



**HAL**  
open science

# État des lieux des connaissances des patients picards consultant en cabinets de médecine générale, à propos du mélanome

Mélanie Caron

► **To cite this version:**

Mélanie Caron. État des lieux des connaissances des patients picards consultant en cabinets de médecine générale, à propos du mélanome. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02168341

**HAL Id: dumas-02168341**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02168341>**

Submitted on 28 Jun 2019

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

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

**ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES PATIENTS PICARDS  
CONSULTANT EN CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE,  
À PROPOS DU MÉLANOME.**

THÈSE EN VUE DU DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
le 20 mars 2019  
par Madame Mélanie CARON

La Présidente du Jury,  
**Madame le Professeur Catherine LOK**

Les Membres du Jury,  
**Monsieur le Professeur Olivier GANRY**  
**Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN**  
**Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT**

Le Directeur de Thèse,  
**Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX**

## REMERCIEMENTS

---

A ma Présidente de Jury,

**Madame le Professeur Catherine LOK**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénérologie)

Assesseur du 3ème cycle

Chef du Service de Dermatologie

Chef du Pôle des 5 Sens

*Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie.*

*Soyez assurée de ma respectueuse reconnaissance et de mon immense gratitude.*

## REMERCIEMENTS

---

**A mon Jury,**

**Monsieur le Professeur Olivier GANRY**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

*Vous me faites le grand honneur de juger cette thèse.*

*Veillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.*

## REMERCIEMENTS

---

**Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN**  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Anatomie et cytologie pathologique)

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie de ce jury.*

*Veillez recevoir l'expression de ma sincère considération.*

## REMERCIEMENTS

---

**Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Chef du service d'Oncologie médicale

CHU d'AMIENS

*Vous avez aimablement accepté de juger ce travail.*

*Je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements.*

*Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

## REMERCIEMENTS

---

A mon directeur de thèse,

**Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX**

Médecin Généraliste à LAON

*Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, je vous en suis infiniment reconnaissante.  
Merci pour votre disponibilité, votre écoute et pour vos précieux conseils.  
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère gratitude.*

## REMERCIEMENTS

---

### **A mes parents,**

Pour votre amour, votre soutien et votre aide sans faille. Vous m'avez permis de relativiser et de surmonter tous les moments difficiles. Merci d'avoir fait de moi qui je suis. Je vous aime.

### **A Alice et Mathieu, et mes neveux et nièce Justine, Maxence et Martin,**

De m'avoir épaulé et d'avoir cru en moi, en m'appelant « Docteur Tatie » dès la première année de médecine !

### **A Charlotte, mon amie, ma sœur,**

Pour ton soutien et ton amour au quotidien. Je t'aime jusqu'aux étoiles.

### **A Florian,**

Pour ton amour, ton aide et ton soutien au quotidien et surtout pendant ce travail.

### **A mes amis Laura et Maxime, Claire et « Ch'Nu »,**

Merci d'avoir toujours été là, y compris dans les moments difficiles, votre soutien et votre amitié me sont précieux. Malgré la distance et les années, notre amitié est un des piliers de ma vie.

### **A ma « Tatie », Dominique et Pierrick,**

Pour votre aide durant ces longues années, de m'avoir accueilli si souvent durant mes stages et remplacements loin de la maison ! Tatie, tu es pour moi un exemple de force et de combativité. Je vous aime.

### **A mes filleuls Martin, Henri et Basile,**

Je m'efforcerai toujours d'être une marraine présente et aimante, pour vous accompagner dans toutes les étapes de votre vie.

### **A Sofiane et Céline,**

Pour votre amitié et votre soutien. Que notre future collaboration soit belle !

**A Maximilien dit « Maxou »,**

Pour notre amitié sans faille, ces longues heures de révision à deux, heureusement entrecoupées de bons moments ! Même si la distance nous sépare, notre amitié m'est précieuse. Merci pour tout.

**A mes collègues de promo devenus amis : Valentin et Yann,**

Avec qui j'ai tant partagé au cours de ces années ! Entre rires et stress des partiels, des gardes et des premiers remplacements !

**Aux Docteurs Bouteillier, Carton, Deschamps, Debailleux, Tailleux, Toussaints,**

Pour votre encadrement. Merci de m'avoir transmis avec patience et bonne humeur toutes les connaissances qui font aujourd'hui ma richesse.

**A Patrice Eslin, Aude Couty et Antoine Tardif, enseignants-chercheurs au pôle Sciences de l' UPJV d'Amiens,**

Pour vos précieux conseils de recherche et votre aide dans l'analyse statistique de ce travail.

**Aux absents partis trop tôt, mes grands-parents qui m'ont tant soutenu,**

Vous m'accompagnez en permanence.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

---

UV : Ultra-Violets

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

RR : Risque relatif

NSP : Ne sait pas

HAS : Haute Autorité de Santé

CSP : Catégories socioprofessionnelles

ATCD : Antécédent(s)

MG : Médecin(s) généraliste(s)

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

INCa : Institut National du Cancer

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

SNDV : Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues

# TABLE DES MATIERES

---

<b>1. Introduction .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Matériels et méthodes .....</b>	<b>16</b>
2.1. Type d'étude .....	16
2.2. Population cible .....	16
2.3. Le questionnaire .....	16
2.4. L'analyse statistique .....	19
<b>3. Résultats .....</b>	<b>20</b>
3.1. Caractéristiques socio-économiques .....	20
3.2. Facteurs de risque de la population étudiée .....	21
3.3. Surveillance cutanée des patients .....	22
3.3.1. Les acteurs de la surveillance .....	22
3.3.2. Le suivi médical .....	23
3.4. Niveau d'informations concernant le mélanome .....	23
3.5. Objectif principal : état des lieux des connaissances .....	24
3.5.1. Analyse descriptive de l'ensemble de l'échantillon .....	24
3.5.2. Connaissances selon les caractéristiques socio-économiques .....	26
3.5.3. Connaissances selon les facteurs de risque .....	29
3.5.4. Connaissances selon la surveillance cutanée clinique .....	35
3.5.5. Connaissances selon le niveau d'information .....	36
3.6. Objectif secondaire : décrire les attentes et les freins à la consultation .....	36
3.6.1. Les attentes des patients en terme d'informations .....	36
3.6.2. Les freins à la consultation .....	37
<b>4. Discussion .....</b>	<b>41</b>
4.1. Limites et biais .....	41
4.1.1. Sur le questionnaire .....	41
4.1.2. Représentativité de l'échantillon .....	42
4.1.3. Biais de sélection .....	42
4.1.4. Biais de mémorisation .....	42
4.1.5. Biais de compréhension .....	42

4.1.6. Biais de mesure .....	42
4.2. Analyse des résultats .....	43
4.2.1. Etat des lieux des connaissances.....	43
4.2.2. Attentes et facteurs de retard à la consultation.....	50
4.3. Pistes de recherche .....	54
<b>5. Conclusion .....</b>	<b>55</b>
<b>6. Références bibliographiques .....</b>	<b>57</b>
<b>7. Annexes</b>	
Annexe 1 : Questionnaire .....	62
Annexe 2 : Auto-examen cutané .....	64
Annexe 3 : Dépliant patient – INCa .....	65

---

## INTRODUCTION

---

### **I- Le mélanome, un problème de santé publique :**

En France, le mélanome représente un réel problème de santé publique : son incidence augmente, et sa létalité est importante en cas de prise en charge tardive de la lésion initiale.

#### **- Incidence du mélanome :**

Le taux d'incidence du mélanome a triplé entre 1980 et 2000. Le taux annuel moyen d'incidence, sur cette période, était de 4,33% [1].

En 2000, le mélanome se plaçait au neuvième rang des cancers de la femme et au treizième rang des cancers de l'homme, sur les 23 cancers référencés dans les études épidémiologiques [2, 3].

#### **- Mortalité du mélanome :**

Le mélanome est responsable d'environ 1500 décès par an en France [4].

On observe une dissociation entre l'incidence croissante et la mortalité modérée. Le taux d'évolution de la mortalité (+59 % entre 1978 et 2000) est plus faible que celui de l'incidence. Cette évolution dissociée entre incidence et mortalité témoigne de la part croissante des formes de mélanomes à extension superficielle, tumeurs présentant des risques plus faibles de métastases [1].

On constate même une diminution récente de la mortalité en France et en Europe dans les cohortes jeunes, ce qui laisse penser que les actions massives de prévention primaire et secondaire paraissent efficaces et doivent être renforcées [2].

#### **- Répartition selon l'âge et le sexe :**

Les taux d'incidence et de mortalité liés au mélanome augmentent régulièrement avec l'âge. Le pic d'incidence se situe entre 50 et 64 ans chez l'homme et entre 15 et 64 ans chez la femme. Avant 65 ans, l'incidence est supérieure chez la femme. Au-delà de 65 ans, elle devient supérieure chez l'homme [5].

Ce cancer constitue un des rares cas où la maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Le taux d'incidence est de 9,5 cas par an pour 100 000 personnes chez la femme, et 7,6 chez l'homme [1].

Cependant, concernant la mortalité, la survie est meilleure chez la femme que chez l'homme.

- **Répartition géographique en France :**

Concernant l'incidence, on retrouve un gradient Nord-Sud. Les incidences les plus importantes sont en Bretagne, Pays de la Loire, Basse-Normandie et Alsace. A l'opposé, l'incidence la plus faible est en Corse [2, 4].

Ceci reflète la place majeure du phototype dans les facteurs de risque : l'incidence est plus importante dans les populations à peau claire du nord de la France, que dans les populations du sud à peau pigmentée.

- **Les facteurs de risque :**

La population des patients à risque de mélanome est facilement identifiable.

Les facteurs de risque sont [6, 7, 8, 9] :

- L'exposition solaire : les rayonnements UV (Ultra-Violets) sont classés dans la catégorie n°1 des « cancérogènes certains » par le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer)
- Le phototype clair,
- Un antécédent personnel ou familial de mélanome,
- Un nombre important de nævus (>40),
- Éphélides (taches de rousseur) nombreuses,
- La présence de nævus atypiques ( $n \geq 2$ ),
- Et la prise de traitement immunosuppresseur.

## **II- Le paradoxe**

La situation est préoccupante du fait de l'augmentation de l'incidence du mélanome et de sa létalité. Pourtant, le mélanome pourrait être le cancer le plus aisé à dépister, puisqu'il est visible à l'œil nu !

Le pronostic du mélanome est très dépendant de l'épaisseur de la lésion au moment du diagnostic. Le mélanome non métastasé est curable par simple exérèse chirurgicale. Au contraire, un mélanome découvert au stade métastatique est de très mauvais pronostic. Peu de traitements sont efficaces, même si de nombreux progrès ont été faits à ce niveau : en 2009, les traitements du mélanome au stade métastatique n'avaient pas montré d'effet sur la mortalité [10]. Depuis, la prise en charge a évolué, marquée par l'émergence de nouvelles molécules pour les formes métastatiques. Les traitements actuels (immunothérapie, thérapeutiques ciblées) permettent une augmentation de la survie [11, 12, 13]. L'étude de Wolchok *et al.* publiée en 2017, retrouve un taux de survie globale à 3 ans de 58% [14].

Détecter et traiter le mélanome au plus tôt représente un enjeu majeur.

Ce diagnostic précoce de mélanome est donc, en théorie, accessible grâce à un test simple, accessible, acceptable, non invasif, reproductible et peu coûteux : l'examen clinique cutané complet. Il peut être réalisé par les médecins mais il est aussi accessible aux patients eux-mêmes.

Le dépistage systématique organisé du mélanome n'est pas recommandé, même dans les pays où l'incidence est la plus forte (Nouvelle-Zélande, Australie). D'une part parce qu'il n'a pas été prouvé qu'il réduirait la morbi-mortalité du mélanome, que celui-ci serait trop coûteux, et qu'auparavant les traitements des mélanomes métastasés n'amélioreraient pas le taux de survie. La littérature met en évidence que le dépistage ciblé aurait un meilleur rapport coût-efficacité [15, 16].

### **III- Un problème de connaissance des patients ?**

Fréquemment, ce sont les patients eux-mêmes qui détectent leurs propres lésions, soit par hasard, soit au cours d'un auto-examen cutané. Selon les études, les taux de détection par les patients varient de 40% à 57% [5, 17].

Les auto-examens cutanés réalisés régulièrement seraient associés à une réduction du risque de découvrir une lésion maligne avancée au moment du diagnostic, et pourraient ainsi diminuer le taux de mortalité jusqu'à 63%. [18].

Pourtant, les patients réalisant des auto-examens cutanés réguliers restent une minorité de la population générale : les estimations varient de 15% à 25% aux Etats-Unis et en Australie [19, 20].

En France, un patient sur quatre examine régulièrement sa peau. Les femmes effectuent cet examen plus fréquemment que les hommes (28,5 vs 17,2 % des hommes) [21].

Pour réaliser des auto-examens cutanés efficaces, les patients doivent avoir les connaissances appropriées concernant les caractéristiques d'une lésion cutanée suspecte. Une méthode décrite pour l'aide au diagnostic clinique du mélanome est la démarche analytique visuelle : elle est représentée par la méthode ABCDE, très couramment utilisée en France.

Cette méthode a été décrite en 1985 par Friedman *et al.* et modifiée par Thomas *et al.* en 1998 [22]. L'acronyme **ABCDE** signifie :

**A** : Asymétrie, **B** : Bords irréguliers, **C** : Couleur inhomogène, **D** : Diamètre > 6 millimètres (mm), et **E** : Evolutivité.

La sensibilité et la spécificité du diagnostic de mélanome sont, respectivement, de : 89,3% et 65,3% si 2 critères sont présents sur les 5, et 65,5% et 81% si 3 critères sont présents [22].

Aux vues de l'enjeu majeur de détecter au plus tôt une lésion suspecte, et que la suspicion diagnostique est à la portée des patients par l'auto-examen, ont-ils suffisamment de connaissances pour pouvoir repérer une lésion suspecte ?

Par ailleurs, peu de patients consultent pour ce motif.

L'étude française de Richard *et al.* [23] retrouvait qu'il existait des facteurs de retard au diagnostic liés aux patients.

Aux Etats-Unis, une étude a démontré que près de 42% des sondés ne connaissaient pas le mélanome et seulement 26% de ceux qui le savaient pouvaient identifier ses signes spécifiques [24].

En France, l'enquête nationale « EDIFICE mélanome » de 2011 retrouvait que le niveau de connaissance sur le mélanome était encourageant, 70 % des personnes définissant correctement la maladie, et 60 % la règle ABCDE [25].

**Qu'en est-il des patients picards ? Nous souhaitons donc réaliser un état des lieux des connaissances des patients picards, consultant en cabinets de médecine générale, à propos du mélanome.**

**Les objectifs secondaires ont pour but de décrire les attentes des patients en terme d'information, ainsi que les freins à la consultation pour une lésion cutanée suspecte, pouvant être un facteur de retard au diagnostic du mélanome.**

---

## MATERIEL ET METHODES

---

### **2.1. Type d'étude :**

Afin de réaliser notre travail de thèse, nous avons choisi de réaliser une étude épidémiologique descriptive quantitative transversale.

### **2.2. Population cible :**

L'étude a été menée auprès de 3 maisons médicales de Picardie : à Breteuil-sur-Noye (environ 4500 habitants, maison médicale de 4 médecins) pour l'Oise, à Montdidier (6195 habitants, maison médicale de 5 médecins) pour la Somme, et à Laon (plus de 25000 habitants, maison médicale de 3 médecins) pour l'Aisne.

Elle a été menée auprès d'une population de soins primaires, rurale et urbaine, de statuts socioéconomiques variés.

#### **- Critères d'inclusion :**

Nous avons laissé les questionnaires à disposition dans les salles d'attente du 5 février 2018 au 30 juin 2018. Une affiche a été créée et accrochée près des questionnaires, expliquant notre projet et proposant aux patients d'y participer. Il a été rempli sur la base du volontariat. Il s'adressait à tout patient consultant auprès des 12 médecins généralistes, quel que soit leur motif de consultation.

#### **- Critères d'exclusion :**

Ont été exclus les patients âgés de moins de 15 ans. Aucun questionnaire n'a été exclu pour ce motif.

La population source était les personnes habitant la Picardie.

La population cible était les patients venant consulter leur médecin généraliste, durant ces 5 mois.

400 questionnaires ont été mis à disposition des patients. 327 ont pu être récupérés. 15 questionnaires ont été exclus car ils n'étaient que partiellement complétés. Nous avons donc analysé 312 questionnaires, soit un taux de réponse de 78%.

### **2.3. Le questionnaire**

Il s'agissait d'un auto-questionnaire, anonyme.

L'élaboration du questionnaire (*annexe 1*) s'est déroulée en plusieurs étapes.

Deux passages devant la commission des thèses ont été nécessaires afin d'améliorer le

questionnaire, notamment concernant le vocabulaire employé, afin de se mettre à un niveau compréhensible pour tous.

Le questionnaire a ensuite été relu par des personnes n'appartenant pas au milieu médical ou paramédical, afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions.

Il comportait au final 21 questions, principalement des questions fermées (1 question ouverte et 3 questions mixtes) pouvant être classées selon six grandes parties :

- les données socio-économiques et activités extérieures quotidiennes (Q 1 à Q6),
- la connaissance du mélanome (Q7),
- les facteurs de risque (Q8 à Q14),
- la surveillance cutanée (Q15-Q16),
- le niveau d'information (Q17),
- les freins à la consultation pour une lésion cutanée suspecte (Q18-Q19),
- et enfin les attentes des patients (Q20 et Q21).

➤ Concernant le facteur de risque lié au phototype :

La classification de Fitzpatrick ou phototype permet de classer les individus selon la réaction de leur peau lors d'une exposition solaire.

**Tableau 1 – Classification des phototypes selon Fitzpatrick**

Phototype I	Peau très blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts	Brûle facilement, ne bronze jamais
Phototype II	Peau claire, cheveux blonds roux à châains, yeux verts/bruns	Brûle facilement, bronze à peine
Phototype III	Peau moyenne, cheveux châains à bruns, yeux bruns	Brûle modérément, bronze graduellement
Phototype IV	Peau mate, cheveux bruns/noirs, yeux bruns/noirs	Brûle à peine, bronze toujours bien
Phototype V	Peau brun foncé, cheveux noirs, yeux noirs	Brûle rarement, bronze beaucoup
Phototype VI	Peau noire, cheveux noirs, yeux noirs	Ne brûle pas

Pour aider les patients à s'identifier, nous avons proposé 3 catégories de type de peau (très claire, moyennement claire et mate/métisse) ainsi que 3 propositions à la tendance aux coups de soleil (très facilement, un petit peu, et non).

Pour l'analyse statistique, nous avons regroupé ces deux modalités en 3 groupes. Le risque relatif (RR) d'avoir un mélanome chez les sujets de phototype I versus phototype IV est de 2,1 [IC 95% : 1,8-2,4] et pour les phototypes II versus IV il est de 1,8 [IC 95% : 1,4-2,4] [4].

