-de-la-peau/les-facteurs-de-risques/le-type-de-peau.

[8] R. Roelandts, « Rayonnement solaire », *http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/01345-C2/7/*, 27 mars 2008, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/130720/resultatrecherche/3.

[9] L Meunier, « Rayonnement solaire : bases physiques, effets cutanés biologiques et cliniques », *EMC - Cosmétologie et Dermatologie esthétique* 7 (2012): 1- 7.

[10] CEA, « CEA - Jeunes - Thèmes - Les énergies renouvelables - Le Soleil - Compléments sur le Soleil - Ondes électromagnétiques », Article, *www.cea.fr*, (22 octobre 2012), http://www.cea.fr/jeunes/themes/les-energies-renouvelables/le-soleil/complements-sur-le-soleil/ondes-electromagnetiques.

[11] C. Bédane et R. Roelandts, « Rayonnement ultraviolet : effets biologiques », *http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/01345-C2/9/*, 27 mars 2008, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/130721/resultatrecherche/2.

[12] « Rayonnements ultraviolets et risques de cancer - Publications - Institut National Du Cancer », consulté le 5 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/publications/75-prevention/432-rayonnements-ultraviolets-et-risques-de-cancer.

[13] « Symbolisme & divinités du soleil », *Encyclopædia Universalis*, consulté le 11 mars 2015, http://www.universalis.fr/encyclopedie/symbolisme-et-divinites-du-soleil/.

[14] « Climat et historique météo des Alpes-Maritimes (Provence-Alpes-Côte d'Azur) en 2013 », consulté le 12 mars 2015, http://www.linternaute.com/voyage/climat/alpes-maritimes/departement-06/2013.

[15] « Bilan climatique de l'année 2013 », consulté le 12 mars 2015, http://www.meteofrance.fr/climat-passe-et-futur/bilans-climatiques/bilan-2013/bilan-climatique-

de-l-annee-2013#.
[16] « Carte d'ensoleillement en heures par region », consulté le 11 mars 2015, http://www.meteo10.com/carte-ensoleillement.php.
[17] C. Sin et al., « Compréhension et utilisation de l'indice universel de rayonnement solaire (« indice ultraviolet ») par les dermatologues français métropolitains », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 140, nº 1 (janvier 2013): 15- 20, doi:10.1016/j.annder.2012.09.010.
[18] L. Meunier, « Index UV et photoprotection », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 140, nº 1 (janvier 2013): 3- 4, doi:10.1016/j.annder.2012.10.582.
[19] « Rayonnements ultraviolets et risques de cancer - Publications - Institut National Du Cancer ».
[20] « OMS | UV Index », consulté le 15 mars 2015, http://www.who.int/uv/intersunprogramme/activities/uv_index/fr/.
[21] « OMS | Programme INTERSUN », *WHO*, consulté le 15 mars 2015, http://www.who.int/uv/intersunprogramme/fr/.
[22] « Index UV - Météo-France », consulté le 15 mars 2015, http://www.meteofrance.fr/prevoir-le-temps/meteo-et-sante/les-ultraviolets.
[23] « Rayonnement solaire : bases physiques, effets cutanés biologiques et cliniques - EM|Premium », consulté le 11 mars 2015, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/743245/resultatrecherche/1.
[24] « UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés - Rapport intégral - Publications - Institut National Du Cancer », consulté le 12 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/publications/62-prevention/611-uv-artificiels-et-solaires-vitamine-d-et-cancers-non-cutanes-rapport-integral.
[25] M.-T. Leccia, « Peau, soleil et vitamine D : réalités et controverses », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 140, nº 3 (mars 2013): 176- 82, doi:10.1016/j.annder.2012.12.003.
[26] Marie-Claude Marguery, « Photoprotection (interne et externe) », *http://www.em-premium.com/data/traites/de2/98-26416/*, consulté le 12 mars 2015, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/979/resultatrecherche/1.
[27] A. Stoebner-Delbarre et al., « Connaissances, attitudes et comportements des adultes vis-à-vis du soleil en France », in *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, vol. 132 (Elsevier, 2005), 652- 57, http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963805794126.
[28] J. Castanet et J.-P. Ortonne, « Grain de beauté : du symptôme au diagnostic », *EMC - Traité de médecine AKOS* 6, nº 3 (janvier 2011): 1- 4, doi:10.1016/S1634-6939(11)50032-8.
[29] B. Cribier, « De la kératose actinique au carcinome spinocellulaire », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 139, nº 6- 7 (juin 2012): H8, doi:10.1016/j.annder.2012.04.018.
[30] N. Kluger, « Avant-propos : les kératoses actiniques, un nouveau regard », *http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/014101HS/9/*, 18 mars 2014, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/880226/resultatrecherche/10.
[31] J.-J. Bonerandi et S. Monestier, « Carcinome épidermoïde (spinocellulaire) et ses précurseurs », *EMC - Dermatologie* 6, nº 1 (janvier 2011): 1- 18, doi:10.1016/S0246-0319(11)56345-9.
[32] Marie-Sophie Gautier-Gougis, « Tumeurs cutanées », *http://www.em-premium.com/data/traites/mg/tm-17993/*, consulté le 12 mars 2015, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/2777/resultatrecherche/4.
[33] « Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 139, nº 11 (octobre 2012): A135- 43, doi:10.1016/j.annder.2012.06.011.