Nous avons donc « regroupé » les phototypes I et II en un groupe « à risque élevé ». Le phototype III et IV en un groupe « à risque moyen » et les phototypes V et VI en groupe « à risque moindre » :

- Le groupe à risque élevé : sujets à peau très claire, prenant très facilement des coups de soleil.
- Le groupe à risque moyen : sujets à peau moyennement claire, ayant tendance à prendre « un petit peu » des coups de soleil.
- Le groupe à risque moindre : sujets à peau mate ou métisse, et ne prenant pas de coups de soleil.

➤ *Comment évaluer le niveau de connaissances du mélanome ?*

Afin d'évaluer les connaissances des patients, nous avons proposés une question fermée à choix multiples.

A la question : « Pour vous, qu'est-ce qu'un mélanome, ou est susceptible d'être un mélanome ? », la première des propositions était « Un cancer de la peau ».

Pour répondre à notre objectif, nous avons inclus dans les réponses possibles, les critères ABCDE correspondant aux caractéristiques d'une lésion cutanée suspecte. Ceci ayant pour but de savoir si les patients connaissaient les signes cliniques devant faire consulter pour une lésion suspecte.

Enfin, la dernière proposition était « Ne sait pas » (NSP).

- ✓ Selon la Haute Autorité de Santé (HAS),, une lésion mélanocytaire est considérée comme **suspecte si deux des critères ABCDE sont validés** [16].
- ✓ Toujours selon l'HAS, parmi les critères ABCDE, **le critère E (évolutivité) est le critère le plus pertinent** [16].
- ✓ Enfin, le fait de **savoir que le mélanome est un cancer cutané**, est également signe de connaissance du mélanome.

Nous nous sommes donc basés sur ces données, pour définir le critère de jugement principal permettant de définir une connaissance satisfaisante du mélanome : **avoir connaissance d'au moins 2 critères ABCDE et/ou connaissance du critère « évolutivité » et/ou connaissance du caractère malin.**

Nous avons ainsi établi 3 niveaux de connaissances :

- **Mauvais niveau de connaissances** : Patients ne connaissant pas le caractère malin et aucun critère ABCDE, ou ayant répondu « Ne sait pas ».
- **Niveau de connaissances acceptable** : Patients connaissant uniquement le critère « évolutivité ».
- **Bon niveau de connaissances** : Patients ayant connaissance d'au moins 2 critères ABCDE, y compris le critère « évolutivité », et connaissant le caractère malin.

#### **2.4. L'analyse statistique**

Les résultats du questionnaire ont été extraits sous la forme d'un tableur via le logiciel Calc.

L'analyse des données recueillies et les statistiques ont pu être réalisées grâce au site internet BIOSTATGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>) avec utilisation du test du Chi<sup>2</sup> de Pearson ou du test exact de Fischer si l'effectif (n) était inférieur à 5.

## RÉSULTATS

### 3.1. Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon :

#### - Age et genre :

L'âge moyen était de 49,3 ans, avec un écart-type de 16,6. L'âge moyen des hommes était plus élevé à 56,9 ans, contre 49,4 ans pour les femmes. Les âges extrêmes étaient 15 ans et 90 ans.

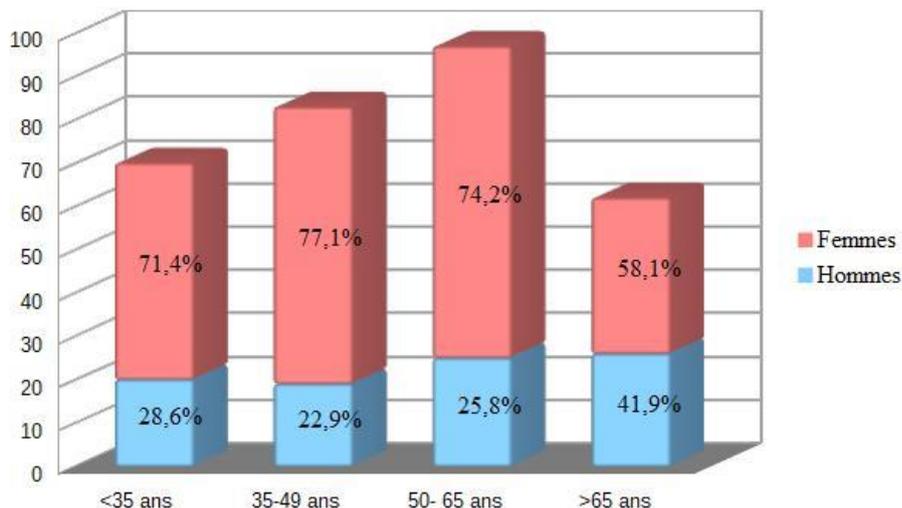


Fig. 1 – Répartition de la population selon l'âge et le genre

#### - Catégories socio-professionnelles :

On notait 175 patients (56,1%) actifs et 137 (43,9%) inactifs dans notre enquête.

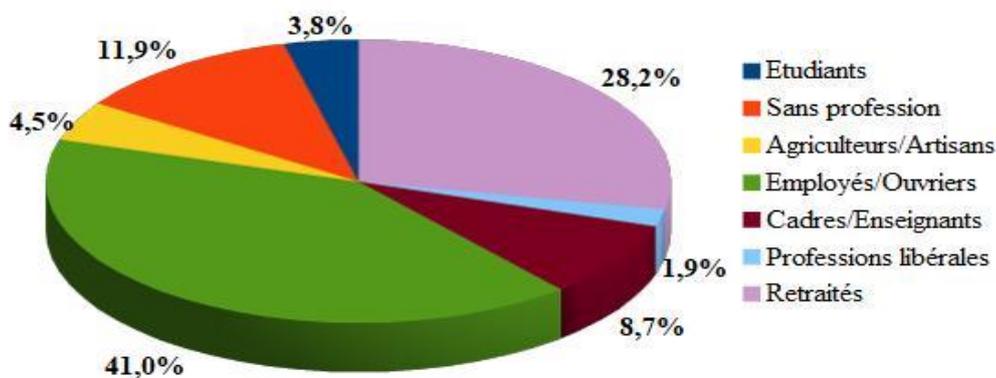


Fig. 2 – Répartition selon les catégories socioprofessionnelles

Nous avons regroupé les professions en catégories socioprofessionnelles (CSP) : les cadres, enseignants, et professions libérales = CSP supérieures ; les ouvriers, employés, artisans et agriculteurs = CSP intermédiaires ; les étudiants ; les retraités ; et sans profession.

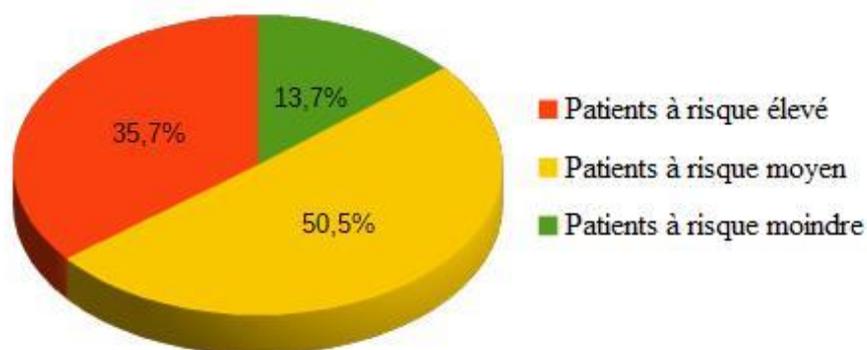
**Tableau 2 – Caractéristiques socio-économiques des patients**

	n=	%
<u>Département</u>		
Oise	88	28,2
Somme	113	36,2
Aisne	111	35,6
<u>Genre</u>		
Femmes	222	71,2
Hommes	90	28,8
<u>Age</u>		
< 35 ans	70	22,4
35-49 ans	83	26,6
50-65 ans	97	31,1
> 65 ans	62	19,9
<u>Lieu d'habitation</u>		
Rural	192	61,5
Urbain	120	38,5
<u>Catégories socio-professionnelles (CSP)</u>		
Supérieures	31	9,9
Intermédiaires	144	46,15
Retraités	88	28,2
Etudiants	12	3,85
Sans profession	37	11,9

### 3.2. Facteurs de risques de la population étudiée :

- Les phototypes :

- **Le groupe à risque élevé** : regroupe les sujets à peau très claire, prenant très facilement des coups de soleil (n=65).
- **Le groupe à risque moyen** : regroupe les sujets à peau moyennement claire, ayant tendance à prendre « un petit peu » des coups de soleil. Il est majoritairement représenté (n=92).
- **Le groupe à risque moindre** : regroupe les sujets à peau mate ou métisse, et ne prenant pas de coups de soleil (n=25).



**Fig. 3 – Répartition des patients selon le risque lié au phototype**

**Tableau 3 – Facteurs de risque des patients**

	n=	%
<u>Antécédents (ATCD) de mélanome</u>		
<b>Non</b>	187	59,9
<b>ATCD personnel</b>	8	2,6
<b>ATCD familiaux</b>	29	9,3
<b>Ne sait pas</b>	88	28,2
<u>Exposition solaire : quotidienne</u>		
<b>Non</b>	158	50,6
<b>Oui</b>	154	49,4
- Plus de 30 min par jour	81	52,6
- Moins de 30 min par jour	73	47,4
<u>Exposition solaire : exposition volontaire</u>		
<b>Non</b>	118	37,8
<b>Partiellement (visage...)</b>	129	41,3
<b>Corps entier</b>	75	24
<b>Avec UV artificiels</b>	6	1,9
<u>ATCD de brûlures solaires</u>		
<b>Oui</b>	148	47,5
<b>Non</b>	128	41
<b>Ne sait pas</b>	36	11,5
<u>Phototypes : couleur de peau</u>		
<b>Très claire</b>	102	32,7
<b>Moyennement claire</b>	173	55,4
<b>Mate, métisse</b>	37	11,9
<u>Phototypes : facilité à la prise de coups de soleil</u>		
<b>Oui, très facilement</b>	96	30,8
<b>Oui, un petit peu</b>	133	42,6
<b>Non</b>	83	26,6
<u>Nombreux nævus (&gt;40)</u>		
<b>Oui</b>	117	37,5
<b>Non</b>	195	62,5
<u>Nombreuses éphélides</u>		
<b>Oui</b>	44	14,1
<b>Non</b>	268	85,9

### 3.3. La surveillance cutanée :

#### 3.3.1. Les acteurs de la surveillance :

51,6% des patients (n=161) se sentaient concernés (ont répondu au moins « de vous-même ») par la surveillance de leur peau. Les femmes se sentaient davantage concernées (53,1% des femmes contre 47,8% des hommes (p>0,05)).

A la question « pour vous, de qui relève la surveillance cutanée ? » :

**Tableau 4 – Les acteurs de la surveillance cutanée**

	n=	%
<b>De vous-même</b>	161	51,6
<b>Du médecin généraliste</b>	120	38,5
<b>Du dermatologue</b>	187	59,9

Parmi les patients s'impliquant dans l'auto-surveillance :

- 40,4% ont répondu que la surveillance relevait d'eux-mêmes uniquement (n=65),
- 16,2% pensaient que la surveillance relevait d'eux-mêmes et de leur médecin généraliste (MG) (n=26),
- 18,6% qu'elle relevait d'eux-mêmes et des dermatologues (n=30),
- 24,8% qu'elle relevait à la fois d'eux-mêmes, de leur MG, et des dermatologues (n=40).

### 3.3.2. Le suivi médical des patients :

A la question « Avez-vous un suivi médical de vos grains de beauté ? », plusieurs réponses possibles :

**Tableau 5 – Suivi médical cutané des patients**

	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>Par un médecin généraliste</b>	12	3,8
<b>Par un dermatologue</b>	84	26,9
<b>Non</b>	220	<b>70,5</b>

25,6% (n=80) étaient suivis uniquement par un dermatologue et 2,6% (n=8) uniquement par leur MG.

Le pourcentage des femmes suivies était supérieur : 30,2% contre 25,5% des hommes, de façon non significative (p=0,41).

Cependant, on notait une différence significative quant au lieu d'habitation : les patients habitant en ville se faisaient davantage suivre (35,9%) que ceux habitant en campagne (24,5%) (p=0,03).

### 3.4. Niveau d'informations concernant le mélanome :

A la question « Avez-vous déjà eu une information sur le mélanome ? », plusieurs réponses possibles :

**Tableau 6 – Informations des patients à propos du mélanome**

	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>Non</b>	152	48,7
<b>Dans les médias</b>	107	34,3
<b>Dans des revues</b>	78	25
<b>Par mon MG</b>	22	7
<b>Dans une salle d'attente</b>	24	7,7

### 3.5. Objectif principal : Les connaissances des patients à propos du mélanome :

#### 3.5.1. Analyse descriptive de l'ensemble de l'échantillon :

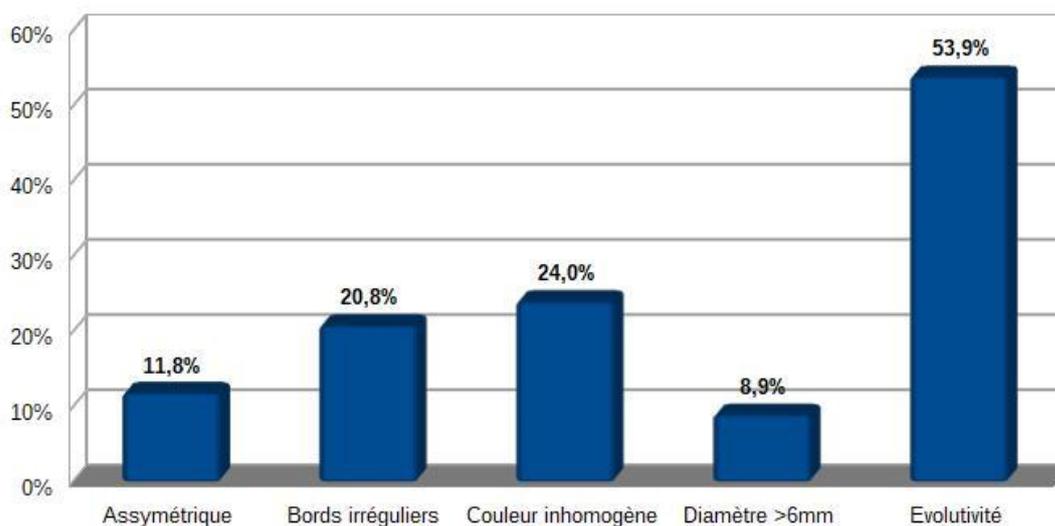
12,8% des patients ne savait pas ce qu'est un mélanome (n=40).

##### ➤ Connaissances du caractère malin :

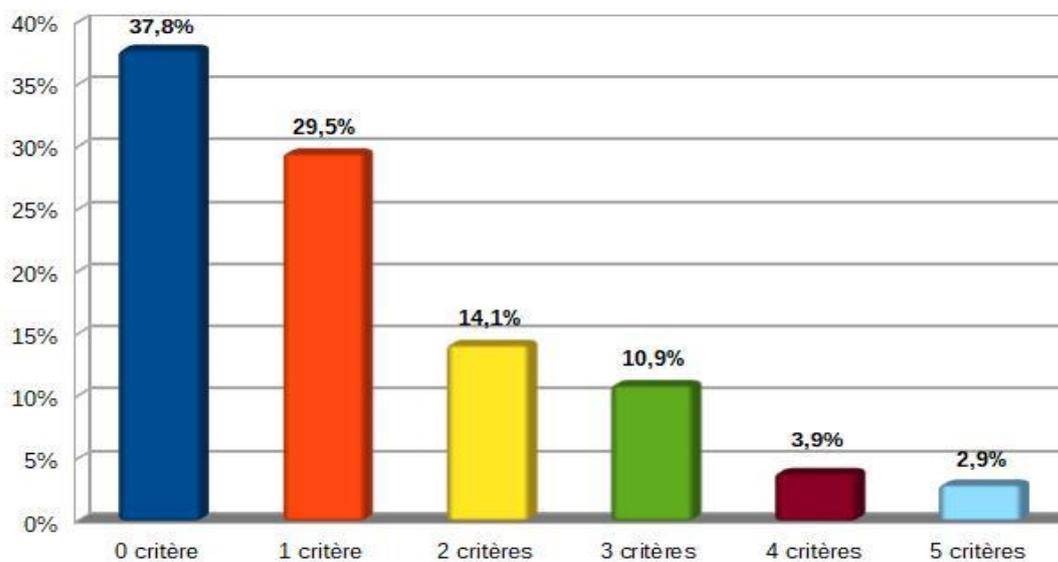
51,9% des patients savaient que le mélanome est un cancer (n=162), et 48,1% des patients ne le savaient pas (n=150).

##### ➤ Connaissances des critères ABCDE :

Le critère « Evolutivité » semble être le mieux connu des critères ABCDE :



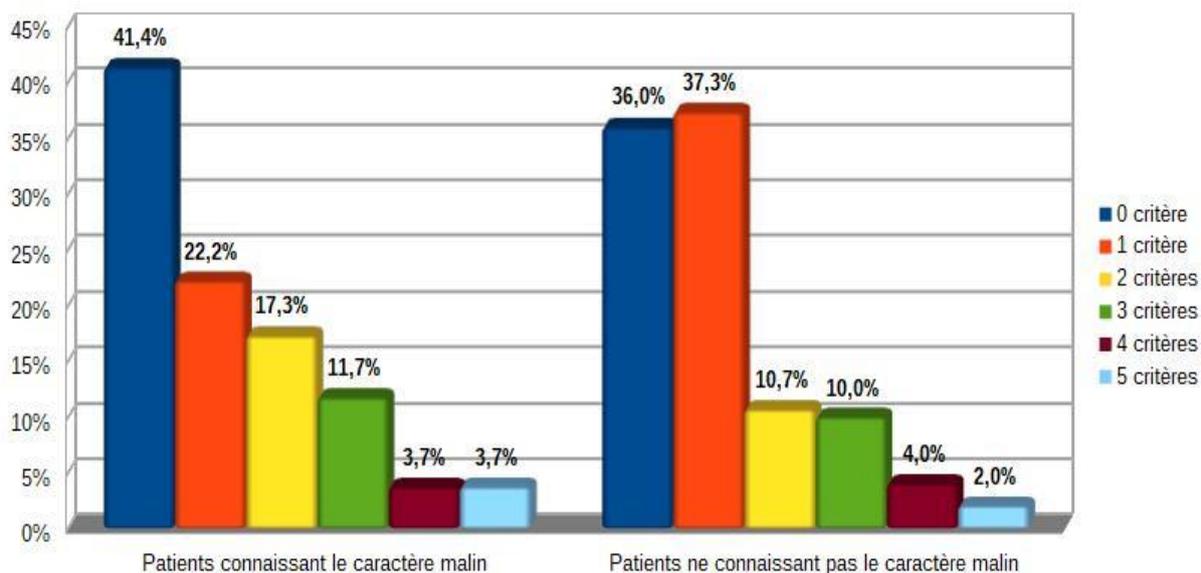
**Fig. 4 - Taux de patients connaissant chacun des critères ABCDE**



**Fig. 5 – Taux de patients connaissant de 0 à 5 critères ABCDE**

61,2% des patients connaissaient au moins un critère ABCDE (n=191).

Il n'existait pas de différence significative du nombre de critères ABCDE connus, entre les patients connaissant le caractère malin ou non ( $p=0,07$ ) :

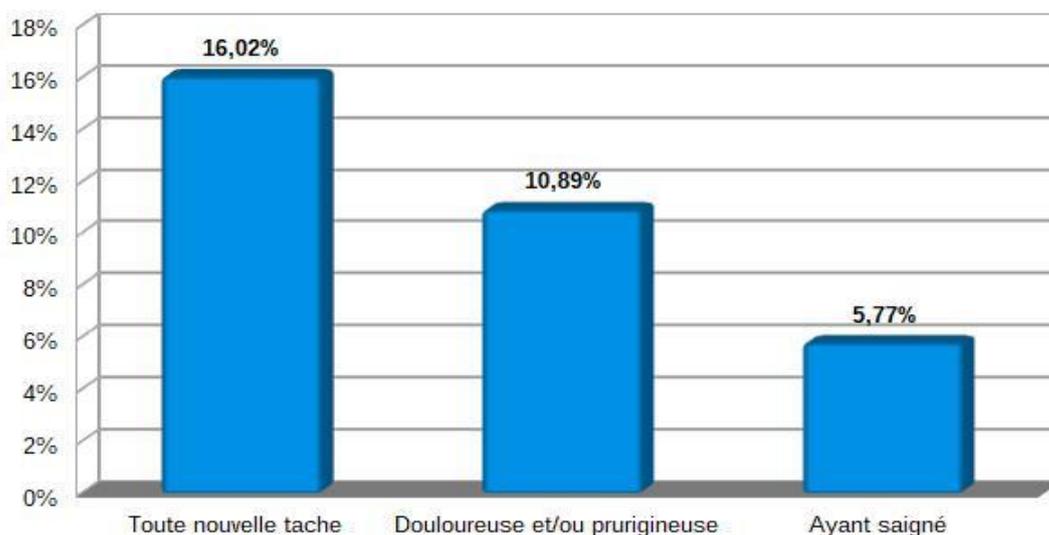


**Fig. 6 – Taux de patients connaissant de 0 à 5 critères ABCDE, selon la connaissance ou non du caractère malin**

Parmi les patients connaissant le caractère malin, 58,6% connaissaient au moins 1 critère ( $n=95$ ), contre 64% chez les patients ne connaissant pas le caractère malin ( $n=96$ ).

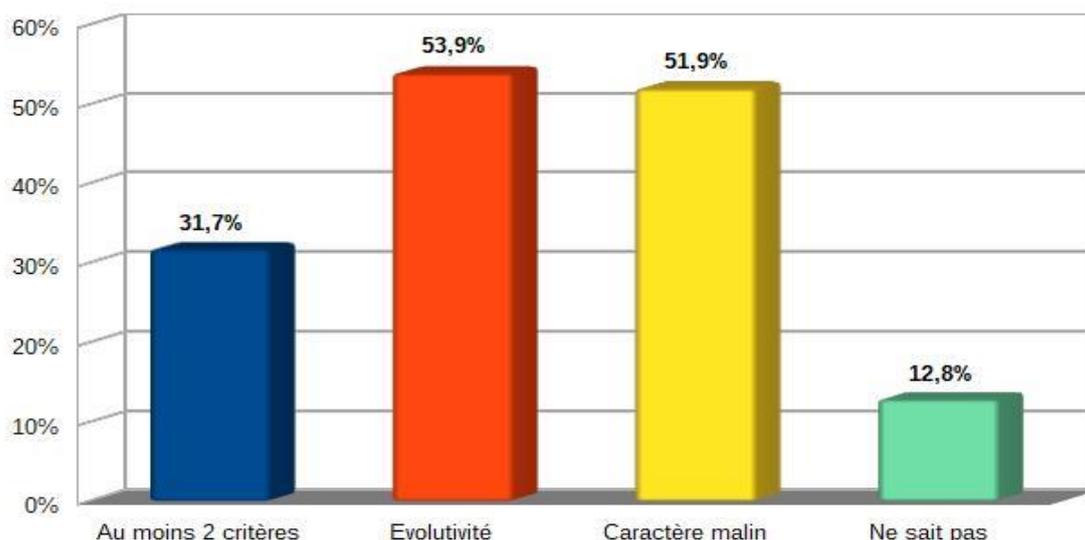
➤ Les autres propositions :

Nous avons analysé le taux de réponses des propositions n'appartenant pas à notre critère de jugement principal (connaissance d'au moins 2 critères ABCDE et/ou connaissance du critère « Evolutivité » et/ou connaissance du caractère malin).



**Fig. 7 – Taux de réponses des propositions n'appartenant pas au critère de jugement**

- Niveaux de connaissances de l'ensemble des patients :



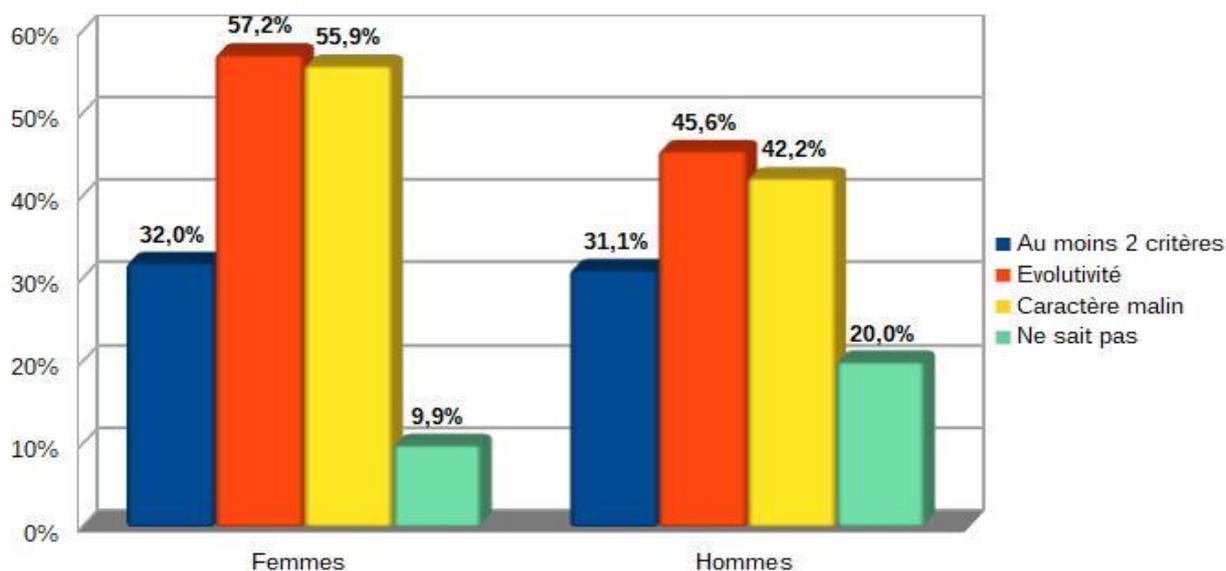
**Fig. 8 – Connaissances des critères de jugement, chez l'ensemble des patients**

**Tableau 7 – Niveaux de connaissances de l'ensemble des patients**

Niveaux de connaissances		
Mauvais	Acceptable	Bon
30,13%	13,78%	17,95%
(n=94)	(n=43)	(n=56)

3.5.2. Connaissances selon les caractéristiques socio-économiques :

- Connaissances selon le sexe :



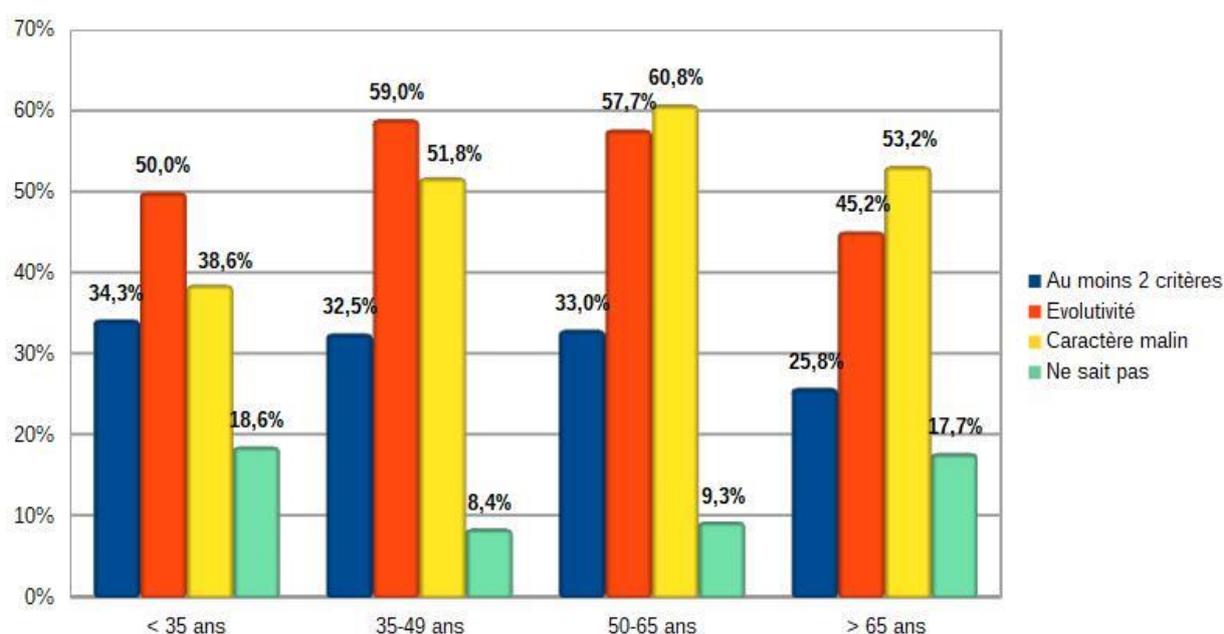
**Fig. 9 – Connaissances des critères de jugement, selon le sexe**

Le sexe est un facteur influençant le niveau de connaissances, de façon significative :

**Tableau 8 – Niveaux de connaissances selon le sexe**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>Hommes</b>	43,3% (n=39)	8,9% (n=8)	15,5% (n=14)	p = 0,012
<b>Femmes</b>	24,8% (n=55)	15,8% (n=35)	18,9% (n=42)	

- Connaissances selon l'âge :



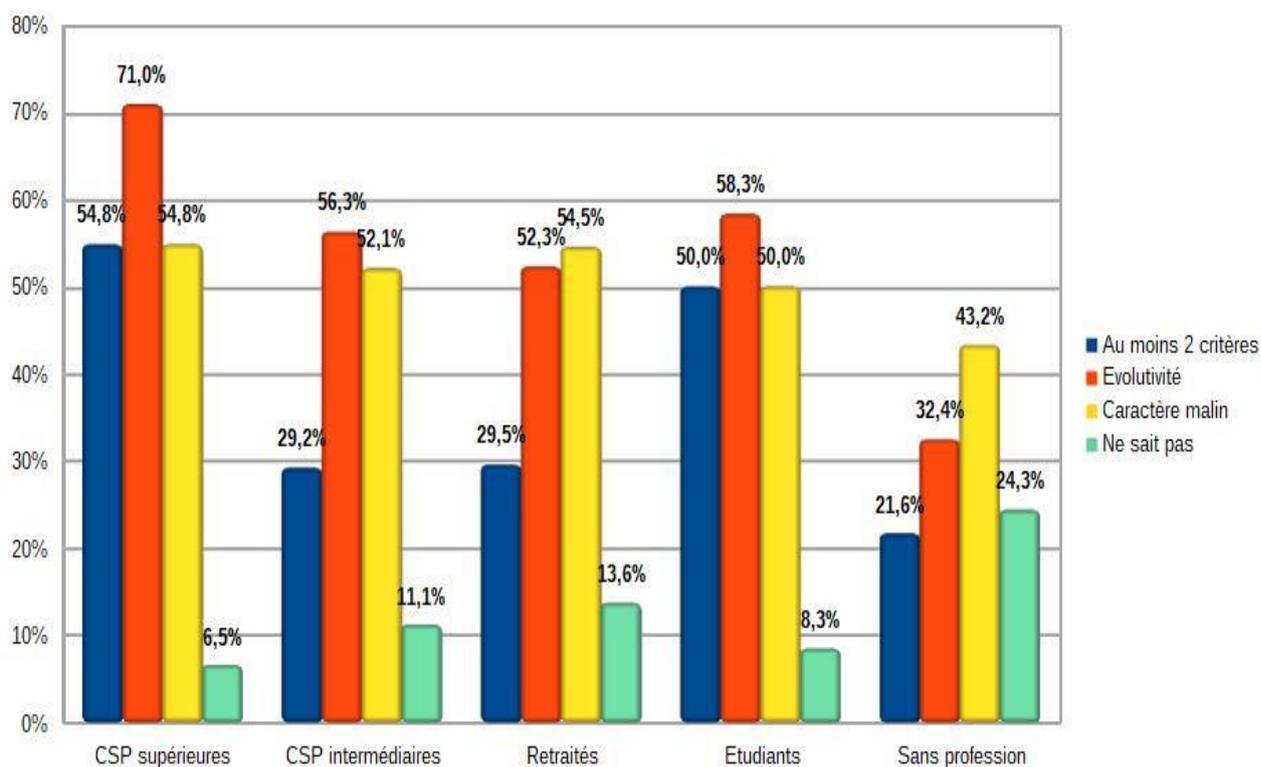
**Fig. 10 – Connaissances des critères de jugement, selon l'âge**

Pas de différence significative de niveaux de connaissances selon les catégories d'âge :

**Tableau 9 – Niveaux de connaissances selon l'âge**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>&lt; 35 ans</b>	40% (n=28)	12,8% (n=9)	14,3% (n=10)	p = 0,14
<b>35 - 49 ans</b>	21,7% (n=18)	15,7% (n=13)	14,4% (n=12)	
<b>50 – 65 ans</b>	22,7% (n=22)	14,4% (n=14)	23,7% (n=23)	
<b>&gt; 65 ans</b>	41,9% (n=26)	11,3% (n=7)	17,7% (n=11)	

- Connaissances selon les catégories socioprofessionnelles :



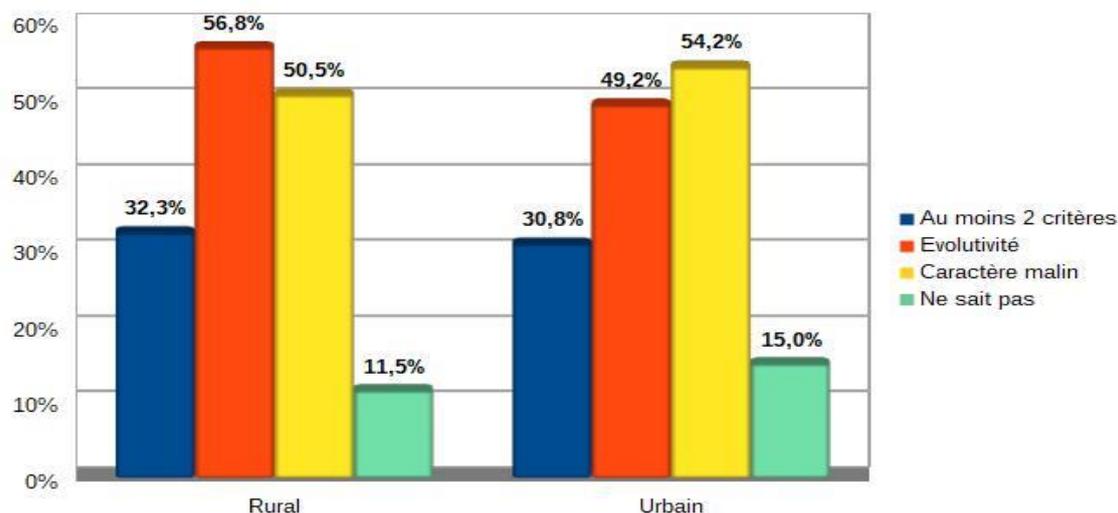
**Fig. 11 – Connaissances des critères de jugement en fonction des catégories socioprofessionnelles**

Pas de différence significative de niveaux de connaissances selon les catégories socio-professionnelles :

**Tableau 10 – Niveaux de connaissances en fonction des catégories socioprofessionnelles**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>CSP supérieures</b>	16,1% (n=5)	22,6% (n=7)	29% (n=9)	p = 0,07
<b>CSP intermédiaires</b>	26,4% (n=38)	28,5% (n=41)	15,9% (n=23)	
<b>Retraités</b>	31,8% (n=28)	25% (n=22)	19,3% (n=17)	
<b>Etudiants + sans profession</b>	46,9% (n=23)	16,3% (n=8)	14,3% (n=7)	

- Connaissances en fonction du lieu d'habitation :



**Fig. 12 – Connaissances des critères de jugement en fonction du lieu d'habitation**

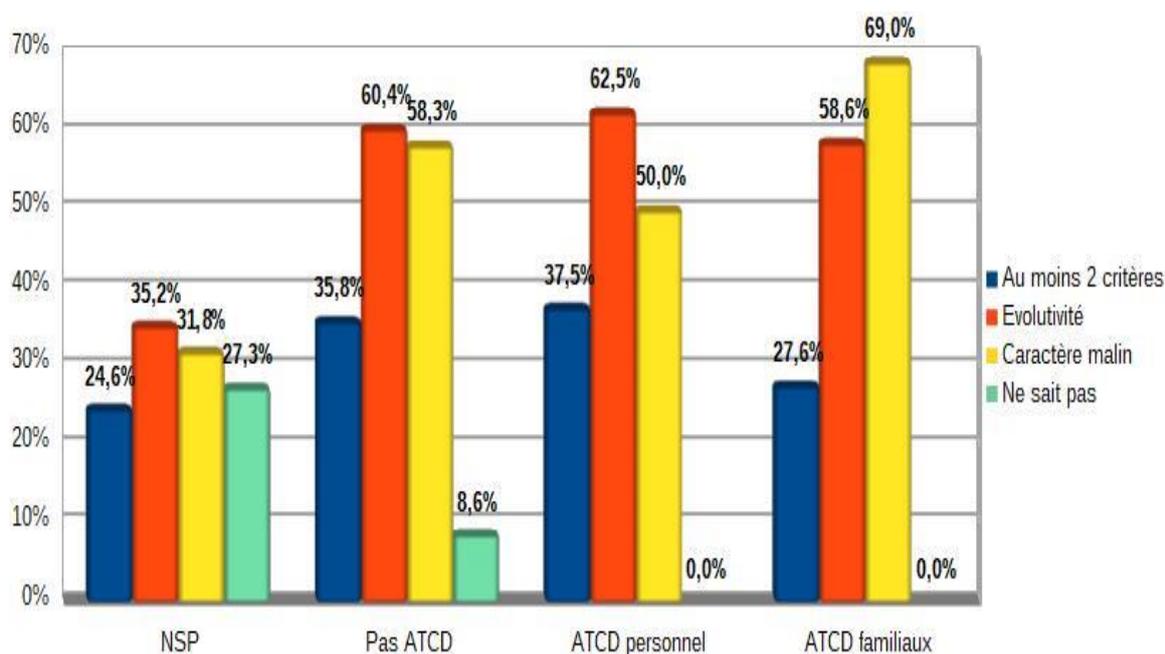
Pas de différence significative de niveaux de connaissances selon le lieu d'habitation :