[34] « Les cancers en France - Edition 2013 - Publications - Institut National Du Cancer », consulté le 16 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/758-les-cancers-en-france-edition-2013.
[35] « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 / 2013 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil », consulté le 13 mars 2015, http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012.
[36] « Haute Autorité de Santé - Stratégie de diagnostic précoce du mélanome », consulté le 5 mars 2015, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_452354/fr/strategie-de-diagnostic-precoce-du-melanome.
[37] « Les facteurs de risque de mélanome de la peau - Institut National Du Cancer », consulté le 12 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/melanomes-de-la-peau/les-facteurs-de-risques.
[38] « Haute Autorité de Santé - Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané » », consulté le 27 février 2015, 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?xtmc=&xtcr=1.
[39] « InfoCancer - Mélanome - Formes de la maladie - La stadification », consulté le 15 mars 2015, http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/autres-cancers/melanome/formes-de-la-maladie/la-stadification.html.
[40] « Iconographie », consulté le 15 mars 2015, http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_26/site/html/iconographie.html.
[41] JP Lacour et JC Béani, « Photoprotection naturelle, photoprotection externe (topique et vestimentaire) », *http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/01345-C2/18/*, 27 mars 2008, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/130724/resultatrecherche/3.
[42] L. Meunier, « Photoprotection (interne et externe) », *EMC - Dermatologie* 3, nº 1 (janvier 2008): 1- 14, doi:10.1016/S0246-0319(08)48433-9.
[43] L. Meunier, « Phototoprotection : nouvelle classification des produits de protection solaire », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 135, nº 2 (février 2008): 157- 59, doi:10.1016/j.annder.2007.12.008.
[44] J.-C. Beani, « Produits de protection solaire : efficacité et risques », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 139, nº 4 (avril 2012): 261- 72, doi:10.1016/j.annder.2012.01.022.
[45] « Recommandations de bon usage des produits de protection solaire - Communiqué de presse - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé », consulté le 5 mars 2015, http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/L-Afssaps-met-en-ligne-des-recommandations-de-bon-usage-des-produits-de-protection-solaire-Communique-de-presse.
[46] « Produits solaires - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé », consulté le 12 mars 2015, http://ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-des-produits-cosmetiques/Produits-solaires/(offset)/4.
[47] « Risques solaires: se protéger du soleil, c'est protéger sa santé », consulté le 21 février 2015, http://www.prevention-soleil.fr/.
[48] « Inpes - Les vacances arrivent, objectifs : soleil et baignade », consulté le 16 mars 2015,