**Tableau 11 – Niveaux de connaissances en fonction du lieu d'habitation**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>Rural</b>	27,6% (n=53)	16,1% (n=31)	18,7% (n=36)	p = 0,19
<b>Urbain</b>	34,2% (n=41)	10% (n=12)	16,7% (n=20)	

3.5.3. Connaissances selon les facteurs de risque de mélanome :

- Connaissances selon les antécédents de mélanome :



**Fig. 13 – Connaissances en fonction des antécédents de mélanome**

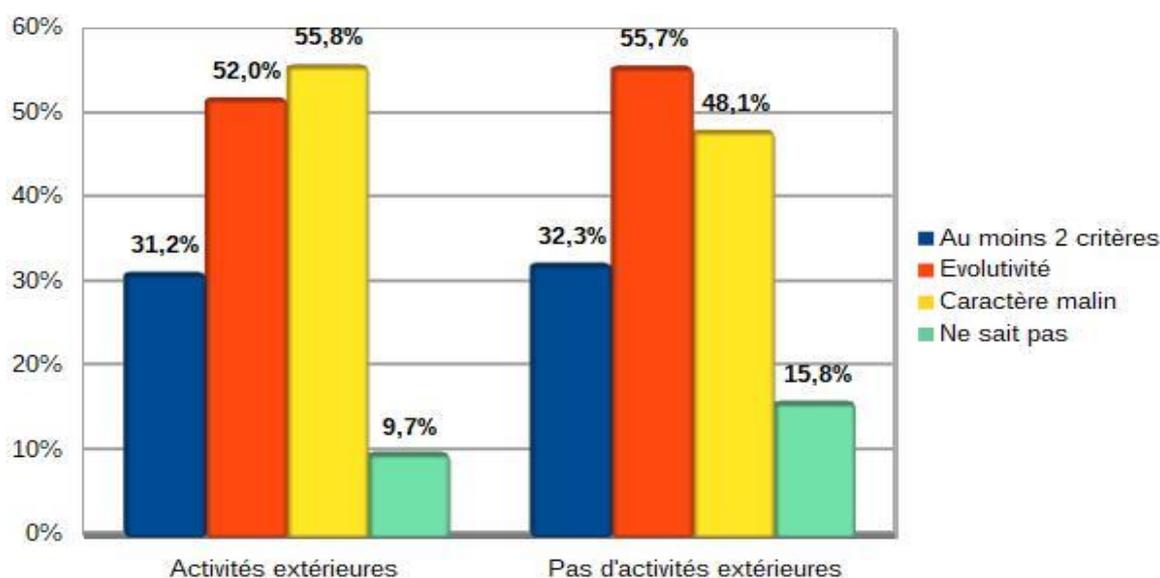
Différence significative de niveaux de connaissances selon les ATCD de mélanome :

**Tableau 12 – Niveaux de connaissances en fonction des antécédents de mélanome**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>Ne sait pas</b>	63,6% (n=56)	12,5% (n=11)	9,1% (n=8)	p = 1,97 E-8
<b>Pas d'ATCD</b>	19,8% (n=37)	13,9% (n=26)	21,4% (n=40)	
<b>ATCD personnel</b>	0% (n=0)	25% (n=2)	50% (n=4)	
<b>ATCD familiaux</b>	3,4% (n=1)	13,8% (n=4)	13,8% (n=4)	

- Connaissances selon l'exposition solaire :

- Exposition solaire quotidienne :



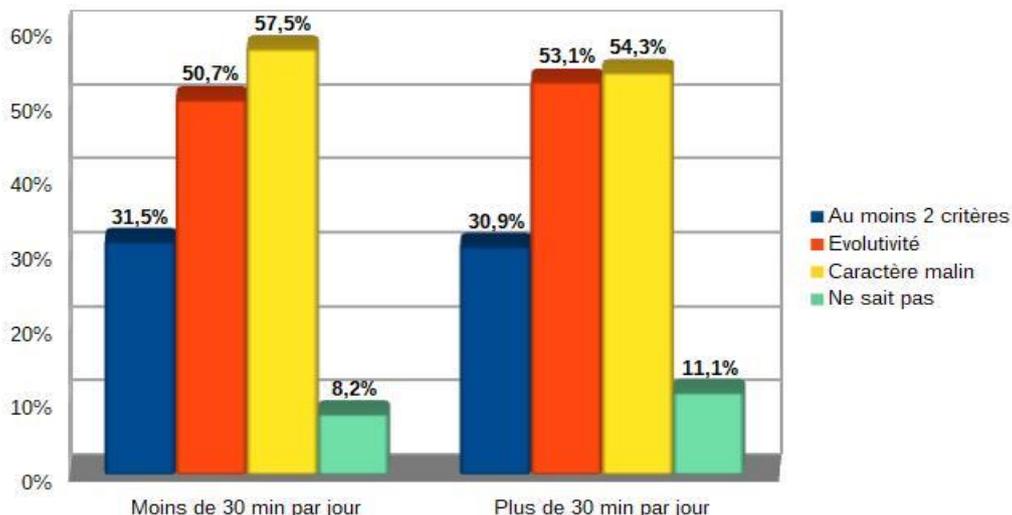
**Fig. 14 – Connaissances en fonction de la pratique d'activités extérieures quotidiennes**

Pas de différence significative selon l'exposition solaire quotidienne ou non :

**Tableau 13 – Niveaux de connaissances selon la pratique ou non d'activités extérieures quotidiennes**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>Activités extérieures</b>	24% (n=37)	14,9% (n=23)	19,5% (n=30)	p = 0,14
<b>Pas d'activités extérieures</b>	36,1% (n=57)	12,6% (n=20)	16,4% (n=26)	

- Durée d'exposition solaire quotidienne :



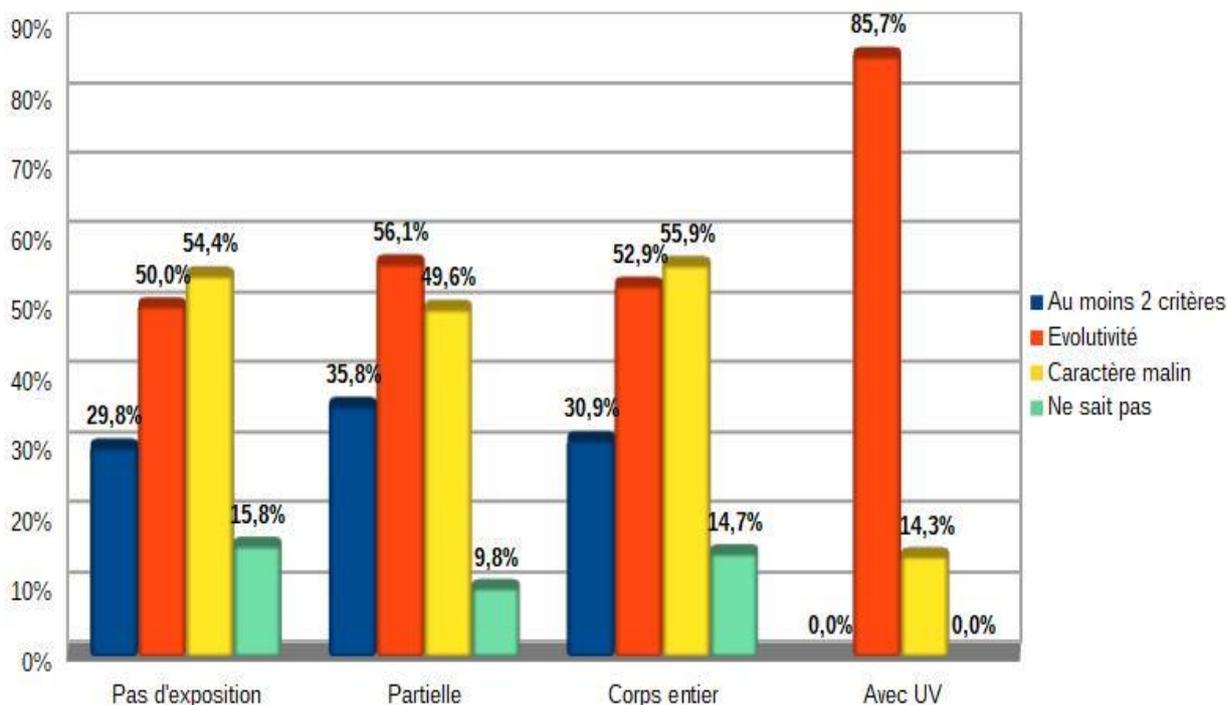
**Fig. 15 – Connaissances selon la durée d'exposition solaire quotidienne**

Pas de différence significative de niveaux de connaissances selon la durée d'exposition solaire quotidienne :

**Tableau 14 – Niveaux de connaissance selon la durée d'exposition solaire quotidienne**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>Moins de 30 min par jour</b>	23,3% (n=17)	13,7% (n=10)	17,8% (n=13)	p = 0,97
<b>Plus de 30 min par jour</b>	24,7% (n=20)	16% (n=13)	20,9% (n=17)	

- Habitudes d'exposition volontaire au soleil :



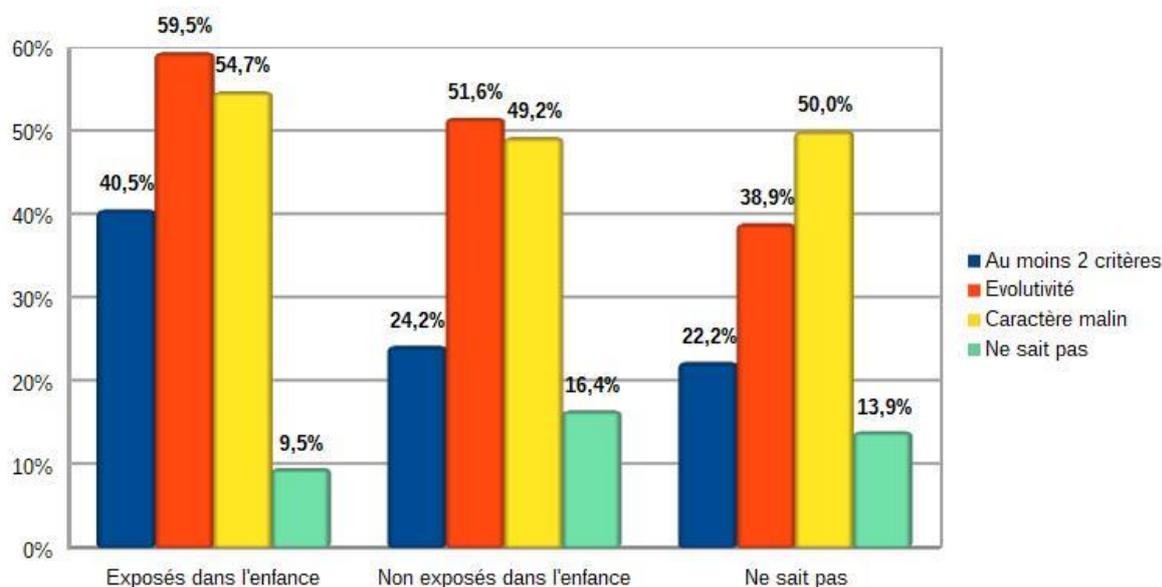
**Fig. 16 – Connaissances en fonction des habitudes d'exposition solaire**

Différence significative de niveaux de connaissances selon les habitudes d'exposition volontaire au soleil :

**Tableau 15- Niveaux de connaissance en fonction des habitudes d'exposition solaire**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>Pas d'exposition</b>	37,3% (n=44)	10,2% (n=12)	18,6% (n=22)	p = 0,006
<b>Partielle</b>	23,2% (n=30)	15,5% (n=20)	18,6% (n=24)	
<b>Corps entier</b>	30,7% (n=23)	17,3% (n=13)	16% (n=12)	
<b>Avec UV</b>	0% (n=0)	83,3% (n=5)	0% (n=0)	

- Connaissances selon les antécédents de brûlures solaires :



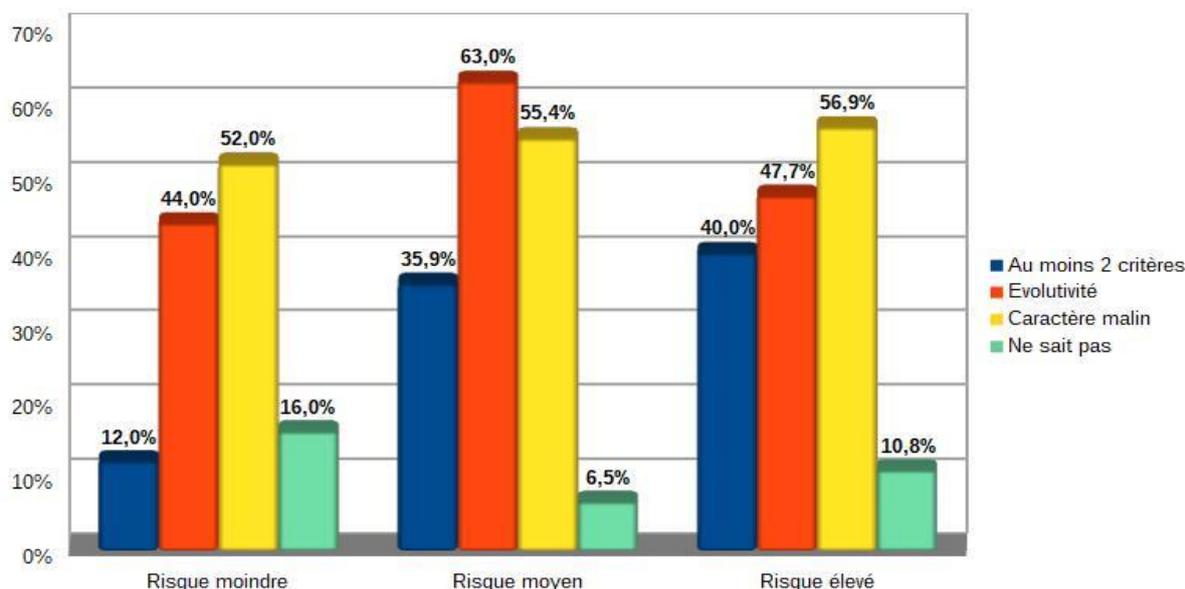
**Fig. 17 - Connaissances selon les antécédents de brûlures solaires dans l'enfance**

Différence significative selon les antécédents de brûlures solaires :

**Tableau 16 – Niveaux de connaissances selon les antécédents de brûlures solaires**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>Exposés</b>	22,9% (n=34)	12,2% (n=18)	23,6% (n=35)	p = 0,03
<b>Non exposés</b>	36,7% (n=47)	16,4% (n=21)	14,1% (n=18)	
<b>Ne sait pas</b>	36,1% (n=13)	11,1% (n=4)	8,3% (n=3)	

- Connaissances selon le phototype :



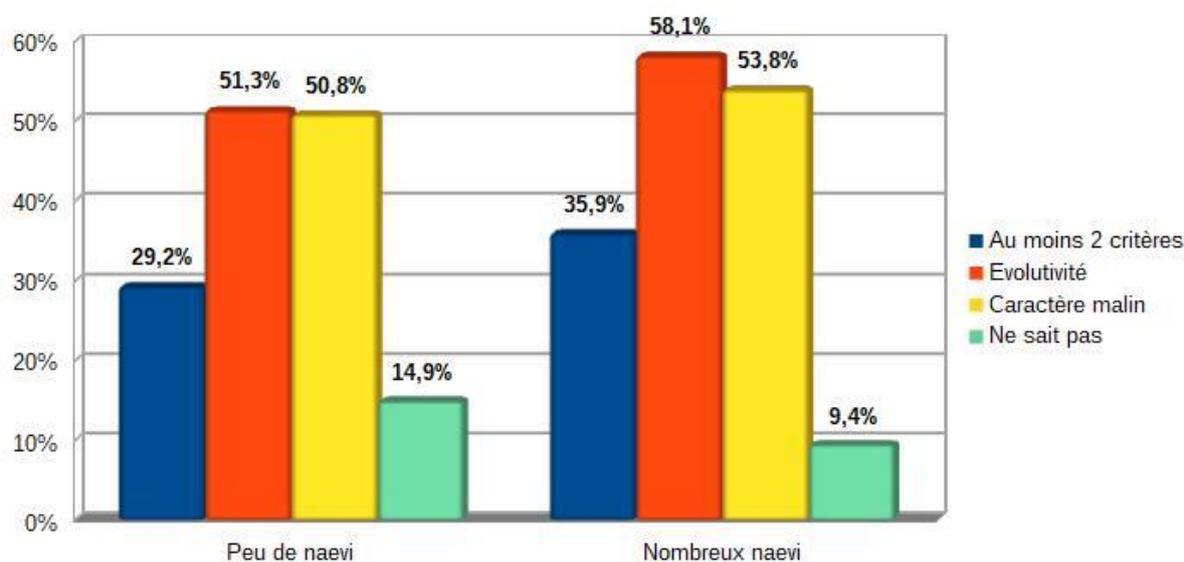
**Fig. 18 – Connaissances selon le risque lié au phototype**

Différence significative de niveaux de connaissances selon le risque lié au phototype :

**Tableau 17 – Niveaux de connaissances selon le risque lié au phototype**

	Mauvais	Acceptable	Bon	p = 0,01
<b>Risque moindre</b>	36% (n=9)	20% (n=5)	8% (n=2)	
<b>Risque moyen</b>	16,3% (n=15)	18,5% (n=17)	22,8% (n=21)	
<b>Risque élevé</b>	27,7% (n=18)	4,6% (n=3)	20% (n=13)	

- Connaissance selon le nombre de nævus :



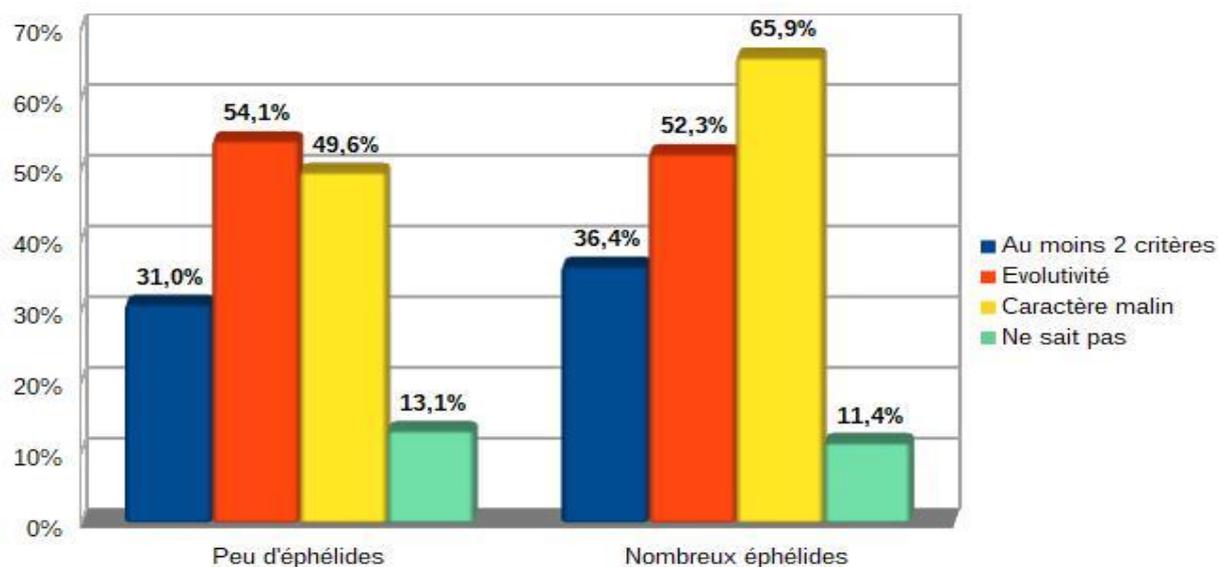
**Fig. 19 – Connaissances selon la présence de nombreux nævus ou non**

Pas de différence significative de niveaux de connaissances selon la présence de nombreux nævus ou non :

**Tableau 18 – Niveaux de connaissances selon la présence de nombreux nævus ou non**

	<b>Mauvais</b>	<b>Acceptable</b>	<b>Bon</b>	
<b>Peu de nævus</b>	33,8% (n=66)	13,8% (n=27)	16,4% (n=32)	p = 0,25
<b>Nombreux nævus</b>	23,9% (n=28)	13,7% (n=16)	20,5% (n=24)	

- Connaissances selon le nombre d'éphélides :



**Fig. 20 - Connaissances selon la présence de nombreuses éphélides ou non**

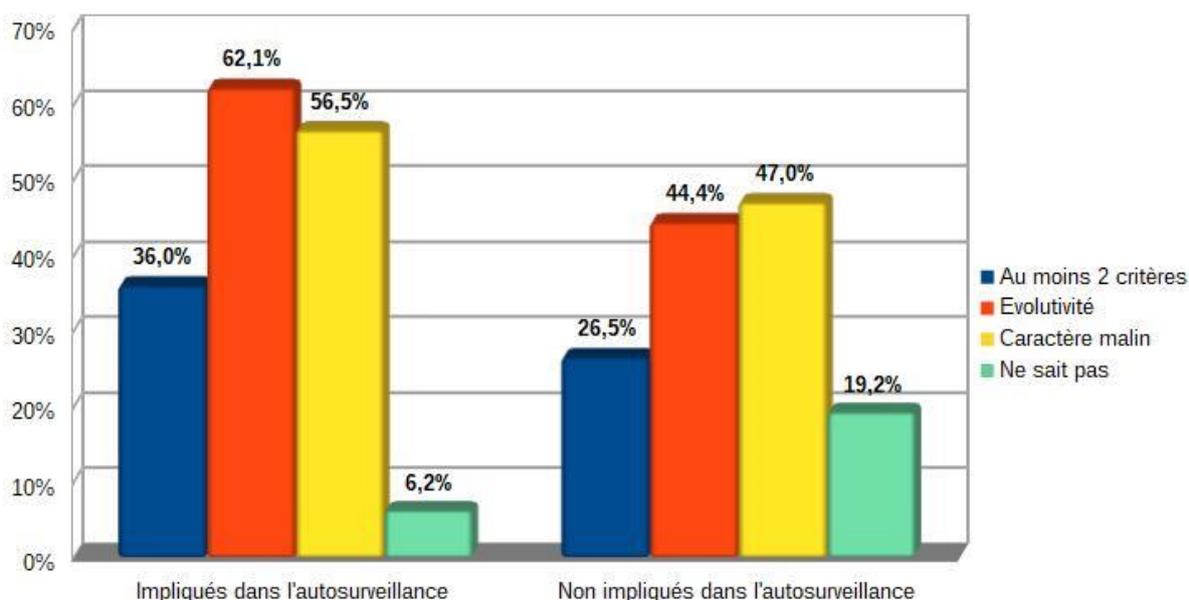
Pas de différence significative de niveaux de connaissances :

**Tableau 19 - Niveaux de connaissances selon la présence d'éphélides**

	<b>Mauvais</b>	<b>Acceptable</b>	<b>Bon</b>	
<b>Peu d'éphélides</b>	30,9% (n=83)	14,9% (n=40)	16,8% (n=45)	p = 0,17
<b>Nombreuses éphélides</b>	25% (n=11)	6,8% (n=3)	25% (n=11)	

### 3.5.4. Connaissances selon la surveillance cutanée clinique :

- Connaissances selon l'implication ou non des patients dans la surveillance cutanée :



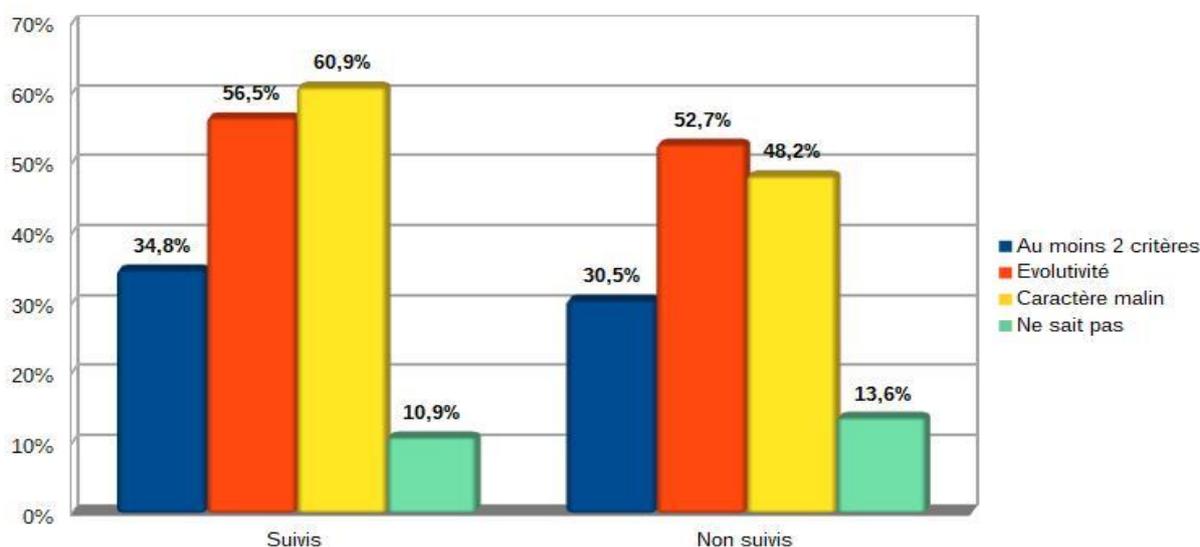
**Fig. 21 - Connaissances selon l'implication ou non des patients dans la surveillance**

Différence significative de niveaux de connaissances selon l'implication ou non des patients dans la surveillance cutanée :

**Tableau 20 - Niveaux de connaissances selon l'implication ou non des patients dans la surveillance cutanée**

	Mauvais	Acceptable	Bon	
<b>Patients impliqués</b>	15,5% (n=25)	13,7% (n=22)	21,7% (n=35)	p = 5,6 E-5
<b>Patients non impliqués</b>	44,4% (n=67)	13,2% (n=20)	13,9% (n=21)	

- Connaissances selon l'existence d'une surveillance médicale ou non :



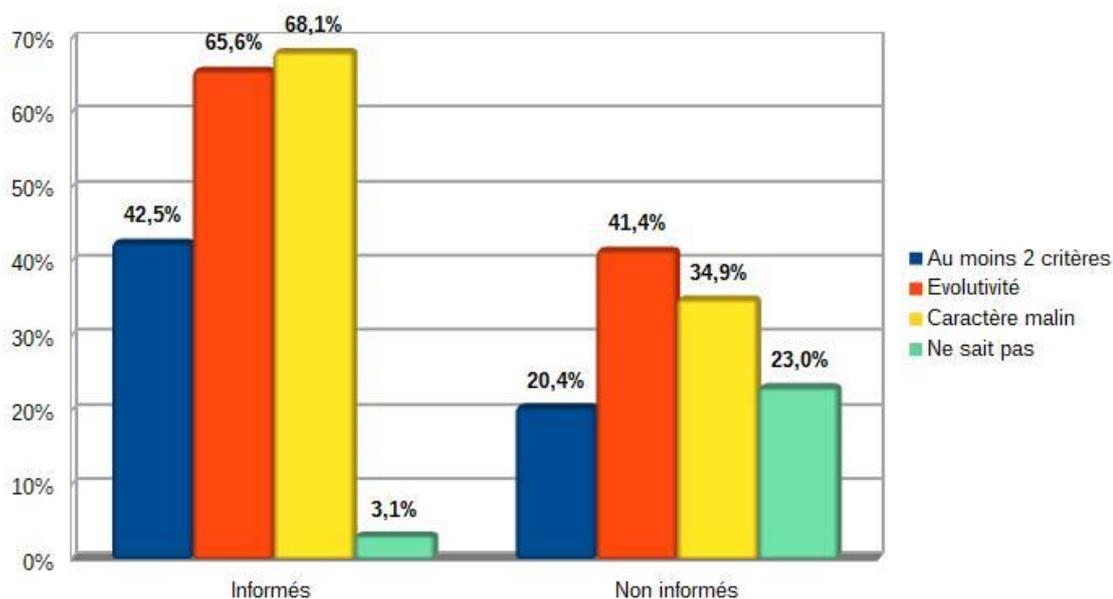
**Fig. 22 – Connaissances des patients ayant un suivi médical cutané ou non**

Pas de différence significative de niveaux de connaissances entre les patients ayant un suivi médical cutané ou non :

**Tableau 21 – Niveaux de connaissances selon l’existence ou non d’un suivi médical**

	<b>Mauvais</b>	<b>Acceptable</b>	<b>Bon</b>	
<b>Patients suivis</b>	25% (n=23)	10,9% (n=10)	22,8% (n=21)	p = 0,16
<b>Patients non suivis</b>	32,3% (n=71)	15% (n=33)	15,9% (n=35)	

### 3.5.5. Connaissances selon le niveau d’information :



**Fig. 23 – Connaissances des patients selon le niveau d’information**

Différence significative de niveaux de connaissances selon le niveau d’information :

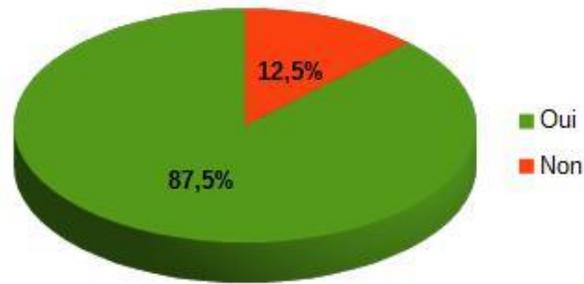
**Tableau 22 – Niveaux de connaissances des patients selon le niveau d’information**

	<b>Mauvais</b>	<b>Acceptable</b>	<b>Bon</b>	
<b>Patients informés</b>	8,7% (n=14)	11,2% (n=18)	26,9% (n=43)	p = 4,65 E-13
<b>Patients non informés</b>	52,6% (n=80)	16,4% (n=25)	8,5% (n=13)	

### 3.6. Objectif secondaire : décrire les attentes et les freins à la consultation :

#### 3.6.1. Les attentes des patients en terme d’informations :

A la question : « Aimeriez-vous être davantage informé sur le mélanome ? », 273 patients avaient répondu « oui », contre 39 patients ayant répondu « non ».

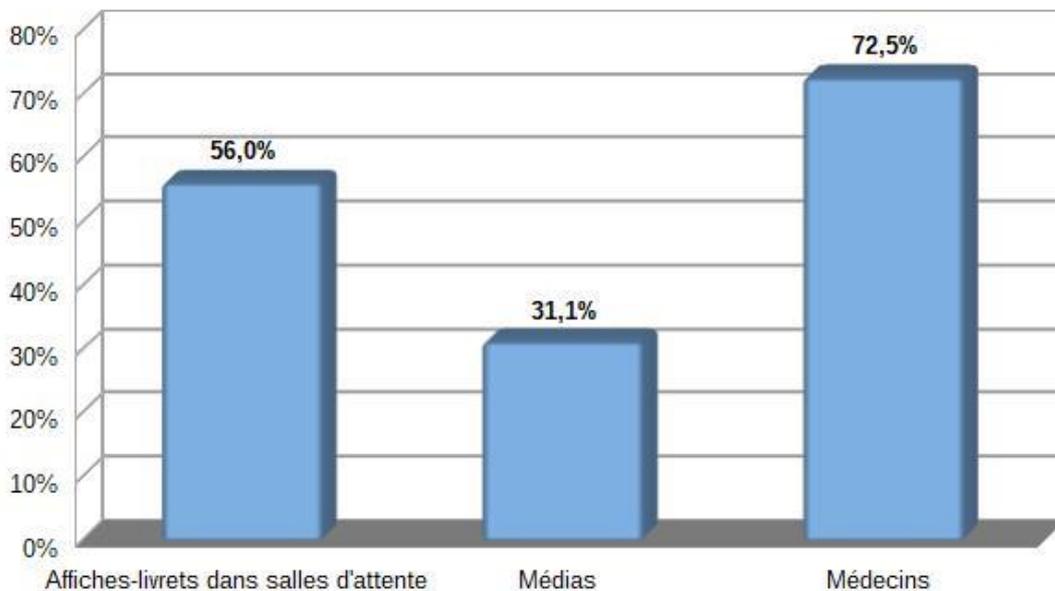


**Fig. 24 – Taux de patients désirant davantage d’informations sur le mélanome**

- Les attentes en terme d’informations selon le sexe :

88,7% des femmes (n=197) désiraient davantage d’informations, contre 84,4% des hommes (n=76).

- Les moyens d’information désirés :



**Fig. 25 – Moyens d’informations désirés par les patients, à propos du mélanome**

Autres : « Par courrier de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM) » cité 6 fois, uniquement par des femmes.

« Dans les écoles », cité une fois par un étudiant de 15 ans.

« 3 dépistages dans une vie », cité par une patiente de 56 ans.

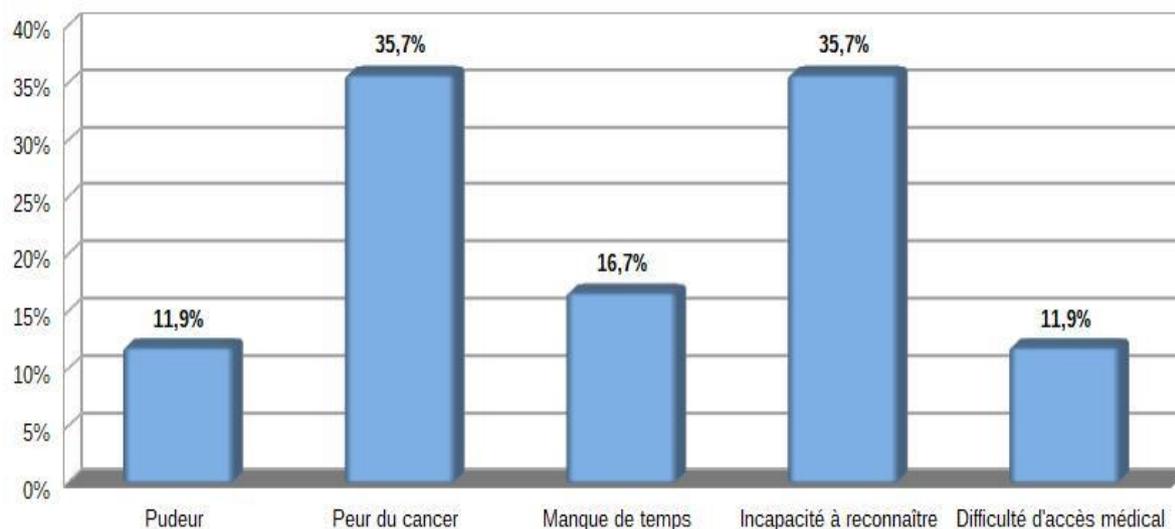
3.6.2. Les freins potentiels à la consultation :

A la question : « Si vous avez une inquiétude concernant un grain de beauté ou une lésion cutanée, seriez-vous prêt à le montrer à votre médecin ? », 86,5% des patients (n=270) ont répondu « oui », et 13,5% (n=42) ont répondu « non ».

- Quels sont les freins potentiels à la consultation médicale ?

Le sentiment d'incapacité à reconnaître une lésion suspecte était un frein pour 15 des patients refusant de montrer une lésion suspecte, tout comme la peur du cancer. Le manque de temps était un frein pour 7 de ces patients. Enfin, les difficultés d'accès à un médecin ainsi que la pudeur ont été cités par 5 patients.

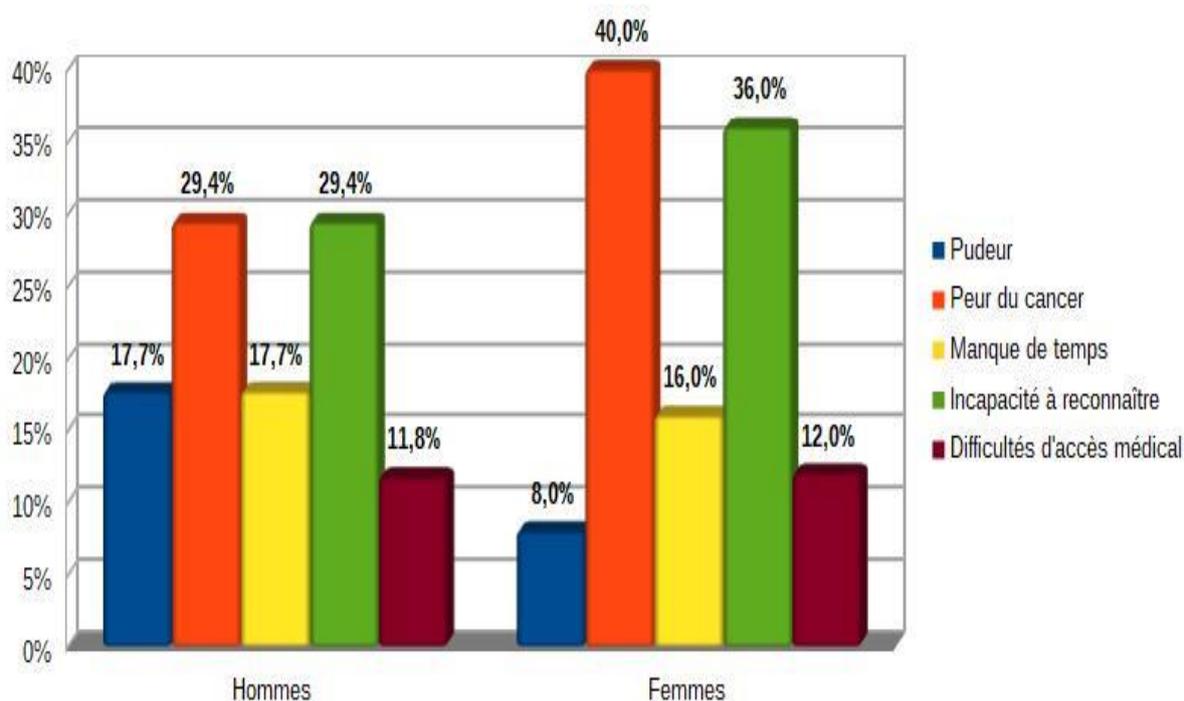
Aucun patient n'a rempli la proposition de réponse libre.