http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/14/cp140617-soleil-baignade.asp.
[49] « Inpes - Catalogue - Risques solaires », consulté le 12 mars 2015, http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1207.
[50] « Bien profiter des rayons du soleil - des conseils de prévention pour se protéger du soleil - 670.pdf », consulté le 21 février 2015, http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/670.pdf.
[51] « Mieux se protéger du soleil - Institut National Du Cancer », consulté le 21 février 2015, http://www.e-cancer.fr/prevention/exposition-aux-rayonnements-uv/espace-grand-public/mieux-se-proteger-du-soleil.
[52] « Tout savoir sur : Journée Nationale de Prévention et de Dépistage des cancers de la peau - 28 mai 2015 », consulté le 5 mars 2015, http://www.syndicatdermatos.org/dossier/journee-nationale-prevention-depistage-cancers-peau-28-mai-2015/.
[53] « Evaluez l'urgence à consulter face au mélanome », consulté le 13 mars 2015, http://dermato-info.fr/education-therapeutique/quizz/melanome.
[54] « OMS | Programme INTERSUN ». consulté le 15 mars 2015. http://www.who.int/uv/intersunprogramme/fr/
[55] « Atlas de la démographie médicale française 2013 | Conseil National de l'Ordre des Médecins », consulté le 13 mars 2015, http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2013-1327.
[56] « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé », consulté le 13 mars 2015, http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et-regionales-detaillees,5488.html.
[57] « Les médecins au 1er janvier 2013 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé », consulté le 13 mars 2015, http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2013,11126.html.
[58] Ibid.
[59] « Présentation de la réforme de l'Assurance Maladie. Le portail du service public de la Sécurité sociale. », consulté le 13 mars 2015, http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004.
[60] « Accès direct aux spécialistes en 2006. Quelle évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie - DossierPresseQes134.pdf », consulté le 13 mars 2015, http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquesDePresse/ComPresseQes/DossierPresseQes134.pdf.
[61] Isabelle Aubin-Auger et al, « Introduction à la recherche qualitative », *Exercer* 84, nº 19 (2008): 142- 45.
[62] P Frappe, *Initiation à la recherche*, Mayenne : GSM santé et CNGE, 2011.
[63] « Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale.pdf », consulté le 28 février 2015, http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf.
[64] G Quereux et al., « Evaluation des connaissances des médecins généralistes concernant le dépistage du mélanome et la photoprotection. », in *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, vol. 132 (Elsevier Masson, 2005), 215.
[65] « Mélanome cutané : un rapport HAS/INCa sur les facteurs de retard au diagnostic - Actualités - Institut National Du Cancer », consulté le 5 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/toutes-les-