**Fig. 26 – Les facteurs susceptibles de retarder le diagnostic**

- Les freins selon le sexe :

18,9% des hommes ont répondu ne pas être prêts à montrer une lésion inquiétante à un médecin (n=17) contre 11,3% des femmes (n=25).

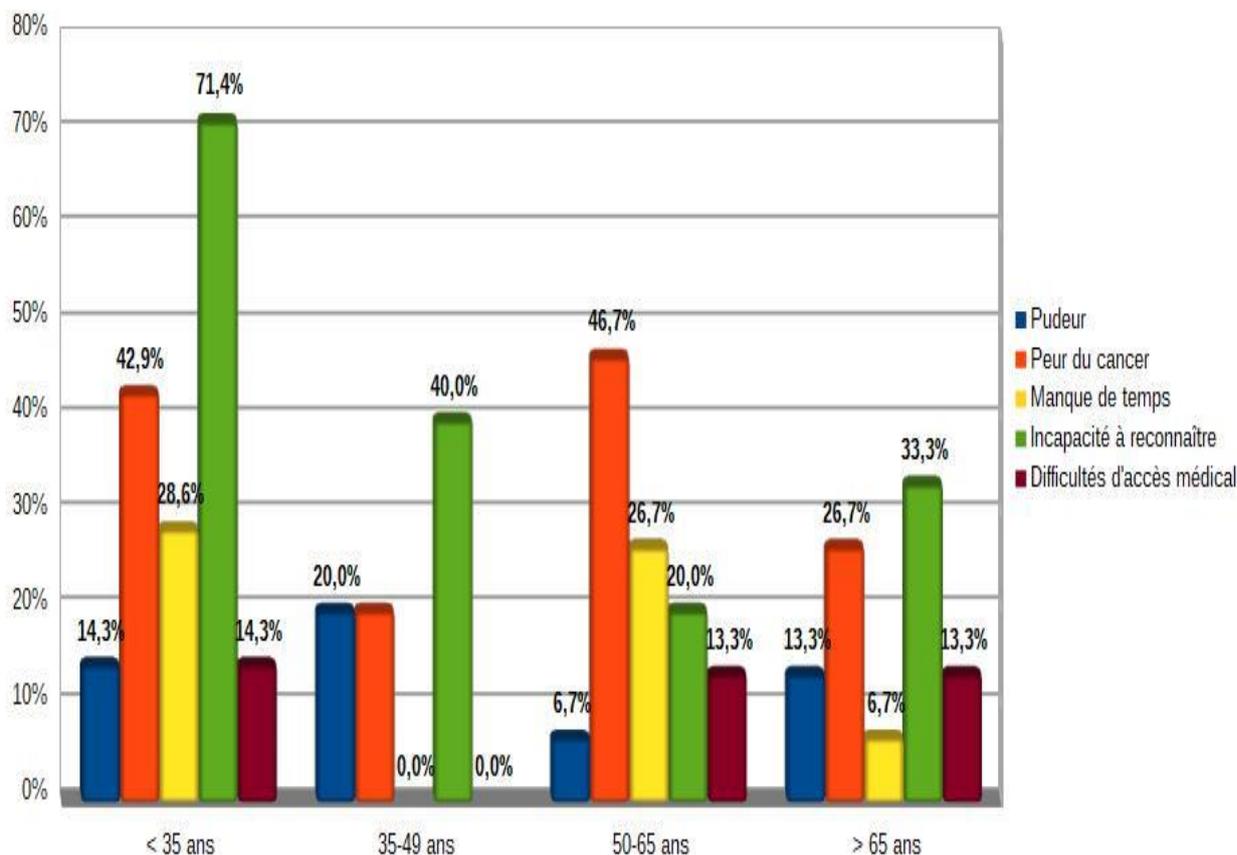


**Fig. 27 – Les freins à la consultation, selon le sexe**

- Les freins selon l'âge :

**Tableau 23 - Proportion de patients prêts à consulter ou non, selon l'âge**

	Oui	Non
< 35 ans	90% (n=63)	10% (n=7)
35-49 ans	94% (n=78)	6% (n=5)
50-65 ans	84,5% (n=82)	15,5% (n=15)
> 65 ans	75,8% (n=47)	24,2% (n=15)

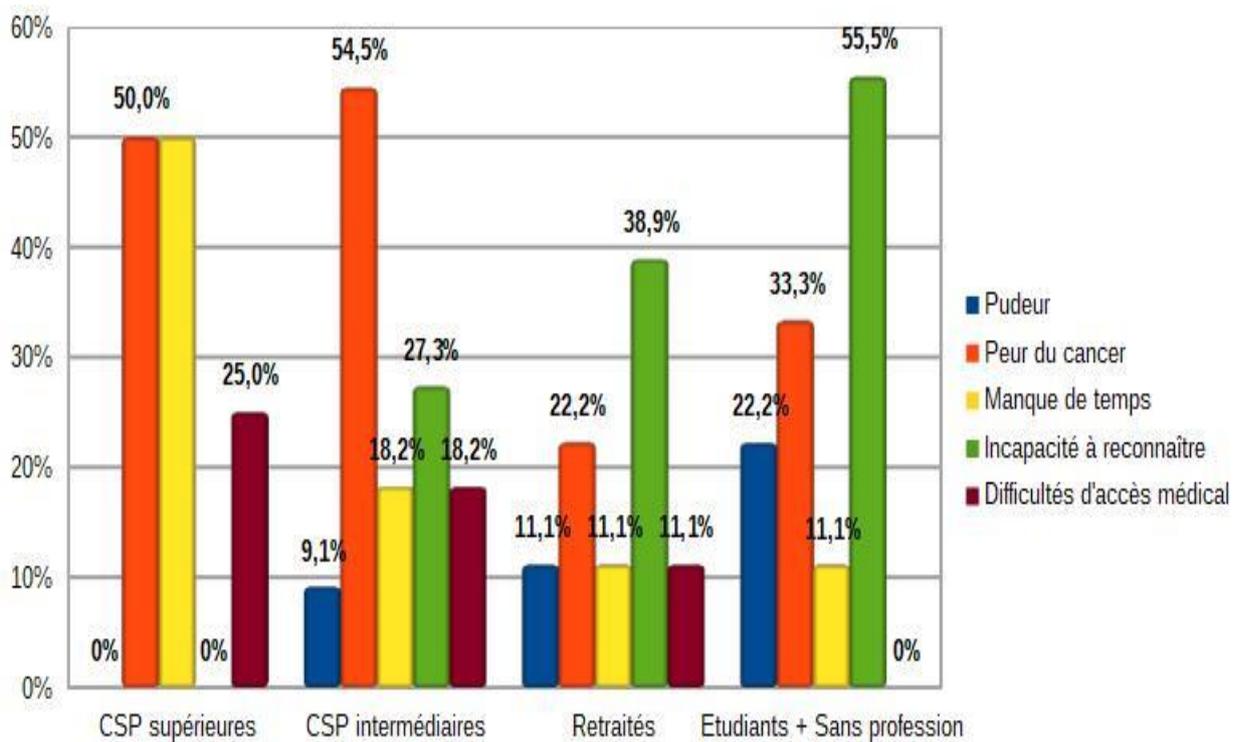


**Fig. 28 – Les freins à la consultation, selon l'âge**

- Les freins selon les catégories socioprofessionnelles :

**Tableau 24 - Proportion de patients prêts à consulter ou non, selon les CSP**

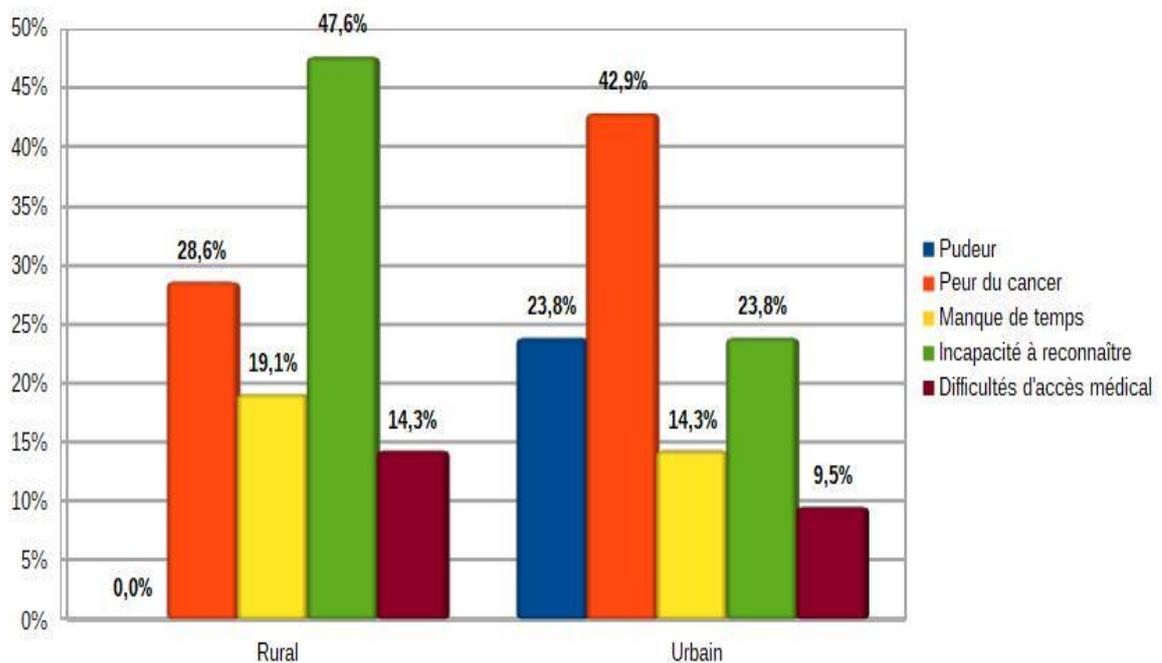
	Oui	Non
CSP supérieures	87,1% (n=27)	12,9% (n=4)
CSP intermédiaires	92,4% (n=133)	7,6% (n=11)
Retraités	79,5% (n=70)	20,5% (n=18)
Étudiants	91,7% (n=11)	8,3% (n=1)
Sans profession	78,% (n=29)	21,6% (n=8)



**Fig. 29 – Les freins à la consultation, selon les catégories socioprofessionnelles**

- Les freins selon le lieu d'habitation :

17,5% des patients urbains refusaient de montrer une lésion inquiétante à leur médecin (n=21), contre 10,9% des patients ruraux (n=21).



**Fig. 30 – Les freins à la consultation, selon le lieu d'habitation**

---

## DISCUSSION

---

L'objectif principal de cette étude était de savoir si les patients picards avaient assez de connaissances théoriques de la règle ABCDE, afin de s'assurer de l'efficacité des auto-examens cutanés.

L'objectif secondaire était de décrire les attentes en terme d'informations ainsi que les freins que peuvent rencontrer les patients et qui peuvent être susceptibles de retarder le diagnostic.

### **4.1. Limites et biais :**

#### 4.1.1. Sur le questionnaire :

L'enquête par questionnaire nous a paru être la meilleure solution. C'est une méthode simple et efficace pour étudier quantitativement les réponses des individus et obtenir un nombre de répondants important sur une durée limitée.

Le questionnaire comportait volontairement un nombre de questions limité. Un plus grand nombre de questions aurait pu apporter des informations plus précises mais avec une participation probablement plus restreinte. De plus une étude qualitative en entretien aurait été préférable, mais aurait diminué le nombre de participants.

La question 7, nous permettant d'évaluer les connaissances des patients, était une question fermée. Il aurait été préférable d'y ajouter une réponse libre, afin de préciser les connaissances des enquêtés, mais le questionnaire comportait initialement un nombre suffisant d'items, et cette forme de question est assez longue à traiter.

Rappelons que nous nous sommes volontairement restreints à l'analyse des connaissances de la définition de la maladie et les connaissances théoriques de la règle ABCDE. Nous n'avons pas pris en compte les autres caractéristiques cliniques susceptibles d'être un mélanome (comme le signe du « vilain petit canard » : un nævus différent des autres ; où l'apparition d'une lésion de novo).

Les questionnaires étant laissés à disposition des patients dans les salles d'attente, nous pouvons penser que cela a pu leur laisser la possibilité d'effectuer des recherches sur internet via leur smartphone pour répondre à cette question.

Enfin, il aurait été préférable de réaliser une analyse qualitative des freins potentiels à consulter un médecin pour une lésion suspecte.

#### 4.1.2. Représentativité de l'échantillon :

Aux vues de la méthodologie utilisée pour la constitution de l'échantillon, nous pouvons conclure que celui-ci n'est pas représentatif de la population picarde ni française. Nous ne pouvons donc pas généraliser les résultats sur la population picarde ou française.

#### 4.1.3. Biais de sélection :

Les questionnaires ont été mis à disposition dans les cabinets médicaux où j'ai effectué des remplacements. Par manque de temps et de moyens, je n'ai donc pu choisir qu'une maison médicale par département, ce qui implique que l'échantillon ne peut être représentatif de l'ensemble des patients picards.

#### 4.1.4. Biais de mémorisation :

Un biais de mémorisation est possible notamment pour des questions évoquant les antécédents médicaux, l'exposition solaire dans l'enfance ou le fait d'avoir déjà eu une information sur le mélanome.

#### 4.1.5. Biais de compréhension :

La question 5 : « Pratiquez-vous des activités de plein air ? » a pu être mal comprise par les patients, ne sachant pas s'il s'agissait des activités liées à leurs professions, ou leur activités sportives, ...

La question « Avez-vous été sujet aux coups de soleil dans votre enfance ? » visait à connaître les antécédents de brûlures solaires, qui sont un des facteurs de risque de mélanome. De la même façon, les patients ont pu ne pas comprendre cet objectif.

Enfin la question 15 : « Pour vous, la surveillance de vos grains de beauté ou lésions cutanées relève... » (visant à connaître les patients s'impliquant dans la surveillance), a pu être source de confusion pour les patients, pouvant ne pas comprendre le sens du terme « surveillance » ; si celle-ci était clinique (au sens large) ou uniquement médicale.

#### 4.1.6. Biais de mesure :

Afin de comparer le niveau de connaissances en fonction des CSP, nous avons proposé différentes catégories. Dans la discussion, nous avons élargi cette notion au niveau scolaire. Cependant, il s'agit d'une interprétation exagérée, puisque nous n'avons pas explicitement questionné les patients sur leur niveau scolaire.

L'évaluation des connaissances a été réalisée grâce aux réponses de la question 7. En plus du caractère malin et des critères ABCDE mis en propositions, nous avons également proposé

des réponses que nous estimions comme étant des « pièges », ou de fausses idées. Nous nous sommes inspirés de notre pratique pour proposer ces réponses, car nous avons constaté que les patients s'inquiétaient parfois uniquement sur ces symptômes (prurit, douleur, nævus ayant saigné), en pensant d'emblée que cela est signe de cancer, ou d'évolution en cancer cutané. Cependant, nous devons rappeler que toutes les réponses pouvaient être considérées comme correctes. En effet, un mélanome invasif peut provoquer douleur, prurit ou hémorragie. Pour le caractère hémorragique, nous pensions plutôt au fait d'un saignement post-traumatique sur un nævus, souvent considéré à tort par les patients comme étant à risque d'évoluer en cancer. Enfin, la proposition « toute nouvelle tache apparue sur la peau » est peu pertinente. Cela devait être considéré comme un « piège » de par le terme « toute » ; mais elle pouvait être considérée comme correcte puisque dans 70% à 80% des cas, le mélanome apparaît de novo [16].

Pour notre objectif qui était d'évaluer les connaissances, nous n'avons pas pris en compte ces réponses, mais nous sommes basés sur les données de l'HAS [16] concernant la règle ABCDE pour évaluer les connaissances.

## **4.2. Analyse des résultats :**

### **4.2.1. Objectif principal : Etat des lieux des connaissances :**

Avec plus de 300 réponses analysées, nous pouvons penser que le sujet intéresse les patients. On retrouvait une nette prédominance de réponses féminines, ce qui peut signifier que le sujet les intéresse davantage que les hommes.

Plus d'un patient sur dix (12,8%) ne savait pas ce qu'est un mélanome. Dans une étude américaine évaluant les connaissances des patients caucasiens, le taux était presque similaire au taux de notre étude (13,7%) [26].

51,9% des patients définissait bien la maladie (savait qu'il s'agit d'un cancer cutané). Ce taux est beaucoup plus faible que celui de l'étude Edifice qui était de 70% [25].

Cependant l'étude américaine de 1996 retrouvait un taux de 34,1% de patients sachant qu'il s'agit d'un cancer cutané [24].

34,7% des patients de notre étude ne connaissaient aucun critère ABCDE. L'étude américaine de Miller retrouvait un taux quasiment identique avec 36,7% des patients ne connaissant aucun des signes cliniques de mélanome [24].

Etonnamment, parmi les patients ne connaissant aucun critère ABCDE, les patients connaissant le caractère malin étaient plus nombreux que les patients l'ignorant (41,4% versus

36%). Cela peut être inquiétant car les patients connaissant la dangerosité de cette pathologie semblent moins bien connaître les signes cliniques de celle-ci.

Parmi les 5 critères ABCDE, chez l'ensemble des patients, il semble que le critère le mieux connu était l'évolutivité. Suivi par le critère « couleur inhomogène », puis « bords irréguliers », et « asymétrie ». Le critère le moins souvent cité était le diamètre supérieur à 6 mm. Cela est plutôt rassurant car nous avons vu que l'HAS définit le critère « évolutivité » comme étant le plus pertinent [16].

Nos résultats diffèrent de l'étude française de Richard *et al.* puisque le critère le mieux connu était l'augmentation de la taille (70%) ; bien que nous puissions l'apparenter à notre réponse « évolutivité » (qui incluait la modification, entre autres, de la taille). La couleur inhomogène était également le deuxième critère mieux connu avec 60,2%, puis les bords irréguliers (52,2%), et enfin de l'asymétrie (50,3%) [23].

Cela semble concorder avec les résultats de l'étude Edifice : même si elle ne définissait pas tout à fait de la même manière que nous les critères ABCDE (les propositions étaient : « modification de la forme », « modification de la couleur », « modification de la taille », « tache de couleur rouge ou noire »), le taux de réponse des propositions mettant en exergue la modification (donc l'évolutivité) était le mieux connu avec un taux allant de 92% à 94%. La couleur inhomogène était moins souvent citée, avec un taux de 82% [25].

Nos résultats semblent également corroborer l'étude américaine, qui retrouvait que le critère « évolutivité » était le mieux connu, suivi par la « couleur inhomogène », puis « l'asymétrie » et enfin le « diamètre large » [26].

L'étude américaine de 1996 évaluant les connaissances des patients retrouvait quant à elle un taux de connaissances du critère évolutivité à 21,8% [24].

Environ un tiers des patients de notre étude connaissait au moins 2 critères ABCDE. Seulement 2,9% des patients de notre étude connaissaient les 5 critères ABCDE, ce qui est beaucoup plus faible que le taux de 10% de patients connaissant la règle ABCDE retrouvée dans une étude publiée en 2017 de R. Prud'homme [27]. Mais cette étude réalisée sur une durée de deux ans s'adressait aux patients consultant en service de dermatologie.

Concernant les niveaux de connaissances, un tiers des patients avait un mauvais niveau de connaissances ; c'est-à-dire qu'ils ne savaient pas définir la maladie, qu'ils ne connaissaient aucun critère ABCDE, ou qu'ils ne savaient pas ce qu'est un mélanome.

Un peu plus d'un patient sur 10 avait un niveau de connaissance acceptable, c'est-à-dire qu'ils

connaissaient uniquement le critère « évolutivité », sans pour autant connaître le caractère malin.

Enfin, un peu moins de deux patients sur 10 avaient un bon niveau de connaissances, c'est-à-dire qu'ils définissaient bien la maladie, et qu'ils connaissaient au moins deux critères ABCDE, dont le critère « évolutivité ».

La prédominance du mauvais niveau de connaissances dans notre échantillon semble être inquiétante car il peut remettre en cause l'efficacité des auto-examens cutanés. Cependant, il faut interpréter prudemment ces résultats puisque nous n'avons étudié que les critères ABCDE, or d'autres signes inquiétants peuvent être connus des patients. En effet, 16% des patients ont répondu "toute nouvelle tache apparue sur la peau", 10,9% ont répondu "une tache ou grain de beauté douloureuse ou prurigineuse", et 5,8% "un nævus ayant saigné".

#### - Connaissances selon le genre :

Il semble que le sexe soit un facteur influençant le niveau de connaissances, de façon significative. Les femmes semblaient mieux connaître le caractère malin ainsi que le critère « évolutivité ». Les femmes avaient un niveau de connaissances « acceptable » et « bon » supérieurs aux hommes. Cela semble corroborer l'étude de Richard *et al.* qui retrouvait que les mélanomes étaient significativement plus souvent auto-détectés par les femmes que par les hommes: 74,1% contre 66,8%, respectivement [23].

Le taux de mauvais niveau de connaissances était supérieur chez les hommes. Enfin, le taux d'hommes ne sachant pas ce qu'est un mélanome était le double de celui des femmes. L'étude de Miller ne retrouvait pas un écart si important mais les hommes étaient tout de même plus nombreux à ne pas savoir ce qu'est un mélanome (49% pour les hommes versus 35% pour les femmes) [24].

Ce cancer constitue un des rares cas où la maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme [1]. Nous pouvons donc penser que les femmes se sentent plus concernées par la maladie et ont donc davantage de connaissances.

#### - Connaissances selon l'âge :

Les patients âgés de 35 à 65 ans connaissaient mieux le caractère malin et le critère « évolutivité » que les âges extrêmes (moins de 35 ans et plus de 65 ans). Le taux de patients ne sachant pas ce qu'est un mélanome était le double chez les tranches d'âges extrêmes que pour les autres. L'étude de Miller en 1996 retrouvait également une grande majorité de patients âgés de 18 à 24 ans ne sachant pas ce qu'est un mélanome par rapport aux autres classes d'âges (72% contre 42% pour les 25-44 ans, 30% pour les 45-64 ans) [24].

Cependant, la connaissance d'au moins 2 critères ABCDE était quasiment similaire pour les 4 tranches d'âges.

Le taux de patients ayant un mauvais niveau de connaissances était deux fois plus important dans les tranches d'âge extrêmes (environ 40% contre 20%). Nos résultats semblent similaires à l'étude américaine publiée en 2018, qui retrouve que les patients âgés de 18 à 39 ans avaient de moins bonnes connaissances que les autres classes d'âges [28]. A noter que cependant, la mortalité du mélanome diminue chez les cohortes jeunes, ce qui implique que les actions de prévention sont efficaces mais doivent être renforcées.

#### - Connaissances selon les catégories socioprofessionnelles :

Nous avons pu constater que la CSP supérieure avait davantage de connaissances que les autres catégories. La différence de connaissances apparaît majeure entre les CSP supérieures et les patients sans profession. Un tiers des patients de CSP supérieure avait un bon niveau de connaissances, tandis que presque la moitié des patients sans profession (comprenant les 12 étudiants, pour des raisons d'analyse statistique) avait un mauvais niveau de connaissances. Nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que généralement les cadres, enseignants et professions libérales, ont un niveau scolaire plus important. L'étude de Richard *et al.* retrouvait la même tendance : le niveau scolaire avait un impact significatif ; le taux de mélanomes auto-détectés était significativement plus important chez les patients avec un niveau d'enseignement supérieur [23].

#### - Connaissances selon l'origine rurale ou urbaine :

On ne retrouvait pas de différence significative entre les patients ruraux et urbains, même si nous retrouvons une tendance à une meilleure connaissance des patients ruraux. Il n'est pas impossible que les patients vivant à la ville et ayant donc accès plus facilement aux avis médicaux, délèguent davantage la connaissance au milieu médical.

#### - Connaissances selon les facteurs de risque de mélanome :

Dans l'étude Edifice, il a été démontré que les patients avec au moins un facteur de risque de mélanome avaient davantage de connaissances par rapport aux patients sans facteurs de risque. Mais les connaissances évaluées concernaient les mesures de photoprotection. Les connaissances de critères ABCDE ou du caractère malin n'ont pas été évaluées chez les patients avec facteurs de risque.

*Selon les ATCD de mélanome :*

Le risque relatif moyen de développer un mélanome chez une personne ayant des antécédents familiaux de mélanome est estimé entre 1,7 [29] et 2,5 [7]. Notre étude a mis en évidence une différence significative de connaissances à propos du mélanome, selon les ATCD.

Nous avons pu constater que les patients avec un ATCD personnel ou familial de mélanome, avaient de meilleures connaissances que les patients ne sachant pas leur ATCD. Cela nous paraît compréhensible puisque les patients ayant des ATCD de mélanome ont été confrontés à cette pathologie et ont donc reçu des informations sur celle-ci.

On retrouve également une différence chez les patients sans ATCD de mélanome : les patients ne connaissant pas leurs ATCD avaient moins de connaissances que les patients n'ayant pas d'ATCD de mélanome. Cela peut nous faire penser que les patients ne connaissant pas leurs ATCD médicaux se sentent moins impliqués quant à leur santé et sont moins intéressés par les différentes pathologies.

*Selon l'exposition solaire :*

L'exposition au soleil et les coups de soleil dans les loisirs sont de puissants prédicteurs du mélanome [31]. Dans notre étude, les patients pratiquant des activités extérieures quotidiennes avaient tendance à avoir de meilleurs niveaux de connaissances que ceux n'en pratiquant pas, même si la différence n'était pas significative. La tendance était la même pour les patients pratiquant ces activités plus de 30 minutes par jour, par rapport à ceux qui en pratiquent moins de 30 minutes par jour.

On retrouvait une différence significative de niveaux de connaissances selon l'exposition volontaire au soleil. Les patients ne s'exposant pas facilement avaient de moins bonnes connaissances que les autres. Un tiers des patients exposant leur corps entier volontairement et régulièrement au soleil (lors de bains de soleil par exemple), avait un mauvais niveau de connaissances. Cela peut sembler inquiétant car cette pratique est à risque de développer un mélanome.

L'étude réalisée par l'INCa (Institut National du Cancer) souligne cette inquiétude : si les Français sont conscients dans leur majorité que les coups de soleil ne sont pas sans risques, une personne sur cinq pense encore qu'ils préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil [32]. De plus, l'étude Edifice mettait en évidence la persistance d'idées reçues relatives à l'effet protecteur des autobronzants et d'une exposition aux UV artificiels [25]. L'étude Edifice retrouvait de nombreux effets positifs de l'exposition au soleil cités par les patients ; idées qui entretiennent ces pratiques : un impact bénéfique sur l'humeur (96%), 14% ont déclaré que l'exposition au soleil avait un effet protecteur contre certaines formes de cancer, et

9% un effet protecteur sur la peau. Certaines personnes interrogées ont également mentionné les effets positifs d'un bronzage : pour 90% des personnes, cela «donne bonne mine aux gens»; c'est un rappel de «bonnes vacances» (77%); les gens se sentent heureux et plein de vie (72%) et en bonne santé (70%); et les personnes bronzées sont plus belles (70%), plus attirantes (68%) et plus jeunes (29%) [25].

Dans notre étude, une minorité de patients pratiquait des séances d'UV artificiels : une très grande majorité connaissait le critère évolutivité mais seulement 14% connaissait le caractère malin, et aucun patient ne connaissait au moins 2 critères ABCDE. L'enquête Edifice retrouvait que 10 % des personnes interrogées avaient déjà fait usage des cabines de bronzage et paradoxalement étaient relativement bien informées des risques liés à cette pratique [25].

#### *Selon les ATCD de brûlures solaires dans l'enfance :*

En 2006, l'HAS les comptait dans les facteurs de risque de mélanome, même si l'actualisation grâce à la revue de la littérature de 2011 pense le contraire suite à l'analyse de l'étude de Dennis LK en 2008 qui montre que les coups de soleil sont un facteur de risque, quel que soit l'âge auquel ils sont survenus [33]. Notre étude retrouvait une tendance à un meilleur niveau de connaissances chez les patients ayant été exposés aux coups de soleil dans l'enfance, de façon significative. Les patients ne sachant pas leurs ATCD d'exposition avaient tendance à avoir de moins bonnes connaissances, ce qui peut être encore une fois dû à un manque d'intérêt pour leur santé. Il ne faut par ailleurs pas oublier le biais de mémorisation et analyser ses résultats avec précaution.

#### *Selon les phototypes à risque :*

Le risque est multiplié par 2,25 pour le phototype I et par 1,99 pour le phototype II [34]. Rappelons que ces 2 phototypes ont été regroupés en un groupe « à risque élevé » dans le cadre de notre étude. Il existait une différence significative de connaissances selon les groupes à risque. Le groupe à risque moyen (regroupant les phototypes III et IV) avait tendance à avoir de meilleures connaissances que les autres groupes. A noter que près d'un tiers des patients à risque élevé avait un mauvais niveau de connaissances.

#### *Selon la présence de nombreux nævus et de nombreuses éphélides :*

Le risque de mélanome au niveau du torse ou des jambes est multiplié par 1,96 si le nombre est de nævus est  $\geq 40$  et par 2,3 si le nombre est  $\geq 50$  [35]. Notre étude retrouvait une tendance à un meilleur niveau de connaissances chez les patients présentant de nombreux nævi, même si la différence n'était pas significative.

Le risque de mélanome est multiplié par 1,99 en cas de présence de nombreuses éphélides [34]. De la même façon, les patients présentant de nombreuses éphélides avaient tendance à avoir de meilleures connaissances que ceux n'en présentant pas.

Cela peut nous faire penser que les patients attentifs à leur relief cutané et qui savent s'ils présentent de nombreux nævus ou éphélides, semblent plus concernés et intéressés par cette pathologie.

#### - Connaissances selon l'implication des patients dans la surveillance de leur peau :

De façon significative, les patients pour qui la surveillance de leur peau relève (au moins) d'eux-mêmes avaient de meilleures connaissances que les patients ne s'impliquant pas.

L'HAS [16] recommande d'effectuer un auto-examen de sa peau régulièrement (tous les 3 mois pour les personnes les plus à risque), avec l'aide de la règle ABCDE. L'auto-examen consiste à observer attentivement sa peau de la tête aux pieds, avec un miroir ou en se faisant aider pour les zones difficiles. Aucune partie du corps ne doit être oubliée, y compris le cuir chevelu, le cou et les oreilles, le dos et les fesses, les organes génitaux, l'arrière des jambes et des bras, la paume et le dos des mains, les ongles, la plante des pieds et l'espace entre les orteils. Un examen fait convenablement prend environ 15 minutes. (*Annexe 2*)

L'auto-examen fait partie des objectifs de l'éducation thérapeutique au même titre que la photoprotection [32].

Dans notre étude, plus de la moitié des patients s'impliquait dans la surveillance, avec une prédominance féminine (53,1% contre 47,8% des hommes). Ce taux d'implication retrouvé dans notre étude est supérieur à celui de l'étude Edifice, puisque dans cette étude, 25% des personnes ne surveillaient jamais leur peau [25]. Cependant, cette prédominance féminine concorde avec les données de l'INCa qui retrouvent qu'un français sur quatre examine régulièrement sa peau à la recherche d'anomalie, les femmes effectuant cet examen plus fréquemment que les hommes (28,5 versus 17,2 % des hommes) [32].

L'étude de Miller retrouvait également cette prédominance féminine avec 52% de femmes contre 40% d'hommes pratiquant des auto-examens. Cette étude souligne également l'importance des auto-examens dans le diagnostic précoce, puisque 70,8% des mélanomes étaient auto-détectés et 29,1% ont été diagnostiqués par hasard par un médecin [24].

#### - Connaissances selon l'existence d'un suivi médical cutané ou non :

Une minorité de patients de notre étude avait un suivi médical de leur peau (29,5%) avec également une prédominance féminine (30,2% contre 25,5% d'hommes). Le niveau de connaissances des patients ayant un suivi médical avait tendance à être supérieur à celui des

patients non suivis médicalement. Rappelons que la survie est meilleure chez la femme que chez l'homme. Cette différence s'explique probablement par une meilleure surveillance médicale chez la femme [1]. La différence de niveau de connaissances chez les patients suivis peut s'expliquer par le fait que les conseils et informations données par un médecin ont plus d'impact et sont plus faciles à retenir que lorsqu'ils sont donnés par d'autres moyens d'information. Une étude de 2013 retrouvait que les conseils médicaux sur la pratique d'auto-examens cutanés avaient un impact, d'autant plus important sur les patients au niveau d'éducation supérieur [36]. Il est intéressant de noter que la majorité des répondants de l'étude Edifice a déclaré suivre les conseils de prévention des cancers de la peau, expliqués par les médecins [25]. Un auteur suédois a également montré l'impact significatif d'une délivrance de l'information par le médecin généraliste lors d'une consultation personnalisée, comparativement à une information donnée seulement par support papier [37].

#### - Connaissances selon le niveau d'information préalable :

Les patients ayant reçu une information à propos du mélanome avaient de meilleures connaissances que les autres. Plus de la moitié des patients n'ayant jamais été informés avait un mauvais niveau de connaissances, alors que près d'un tiers des patients informés avait un bon niveau de connaissances. La majorité des patients informés l'avaient été par le biais des médias, puis des revues. Moins d'un patient sur dix l'avait été par le biais de leur médecin ou dans les salles d'attente de professionnels de santé.

Nos résultats semblent concorder avec l'étude Edifice, dans laquelle les médias de masse (radio, télévision, internet) constituaient la principale source d'informations sur les cancers de la peau pour 77% des sondés [25].

Dans l'étude de Richard *et al.*, les femmes déclaraient significativement plus souvent que les hommes qu'elles étaient déjà informées sur le mélanome, par les médias et les magazines [23]. Cela peut mettre en exergue le fait que les médias de masse sont un support d'information bien adapté.

#### **4.2.2. Objectif secondaire : décrire les attentes d'informations et les facteurs de retard à la consultation :**

##### - Attentes d'informations supplémentaires :

Une très grande proportion de patients était demandeuse d'informations supplémentaires sur le thème du mélanome (87,5%). Cela nous laisse supposer d'une part que le sujet les intéresse, et d'autre part qu'ils ne sentent pas suffisamment informés. Ces résultats semblent

corroborer l'étude Edifice dans laquelle seulement 23% avaient répondu être absolument bien informés, et 40% «pas vraiment» ou «pas du tout» [25].

La demande avait tendance à être plutôt l'apanage des femmes (88,7% contre 84,4% des hommes).

Contrairement à ce que nous pouvions penser plus tôt, les informations supplémentaires attendues par le biais des médias ne représentent qu'un tiers des demandeurs. La très grande majorité (72,5%) souhaitait que les informations émanent des médecins directement. Mais cela semble appuyer nos résultats décrivant que le niveau de connaissances était meilleur chez les patients ayant un suivi médical.

Enfin, un peu plus de la moitié d'entre eux souhaiterait des informations par le biais de livrets et/ou affiches explicatives dans les salles d'attente de professionnels de santé.

La proposition la plus citée en réponse libre était « par courrier de la CPAM ». Or, nous avons vu que l'HAS en 2006 [16] avait conclu au fait que le mélanome cutané ne répondait pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé, du fait de l'absence de lésion précancéreuse identifiable, de données suggérant que la prévalence du mélanome cutané est faible en comparaison à d'autres cancers (pour lesquels un dépistage systématique a été mis en place), et enfin parce que la modélisation de l'efficacité et du rapport coût/efficacité est impossible à construire du fait des nombreuses données manquantes. Cependant, en 2012, l'Institut National du Cancer, la Ligue contre le cancer et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer ont mis en œuvre un programme d'actions de recherche sur cette pathologie : le PAIR mélanome. Un des axes de recherche de ce programme a pour but d'évaluer l'efficacité et l'impact économique des thérapies innovantes [38]. Le développement actuel des nouvelles thérapeutiques, peut nous faire imaginer qu'il pourrait y avoir un intérêt d'ici plusieurs années à mettre en place un dépistage systématique. De plus, une évaluation de la faisabilité d'un dépistage opportuniste ciblé du mélanome cutané (en accord avec le parcours de soins) est en cours d'évaluation par un projet pilote en région (notamment le réseau Mélanome Ouest).

#### - Les freins à la consultation, facteurs de retard au diagnostic :

Même si la grande majorité des patients de notre étude (86,5%) avait répondu se sentir prête à consulter lors d'une inquiétude vis-à-vis d'un nævus ou en cas de lésion cutanée suspecte, plus d'un patient sur dix refusait de le montrer à un médecin. Ces chiffres sont peu éloignés de ceux retrouvés dans l'étude Edifice, dans laquelle, en cas de lésion cutanée suspecte, 81% des français ont déclaré qu'ils consulteraient un dermatologue [25].

Les freins à la consultation mentionnés majoritairement étaient le sentiment d'incapacité à reconnaître une lésion cutanée, et la peur du diagnostic de cancer, cités à parts égales par plus d'un tiers des patients refusant de consulter. Le manque de temps était cité par près de deux patients sur dix, et enfin plus d'un patient sur dix citait la difficulté d'accès à un médecin et la pudeur. Nos résultats semblent se rapprocher de ceux de l'étude anglaise de 2017 qui retrouvait une grande majorité (44,3%) de patients ne consultant pas parce qu'ils ne savaient pas reconnaître les symptômes inquiétants, suivis par la peur du diagnostic, puis la difficulté d'accès médical, puis par le manque de temps et enfin la pudeur [39].