actualites/7293-melanome-cutane-un-rapport-hasinca-sur-les-facteurs-de-retard-au-diagnostic.
[66] « Mélanome cutané infiltrant en France : évolution de l'incidence en fonction des facteurs histopronotisques sur la période 1998-2005 », consulté le 28 février 2015, http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7963.
[67] « COPARIME - SAMSCORE Score de risque de mélanome », consulté le 6 mars 2015, http://www.dmg-nantes.fr/coparime/.
[68] G. Quereux et al., « Intérêt du SAMScore dans le dépistage du mélanome », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 138, nº 12 (décembre 2011): A105, doi:10.1016/j.annder.2011.09.142.
[69] Emilie Grasset, « Dépistage du mélanome en médecine générale et évaluation du SAMScore par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais » (Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2013).
[70] « L'INCa publie le dépliant d'information sur « Cancers de la peau : risques professionnels » - Actualités - Institut National Du Cancer », consulté le 16 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/7005-linca-publie-le-depliant-dinformation-l-cancers-de-la-peau-risques-professionnels-r-.
[71] A. Petit, L. Karila, et M. Lejoyeux, « Quel cadre nosographique pour le bronzage excessif ? », *L'Encéphale* 40, nº 2 (avril 2014): 174- 79, doi:10.1016/j.encep.2013.04.001.
[72] « Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau - Actualités - Institut National Du Cancer », consulté le 5 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/7360-les-medecins-generalistes-et-la-detection-precoce-des-cancers-de-la-peau-.
[73] Stoebner-Delbarre A. et al., « Connaissances, attitudes et comportements des adultes vis-à-vis du soleil en France », *http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/013208-9/652/*, 29 avril 2008, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/155502/resultatrecherche/1.
[74] « Prévention santé - Bus information santé », *Site Internet du Conseil général des Alpes-Maritimes*, consulté le 18 mars 2015, https://www.cg06.fr/prevention/prevention-sante-bus-information-sante-2655.html.
[75] P. Saiag et al., « Connaissance et attitude de la population française sur le diagnostic du mélanome et sa prévention en 2011 », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 139, nº 12 (décembre 2012): B66, doi:10.1016/j.annder.2012.10.040.
[76] L. Meunier, « Nouvelles stratégies de photoprotection », in *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, vol. 133 (Elsevier, 2006), 395- 99, http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963806709243.
[77] P Autier et al., « Sunscreen use and intentional exposure to ultraviolet A and B radiation: a double blind randomized trial using personal dosimeters », *British Journal of Cancer* 83, nº 9 (novembre 2000): 1243- 48, doi:10.1054/bjoc.2000.1429.
[78] Isabelle Nicol et al., « Skin Protection by Sunscreens Is Improved by Explicit Labeling and Providing Free Sunscreen », *Journal of Investigative Dermatology* 127, nº 1 (26 octobre 2006): 41- 48, doi:10.1038/sj.jid.5700509.
[79] P. Guitera-Rovel et M.-E. Vestergaard, « Les outils diagnostiques du mélanome cutané », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 135, nº 12 (décembre 2008): 828- 34, doi:10.1016/j.annder.2008.10.002.
[80] S. Housiaux-Lefort Des Ylouses et al., « Diagnostic et dépistage des tumeurs noires en médecine générale: analyse des besoins », in *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, vol. 134 (Elsevier Masson, 2007), 484- 86.

[81] « Principe de l'examen dermatologique et les lésions élémentaires dermatologiques. Cours de sémiologie. CEDEF. Mai 2011 », consulté le 1 mars 2015, http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1320397713431.
[82] J Castanet et J-P Ortonne, « Grain de beauté : du symptôme au diagnostic », Traité de médecine AKOS, janvier 2011, 1- 4.
[83] Joel A. Wolf et al., « Diagnostic Inaccuracy of Smartphone Applications for Melanoma Detection », *JAMA Dermatology* 149, nº 4 (1 avril 2013): 422, doi:10.1001/jamadermatol.2013.2382.
[84] Sean Robison, Marjan Kljakovic, et Peter Barry, « Choosing to Biopsy or Refer Suspicious Melanocytic Lesions in General Practice », *BMC Family Practice* 13, nº 1 (8 août 2012): 78, doi:10.1186/1471-2296-13-78.
[85] J.-J. Grob, « Des outils diagnostiques dans le mélanome. Lesquels et pour quoi faire ? », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 135, nº 12 (décembre 2008): 812- 14, doi:10.1016/j.annder.2008.11.013.
[86] « Inpes - Catalogue - Pourquoi se protéger du soleil? Quiz "Vos enfants ont-ils les bons réflexes" et "Tes parents ont-ils les bons réflexes" », consulté le 16 mars 2015, http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1308.
[87] « Inpes - Catalogue - Risques solaires - 4 gestes simples », consulté le 16 mars 2015, http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1206.
[88] « Bronzage et effets sanitaires liés aux rayonnements ultraviolets - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr », consulté le 5 mars 2015, http://www.sante.gouv.fr/bronzage-et-effets-sanitaires-lies-aux-rayonnements-ultraviolets.html.
[89] « Index UV - Météo-France ». consulté le 15 mars 2015. http://www.meteofrance.fr/prevoir-le-temps/meteo-et-sante/les-ultraviolets
[90] « OMS | UV Index ». consulté le 15 mars 2015. http://www.who.int/uv/intersunprogramme/activities/uv_index/fr/
[91] « Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau », consulté le 1 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9994-les-medecins-generalistes-et-la-detection-precoce-des-cancers-de-la-peau-synthese-2012.
[92] « Enseignements — Université Nice Sophia Antipolis », consulté le 15 mars 2015, http://portail.unice.fr/medecine/etudes/paces/enseignements.
[93] « Items du programme de l'ECN », consulté le 15 mars 2015, http://www.remede.org/documents/items-du-programme-de-l-ecn.html.
[94] A. Isvy et al., « Medical Students and Sun Prevention: Knowledge and Behaviours in France », *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV* 27, nº 2 (février 2013): e247- 51, doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04621.x.
[95] « INPES - Baromètre santé 2005 », consulté le 15 mars 2015, http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/integral/pour-nous-citer.asp.
[96] « Plan cancer 2014-2019 - Publications - Institut National Du Cancer », consulté le 15 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/826-premier-rapport-au-president-de-la-republique-plan-cancer-2014-2019.
[97] F. Grange et al., « Évaluation d'une campagne de formation des médecins généralistes et des médecins du travail au dépistage du mélanome dans le Haut-Rhin », in *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, vol. 132 (Elsevier, 2005), 956- 61, http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963805795569.

[98] William H. McCarthy, « The Australian Experience in Sun Protection and Screening for Melanoma », *Journal of Surgical Oncology* 86, nº 4 (1 juillet 2004): 236- 45, doi:10.1002/jso.20086.
[99] « Évaluez, testez, améliorez vos connaissances - eLearning - Réseau Mélanome Ouest », consulté le 5 mars 2015, http://www.reseau-melanome-ouest.com/melanome/evaluez-testez-ameliorer-vos-connaissances-elearning.html.
[100] « Des outils d'aide à la pratique - Institut National Du Cancer », consulté le 21 février 2015, http://www.e-cancer.fr/prevention/exposition-aux-rayonnements-uv/espace-professionnels-de-sante/des-outils-daide-a-la-pratique.
[101] « Détection précoce des cancers de la peau - Publications - Institut National Du Cancer », consulté le 5 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/publications/76-depistage/423-detection-precoce-des-cancers-de-la-peaument-a-lusage-des-medecins-generalistes.
[102] « Haute Autorité de Santé - ALD n° 30 - Mélanome cutané », consulté le 5 mars 2015, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_644443/fr/ald-n-30-melanome-cutane.
[103] L. J. Titus et al., « Recent Skin Self-Examination and Doctor Visits in Relation to Melanoma Risk and Tumour Depth », *The British Journal of Dermatology* 168, nº 3 (mars 2013): 571- 76, doi:10.1111/bjd.12003.
[104] F. Grange et al., « Rôle des généralistes dans le diagnostic du mélanome : étude française basée sur la population », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 139, nº 12 (décembre 2012): B67, doi:10.1016/j.annder.2012.10.042.
[105] « Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé », consulté le 13 mars 2015, http://www.drees.sante.gouv.fr/specialistes-et-patients-face-au-parcours-de-soins-coordonnes-comportements-et-opinions,5487.html.
[106] « Haute Autorité de Santé - Mélanome cutané : la détection précoce est essentielle », consulté le 27 février 2015, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1524070/fr/melanome-cutane-la-detection-precoce-est-essentielle.
[107] « Les Français face au dépistage des cancers - Publications - Institut National Du Cancer », consulté le 3 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/publications/90-depistage-et-detection-precoce/388-les-francais-face-au-depistage-des-cancers.
[108] « Rapport d'orientation sur les facteurs de retard au diagnostic du Mélanome cutané », consulté le 21 février 2015, http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9902-rapport-hasinca-facteurs-de-retard-diagnostic-melanome-cutane.
[109] L. Meunier et E. Estève, « Comportement des enfants vis-à-vis du soleil. Éducation à l'exposition solaire », in *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, vol. 134 (Elsevier, 2007), 25- 27, http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963807892428.
[110] « La Ligue organise la 3e semaine de la protection solaire », consulté le 16 mars 2015, http://www.ligue-cancer.net/article/27744_la-ligue-organise-la-3e-semaine-de-la-protection-solaire.
[111] Susan A. Oliveria et al., « Skin cancer screening by dermatologists, family practitioners, and internists: barriers and facilitating factors », *Archives of dermatology* 147, nº 1 (2011): 39- 44.
[112] S Jouanin, « Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale » (Université Claude Bernard Lyon 1, 2006), http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/C5.2.1PJ9_1184838974600.pdf.
[113] P Jaine, « Pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en Médecine Générale » (Thèse

de médecine, Faculté de Médecine Marseilles, 2005).
[114] V. Donval, « Polyvalence de la consultation de Médecine Générale. » (Thèse de médecine, Paris Ouest, s. d.).
[115] G Flesch-Georgel, « Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville : une spécificité de la médecine générale. » (Thèse de médecine, Strasbourg, 1998).
[116] Jean-Jacques Grob, « Quel patient déshabiller en MG?: Le point de vue du dermatologue », *La Revue du praticien. Médecine générale*, n° 823 (2009): 404- 6.
[117] G. Guillaume, « Place de la pudeur physique lors de l'examen clinique en médecine générale. Etude qualitative » (Université de Versailles/Saint-Quentin-en-Yvelines, 2012), http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/GUILLAUME_BETTAN.pdf.
[118] « CIRCULAIRE CPAM Modification de la NGAP au 26 mars 2012 Décision UNCAM du 20 décembre 2011 relative à la mise en oeuvre des mesures de la convention médicale du 26 juillet 2011. Art 15.2.1 de la NGAP.PDF », consulté le 28 février 2015, http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2012/CIR-6-2012.PDF.
[119] U.S. Preventive Services Task Force, « Screening for Skin Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement », *Annals of Internal Medicine* 150, n° 3 (3 février 2009): 188- 93.
[120] « PAIR mélanome - Recherche - Institut National Du Cancer », consulté le 6 mars 2015, http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-translationnelle/les-pairs/pair-melanome.
[121] C Vergnes et al., « Comportements d'exposition solaire des enfants de 3 à 15 ans domiciliés à Montpellier », *http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/012606-7/505/*, 28 avril 2008, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/152940/resultatrecherche/1.
[122] F Grange et JJ Grob, « Soleil, nævus et risque de mélanome.pdf », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, Le soleil et la peau de l'enfant, 134, n° 5 (2007): 4S28- 4S33.
[123] S. Bastuji-Garin et al., « Melanoma Prevention: Evaluation of a Health Education Campaign for Primary Schools », *Archives of Dermatology* 135, n° 8 (août 1999): 936- 40.
[124] E. Estève et al., « « Le soleil à l'école » : réseau d'éducation à l'exposition solaire », *http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/01300002/171/*, 29 avril 2008, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/154168/resultatrecherche/1.
[125] « Remise du rapport d'évaluation du plan cancer 2009-2013 - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr », consulté le 13 mars 2015, http://www.sante.gouv.fr/remise-du-rapport-d-evaluation-du-plan-cancer-2009-2013.html.
[126] « L'information au service de la prévention solaire | www.soleil.info », consulté le 16 mars 2015, http://www.soleil.info/.
[127] « La Ligue organise la 3e semaine de la protection solaire ». Consulté le 16 mars 2015. http://www.ligue-cancer.net/article/27744_la-ligue-organise-la-3e-semaine-de-la-protection-solaire
[128] P. Saiag et al., « Valeur d'un jeu vidéo pour la prévention primaire du mélanome : étude prospective en école primaire », *http://www.em-premium.com/data/revues/01519638/01320HS3/9S52_2/*, 29 avril 2008, http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/155642/resultatrecherche/2.

LISTE DES ABREVIATIONS

- ANSM : Agence Nationale de Sureté du Médicament
- CBC : Carcinome Basocellulaire
- CSC : Carcinome Spinocellulaire
- DEM : Dose Erythémale Minimale
- ERO : Espèce Réactive de l'Oxygène
- FMC : Formation Médicale Continue
- FMI : Formation Médicale Initiale
- FPS : Facteur de Protection Solaire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INCa : Institut National du Cancer
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- IUV : Indice Ultra-Violet
- JDE : Jonction Dermo-Epidermique
- MG : Médecin Généraliste
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PAIR : Programme d'Actions Intégrées de Recherche
- PPS : Produit de Protection Solaire
- SAMScore : Self Assesment of Melanoma Risk Score
- UV : Ultra-Violet

ANNEXES

Annexe 1 :

INFORMATION ET PRESENTATION AUX MEDECINS GENERALISTES

Bonjour, je suis Interne en Médecine Générale et je me permets de vous contacter dans le cadre de mon travail de thèse :

- Objectif principal : explorer les expériences personnelles, les opinions et les attentes des MGs des Alpes-Maritimes en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome en cabinet de ville.

- Objectifs secondaires : déterminer les freins et les obstacles, les besoins, trouver des voies d'amélioration pour la formation et sensibiliser les MGs sur leur rôle clef dans la prévention primaire et secondaire des mélanomes.

- Enregistrement de l'entretien afin de l'analyser après une transcription verbatim (mot à mot).

- Durée : environ 20-30 minutes.

- Données anonymes et confidentielles.

- Entretiens réalisés jusqu'à saturation des idées sur le sujet.

- Possibilité de vous envoyer la transcription de votre entretien pour relecture et commentaires si besoin.

Annexe 2 :

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES MEDECINS GENERALISTES :

- Sexe : Femme ☐ Homme ☐

- Age :

- Date d'installation dans le département :

- Milieu d'exercice : Urbain ☐ Semi-rural ☐ Rural ☐

- Mode d'exercice : Seul ☐ Cabinet de groupe ☐ Remplaçant ☐

- Nombre d'actes par semaine : 50-99 ☐ 100-149 ☐ 150-200 ☐

- Maitre de stage : OUI ☐ NON ☐

- Participation à une FMC sur la prévention solaire ou le dépistage du mélanome :
  OUI ☐ NON ☐

Annexe 3 :

GUIDE D'ENTRETIEN

VOTRE PRATIQUE/EXPERIENCE

- Quelle place dans votre pratique accordez-vous à la prévention solaire et au dépistage du mélanome ?
- Pratiquez-vous spontanément des actions de prévention solaire ou de dépistage du mélanome dans vos consultations ?
- *Question intermédiaire* : Si oui : Quand et comment abordez-vous le sujet avec vos patients au cours d'une consultation ?
Si non : Pourquoi ?
- Examinez-vous le revêtement cutané de façon complète et systématique ?
- Quels sont pour vous les patients à risques ?
- Quels types de lésions vous inquiètent ?
- Avez-vous recours facilement à un dermatologue en cas de lésion cutanée suspecte ?
- *Question intermédiaire* : Et suite à la demande d'un patient qui souhaite consulter un dermatologue ? Accessibilité des dermatologues ?
- Quels outils ou matériels utilisez-vous dans votre pratique pour promouvoir la prévention solaire et le dépistage du mélanome ?
- *Question intermédiaire* : Images, posters, fascicules, dépliants, règle ABCDE, dermatoscope, etc… ?
- Quels conseils de prévention solaire et de surveillance cutanée donnez-vous aux patients ?
- Que pensez-vous de la classification des produits de protection solaire ?
- Quelle est votre expérience personnelle en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome ?
- *Question intermédiaire* : Quelles formations éventuelles concernant la prévention solaire et/ou le dépistage du mélanome avez-vous suivies ?
- *Question intermédiaire* : Que pensez-vous de votre formation initiale à la faculté?
- Avez-vous reçu des incitations à effectuer des actions de prévention ou de dépistage de la part d'organismes officiels ou privés ?
- *Question intermédiaire* : Connaissez-vous l'Inca, l'INPES ?
- En tant que MG pratiquant dans les Alpes-Maritimes qui est une région avec un fort taux d'ensoleillement, vous sentez-vous plus impliqué ?

VOS OPINIONS :

- Comment vous sentez-vous lorsqu'un patient vous pose des questions sur la prévention solaire et le dépistage du mélanome ?
- Quels sont les obstacles ou les freins vous empêchant de faire de la prévention solaire et/ou du dépistage de mélanome ?
- Que pensez-vous des informations destinées aux MGs et des recommandations actuelles ?
- *Question intermédiaire* : Quelles sont vos sources d'informations?
- Que pensez-vous des campagnes de prévention solaire et de dépistage du mélanome actuelles ?
- *Question intermédiaire* : Pensez-vous que l'information et le message délivré par le médecin généraliste soit plus efficace que les campagnes de santé publique seules ?
- Quelle place selon-vous occupe le MG dans le parcours de soin ?

VOS ATTENTES :

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le message de prévention auprès du patient et votre pratique ?
- Quel type de formation serait pour vous le plus facile à suivre ?
(visites confraternelles, groupes de pairs, FMC, formation sur internet…etc.)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

RESUME

Introduction : En France, la prévention solaire et le dépistage du mélanome cutané sont devenus de réels problèmes de Santé Publique. En effet, l'incidence du mélanome est en augmentation constante depuis ces dernières années alors que le nombre de Dermatologues diminue progressivement. De plus, on sait que le dépistage précoce de mélanome influe sur le taux de survie. Ainsi, le Médecin Généraliste (MG) va occuper un rôle essentiel dans la prévention solaire et le dépistage du mélanome dans les prochaines années.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès de 16 MGs des Alpes-Maritimes.
La question de recherche était : « Quel rôle les Médecins Généralistes souhaitent-ils tenir dans la prévention solaire et le dépistage du mélanome ? »
L'objectif principal était : évaluer les expériences, les opinions et les attentes des MGs en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome.
Les objectifs secondaires étaient : sensibiliser les MGs sur leur rôle clef dans la prévention primaire et secondaire des mélanomes, analyser les freins et les obstacles, trouver des voies d'amélioration pour leur pratique.

Résultats : Les MGs souhaitaient s'impliquer plus pour apporter leur aide au dépistage précoce du mélanome, pour relayer le message des campagnes de prévention, pour sensibiliser et éduquer les patients en les incitant à pratiquer l'auto-surveillance, pour réorienter vers le dermatologue si nécessaire.
Cependant, les MGs rencontraient de nombreux d'obstacles dans leur pratique : le manque de temps, le manque de connaissance, la difficulté diagnostique du mélanome, le manque d'outils et de moyens, l'obstacle du déshabillage, la vaste activité de prévention, la prévention qui est patient-dépendante et l'essoufflement des campagnes de prévention.
Pour optimiser leur rôle, plusieurs solutions ont été évoquées : améliorer la formation médicale initiale, participer régulièrement à des formations médicales continues plus pratiques, disposer de documents de prévention à destination du grand public, simplifier et uniformiser l'étiquetage des produits de protection solaire, instaurer une consultation dédiée à la prévention solaire et au dépistage du mélanome une fois par an et introduire un programme d'éducation à la prévention solaire dans le cursus scolaire. Les MGs revendiquaient une meilleure reconnaissance de la part des instances avec instauration d'une rémunération spécifique à la prévention.

Discussion : Les MGs étaient conscients de l'importance de leur rôle dans la prévention solaire et le dépistage du mélanome. Ils souhaitaient s'impliquer plus, mais ils rencontraient un trop grand nombre d'obstacles dans leur pratique. Plusieurs suggestions ont été mentionnées par les MGs pour optimiser leur rôle. Suite à nos recherches, d'autres perspectives ont pu être envisagées : l'adoption du SAMScore par les MGs, l'utilisation de l'indice Ultra-Violet pour informer le grand public, la participation du Conseil Général des Alpes-Maritimes à la prévention, la création de spots télévisuels destinés aux enfants, le développement d'outils ludiques, l'usage d'applications pour smartphone.

Mots clefs : médecin généraliste, mélanome cutané, dépistage précoce, prévention solaire, ultra-violet, enquête qualitative.