L'étude française de Richard *et al.* a démontré que les facteurs de retard au diagnostic liés aux patients étaient : l'apparence de non évolutivité de la lésion et l'absence de signes généraux (39,3%), la méconnaissance de l'urgence (34,8%), le manque de temps (20,9%), la peur du diagnostic (9,4%), la négligence (4,5%), et l'absence de douleur (1,0%) [23].

Les hommes étaient plus réticents à consulter en cas d'inquiétude, avec 18,9% d'entre eux refusant de consulter, contre 11,3% des femmes. Ceci corrobore l'hypothèse selon laquelle la survie est inférieure chez les hommes d'une part probablement du fait de la différence histologique des tumeurs, mais également probablement parce qu'ils seraient moins vigilants et consulteraient plus tard pour des lésions cutanées [1].

Concernant le sentiment d'incapacité à reconnaître une lésion cutanée, cela souligne le fait que les patients n'ont pas assez de connaissances sur les signes cliniques faisant suspecter un mélanome. Une thèse française évaluant l'impact d'une action de prévention ciblée sur des patients à risque de mélanome, à propos de la protection solaire et de l'auto-examen cutané, retrouvait que 54% des patients n'ayant pas reçu l'action de prévention ciblée se sentaient pas capables de reconnaître une lésion suspecte, contre 70% des patients du groupe intervention (ayant reçu l'action de prévention ciblée auparavant) [4]. Cela appuie encore une fois l'efficacité des actes de prévention ciblée expliqués par les médecins.

A propos de la difficulté d'accès médical, celui-ci peut s'expliquer par le fait que nous assistons à une véritable désertification médicale concernant les soins primaires du fait de départs en retraite massifs des généralistes d'une part et d'une crise des vocations chez les étudiants, avec un exercice libéral délaissé au profit d'autres formes de pratiques d'autre part. Concernant les dermatologues, selon les données de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) la densité des dermatologues-vénérologues en nombre de médecins pour 100 000 habitants était considérée en 2013 comme étant inférieure de plus de 20 % à la moyenne nationale en Picardie [40]. Pour tenter de pallier à la difficulté d'accès aux dermatologues, le Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues (SNDV)

organise tous les ans depuis 1998, une semaine de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau [32]. De plus, le développement de la télé-dermatologie vise à résoudre ce problème d'accès aux dermatologues.

Selon le sexe, le sentiment d'incapacité à reconnaître une lésion suspecte et la peur du cancer sont prédominants chez les hommes comme chez les femmes, mais ont été mentionnés en plus grande proportion chez les femmes. A noter que le refus de consulter par pudeur est plutôt l'apanage des hommes que des femmes.

Selon l'âge, les patients les plus réticents à consulter semblent être les patients âgés de plus de 65 ans. Le sentiment d'incapacité à reconnaître était largement prédominant chez les moins de 35 ans. A noter qu'aucun patient âgé de 35 à 49 ans n'avait cité le manque de temps ou la difficulté d'accès à un médecin.

Selon les CSP, les patients refusant de consulter en cas d'inquiétude étaient majoritairement les patients sans profession, suivis des retraités. Les freins pour ces CSP restaient le sentiment d'incapacité puis la peur du cancer, suivi de la pudeur. Les retraités citaient majoritairement l'incapacité à reconnaître une lésion inquiétante. Il est intéressant de noter que les CSP supérieures n'avaient jamais cité le sentiment d'incapacité à reconnaître, ni la pudeur. Pour cette catégorie, les freins prédominants étaient la peur du cancer et le manque de temps. Ce manque de temps pourrait être expliqué par un temps de travail professionnel important. Selon le lieu de vie, les patients vivant à la ville étaient moins enclins à consulter en cas d'inquiétude que les patients ruraux. Pour les patients vivant à la ville, le frein prédominant était la peur du cancer. Pour les patients vivant à la campagne, le frein majeur était l'incapacité à reconnaître. Etonnamment, aucun d'entre eux n'avait cité la pudeur. Ce résultat me semble étonnant puisque dans ma pratique, j'ai pu constater que les patients ruraux avaient tendance à être plus pudiques que les autres. Enfin, la difficulté d'accès médical est plus largement citée chez les ruraux que les autres, signe encore une fois de la désertification médicale des petites communes, au dépens des grandes villes.

La place du médecin généraliste reste majeure dans la surveillance, l'éducation et l'information des patients. Mais tous les professionnels de santé ont un rôle à jouer. En effet, les masseur-kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures-podologues ont une activité leur permettant d'avoir accès à la peau des patients et un rôle de conseil en santé. Ils peuvent être amenés à les conseiller sur une lésion cutanée, à les adresser le cas échéant à leur médecin traitant et à répondre à leurs questions sur la prévention des cancers cutanés. Des modules de formations adaptés à ces professionnels sont disponibles sur le site de l'INCa [41].

Enfin, l'INCa a créé un dépliant à mettre à disposition des patients, afin de leur apprendre à mieux surveiller leur peau (*Annexe 3*). Par ailleurs, l'éducation nationale a intégré au programme des élèves de classes de troisième, un thème sur les habitudes de vie et la santé, traitant des signes cliniques et des risques de mélanome.

#### **4.3. Pistes de recherche :**

Nous avons pu constater qu'une seule étude française a été réalisée sur les connaissances en matière de prévention et de diagnostic du mélanome chez toutes personnes confondues (l'étude Edifice Mélanome). L'étude de Richard *et al.* quant à elle évaluait les connaissances et les facteurs de retard au diagnostic, chez des patients consultant en dermatologie et atteintes de mélanome. Un grand nombre d'études françaises régionales et étrangères (surtout américaines et néo-zélandaises), ont étudié les connaissances des mesures de prévention via la photo-protection notamment.

Effectuer un état des lieux des connaissances pose un réel problème méthodologique. Dans notre étude, nous avons choisi une analyse univariée. Il pourrait être intéressant de réaliser une évaluation des connaissances grâce à une analyse multivariée, afin de connaître par exemple quelles caractéristiques inhérentes aux patients (individuelles ou comportementales) ont le plus d'effet sur les connaissances des patients à propos du mélanome.

De plus, il pourrait être intéressant d'évaluer les connaissances des patients picards grâce à une analyse qualitative en entretien, ou par questionnaires avec un système de cotation permettant d'attribuer une « note ». Ceci permettrait également d'élargir les connaissances analysées, car dans notre étude nous nous sommes cantonnés à la règle théorique ABCDE, mais nous avons vu que bien d'autres réponses pouvaient être considérées comme bonnes et donc être signes de connaissances.

---

## CONCLUSION

---

Notre étude démontre que le taux de connaissances des patients picards consultant en cabinet de médecine générale n'est que peu satisfaisant.

En effet, plus d'un patient sur dix ne sait pas ce qu'est un mélanome, et presque la moitié d'entre eux ne connaît pas son caractère malin et donc dangereux. Plus d'un tiers des patients ne connaît aucun des critères ABCDE, étant pourtant le socle clinique permettant un auto-examen cutané efficient. De plus, plus de la moitié des patients s'implique dans la surveillance de leur peau.

Une lésion est suspecte si au moins 2 critères ABCDE sont présents, et le critère « Evolutivité » est le plus pertinent. La connaissance du critère Evolutivité est connue par un peu plus de la moitié de l'échantillon, ce qui semble être rassurant ; mais seulement un tiers des patients connaît au moins 2 critères ABCDE.

Notre étude permet de tenter de cibler les patients ayant le moins de connaissances, et donc auprès desquels il faut être davantage vigilant et renforcer les messages d'informations. Si nous devons réaliser un profil « type » du patient ayant le moins de connaissances, il s'agirait d'un homme âgé de plus de 65 ans, d'origine rurale, de niveau scolaire bas. Il ne connaît pas ses antécédents médicaux de mélanome ni ses antécédents de brûlures solaires, ne pratique pas d'activités extérieures quotidiennes et n'a pas tendance à s'exposer volontairement au soleil. Il serait de phototype III à IV, ayant peu de nævus et peu d'éphélides. Il n'a jamais reçu d'information concernant le mélanome, ne s'implique pas dans la surveillance de sa peau et n'a pas de suivi médical de son relief cutané.

Les patients sont très demandeurs d'informations supplémentaires sur le thème du mélanome, principalement par leur médecin directement.

Le manque d'information n'est pas le seul facteur de retard au diagnostic du mélanome, certains freins inhérents aux patients peuvent également expliquer une prise en charge tardive. Un patient sur dix ne consulterait pas de médecin pour une lésion cutanée inquiétante, principalement parce qu'il ne se sent pas capable de reconnaître le caractère inquiétant de la lésion, et également par peur du diagnostic de cancer.

Nos résultats nous permettent de souligner que les médecins généralistes, acteurs majeurs de la surveillance, l'éducation et l'information des patients, doivent aborder ce sujet avec les patients quels qu'ils soient, mais surtout auprès des patients à risque, et proposer une

consultation personnalisée, dédiée à la prévention et au dépistage du mélanome. Nous pouvons ainsi imaginer qu'instaurer une consultation dédiée, valorisée par une nouvelle cotation (au même titre que la consultation de contraception et prévention ou encore de la consultation de suivi de l'obésité), permettrait aux médecins généralistes surchargés, d'avoir davantage de temps pour sensibiliser les patients au sujet du mélanome.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- [1] Remontet L, Estève J, Bouvier A-M, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz F, et al. Estimations nationales : tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000 n.d.:20.
- [2] Chérié-Challine L, Halna J-M, Remontet L. Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire Numéro 2. In VS 2004.
- [3] Grange F. Épidémiologie du mélanome cutané : données descriptives en France et en Europe. Annales Dermatologie et Vénérologie 2005, p.975–982.
- [4] Clouet S. Protection solaire et auto-examen cutané [Ressource électronique] : impact d'une action de prévention ciblée sur des patients à risque de mélanome consultant en médecine générale. [Thèse de Doctorat en Médecine Générale]. Université de Nantes; 2012,84p.
- [5] Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P, Orlandi C, et al. Dermatologist Detection and Skin Self-examination Are Associated With Thinner Melanomas: Results From a Survey of the Italian Multidisciplinary Group on Melanoma. Arch Dermatology 2003, p.139.
- [6] Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : I. Common and atypical naevi. European Journal of Cancer 2005, p.28-44.
- [7] Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : II. Sun exposure. European Journal of Cancer 2005, p.45-60.
- [8] Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. European Journal of Cancer 2005, p.2040-2059.
- [9] Vajdic CM, Van Leeuwen MT, Webster AC, Stewart JH, Chapman JR, Amin J et al. Cutaneous Melanoma Is Related to Immune Suppression in Kidney Transplant Recipients. Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention 2009.

- [10] Balch CM, Gershenwald JE, Soong S, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final Version of 2009 AJCC Melanoma Staging and Classification. *Journal Clinical Oncology* 2009, p.6199-6206.
- [11] Schadendorf D, Hodi FS, Robert C, Weber JS, Margolin K, Hamid O, et al. Pooled Analysis of Long-Term Survival Data From Phase II and Phase III Trials of Ipilimumab in Unresectable or Metastatic Melanoma. *Journal of Clinical Oncology*.2015, p.1889-1894.
- [12] Ugurel S, Röhmel J, Ascierto PA, Flaherty KT, Grob JJ, Hauschild A, et al. Survival of patients with advanced metastatic melanoma: the impact of novel therapies—update 2017. *European Journal of Cancer*. 2017, p.247-257.
- [13] © Mélanome cutané métastatique. Collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l’Inca, Boulogne-Billancourt, septembre 2013.
- [14] Wolchok JD, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Rutkowski P, Grob J-J, Cowey CL, et al. Overall Survival with Combined Nivolumab and Ipilimumab in Advanced Melanoma. *New England Journal of Medicine*, 2017, p.1345-1356.
- [15] Guillot B, Braun P-R, Basset-Seguin N, Delaveyne R, Grange F, Le Maitre M, et al. Livre Dépistage et Cancers Cutanés : Diagnostic précoce ou dépistage du mélanome : un choix stratégique. Paris : Springer-Verlag, 2008, p.67-80.
- [16] HAS - Haute Autorité de Santé. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. [en ligne]. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé. [Consultée le 05/07/2016). Mis à jour en Octobre 2006. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_452354/fr/strategie-de-diagnostic-precoce-du-melanome](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_452354/fr/strategie-de-diagnostic-precoce-du-melanome)
- [17] Hamidi R, Peng D, Cockburn M. Efficacy of skin self-examination for the early detection of melanoma. *International Journal of Dermatology*. Los Angeles : Wiley Researcher Academy. 2010, p.126-134.
- [18] Berwick M, Begg CB, Fine JA, Roush GC, Barnhill RL. Screening for Cutaneous Melanoma by Skin Self-Examination. *JNCI J National Cancer Institut* 1996, p.17-23.
- [19] Pollitt RA, Geller AC, Brooks DR, Johnson TM, Park ER, Swetter SM. Efficacy of Skin Self-Examination Practices for Early Melanoma Detection. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention* 2009, p.3018-3023.

- [20] Aitken JF, Janda M, Lowe JB, Elwood M, Ring IT, Youl PH et al. Livre Cancer Causes Control : Prevalence of whole-body skin self-examination in a population at high risk for skin cancer (Australia). Australie: Springer International Publishing. Juin 2004, p.453-463.
- [21] INPES - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Mieux prévenir et détecter tôt les cancers de la peau. Saint Denis, France : Éditions Inpes ; Mai 2012  
[Consulté le 11 novembre 2018]. Disponible sur :  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/12/dp120523.pdf>
- [22] Thomas L, Tranchand P, Berard F, Secchi T, Colin C, Moulin G. Semiological value of ABCDE criteria in the diagnosis of cutaneous pigmented tumors. *Dermatology* 1998, p.11-17.
- [23] Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (I): The role of patients. *International Journal of Cancer*. 20 mai 2000, p.271-279.
- [24] Miller DR, Geller AC, Wyatt SW, Halpern A, Howell J., Cockerell C, et al. Melanoma awareness and self-examination practices: Results of a United States survey. *Journal of American Academy of Dermatology* 1996, p.962–970.
- [25] Saiag P, Sassolas B, Mortier L, Grange F, Robert C, Lhomel C, et al. EDIFICE Melanoma survey: knowledge and attitudes on melanoma prevention and diagnosis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015, p.11-15.
- [26] Oliveria SA, Christos PJ, Halpern AC, Fine JA, Barnhill RL, Berwick M. Patient Knowledge, Awareness, and Delay in Seeking Medical Attention for Malignant Melanoma. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1999, p.1111-1116.
- [27] Prud'homme R, Prud'homme P, Saiag P, Dalmay F, Bédane C. Connaissances et comportements vis-à-vis des risques liés à l'exposition solaire. Étude transversale nationale de 517 consultants en dermatologie. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2017;144(12):S242.
- [28] Levin AA, Nguyen BM. Knowledge of melanoma and nonmelanoma skin cancer among general dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2018, p.964-966.

- [29] Négrier S, Fervers B, Bailly C, Beckendorf V, Cupissol D, Doré J-F, et al. Standards, Options et Recommandations (SOR) pour la prise en charge des patients atteints de mélanome cutané, Paris, John Libbey Eurotext, 2000, p.173-182.
- [30] HAS - Haute Autorité de Santé. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané ». [en ligne]. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé. [Consultée le 05/01/2019]. Mis à jour en Juillet 2012. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane)
- [31] Chang YM, Barrett JH, Bishop DT, Armstrong BK, Bataille V, Bergman W, et al. Sun exposure and melanoma risk at different latitudes: a pooled analysis of 5700 cases and 7216 controls. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, 2009, p.814-830.
- [32] INCa – Institut National du Cancer [en ligne]. e-cancer [consulté le 18 Janvier 2019]. Mis à jour le 16 Janvier 2019. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau>
- [33] Dennis LK, Vanbeek MJ, Beane Freeman LE, Smith BJ, Dawson DV, Coughlin JA. Sunburns and risk of cutaneous melanoma: does age matter? A comprehensive meta-analysis. *Annals of Epidemiology* 2008, p.614-627.
- [34] Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Estimating the attributable fraction for melanoma: a meta-analysis of pigmentary characteristics and freckling. *International Journal of Cancer* 2010, p.2430-2445.
- [35] Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Estimating the attributable fraction for cancer: a meta-analysis of naevi and melanoma. *Cancer Prevention Research*, 2010; p.233-245.
- [36] Körner A, Coroiu A, Martins C, Wang B. Predictors of skin self-examination before and after a melanoma diagnosis: the role of medical advice and patient's level of education. *International Archives of Medicine*. 2013, p.6-8.
- [37] Falk M, Magnusson H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: An effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2011, p.135-143.

- [38] Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [en ligne]. Villejuif : Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [consulté le 14 septembre 2018]. Mis à jour le 9 août 2018. Disponible sur <https://www.fondation-arc.org/projets/pair-melanome>
- [39] O'Shea SJ, Rogers Z, Warburton F, Ramirez AJ, Newton-Bishop JA, Forbes LJJ. Which symptoms are linked to a delayed presentation among melanoma patients? A retrospective study. BMC Cancer [En ligne].2017 [consulté le 25 janvier 2019] Disponible sur: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-016-2978-6>
- [40] DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. Série Statistiques. 2011, p.86.
- [41] INCa – Institut National du Cancer [en ligne] Ville : Institut National du Cancer [consulté le 11 janvier 2019]. Mis à jour le 13 octobre 2016. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Aide-pour-votre-pratique>

# ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

1. **Vous êtes :**  un homme  une femme
2. **Quel âge avez-vous ? :** \_\_\_\_\_
3. **Quelle profession exercez-vous ?**  
 Etudiant  Sans profession  Agriculteur/Artisan  Employé/Ouvrier  
 Cadre/Enseignant  Profession libérale  Retraité  Autre : \_\_\_\_\_
4. **Où habitez-vous ?**  
 Campagne (< 2000 habitants)  Ville (> 2000 habitants)
5. **Pratiquez-vous des activités de plein air ?**  
 Oui  Non
6. **Si oui :**  Moins de 30 min par jour  Plus de 30 min par jour
7. **Selon vous, qu'est-ce qu'un mélanome ou est susceptible d'être un mélanome ?**  
(Plusieurs réponses possibles)  
 Un cancer de la peau  
 Toute nouvelle tache apparue sur la peau  
 Une tache ou grain de beauté qui s'est modifié: aspect, taille, épaisseur, couleur  
 Une tache ou grain de beauté qui n'est pas symétrique  
 Une tache ou grain de beauté dont les bords ne sont pas réguliers  
 Une tache ou grain de beauté dont la couleur n'est pas homogène (noir, rouge, rosé,..)  
 Une tache ou grain de beauté de plus de 6 mm de diamètre  
 Une tache ou grain de beauté douloureux ou qui gratte  
 Un grain de beauté qui a saigné  
 Ne sait pas
8. **Avez-vous des antécédents de mélanome ?**  
 Chez vous personnellement  Dans votre famille  Non  Ne sait pas
9. **Vous avez une peau :**  
 Très claire  Moyennement claire  Mate, Métisse
10. **Avez-vous tendance à prendre des coups de soleil facilement ?**  
 Oui, très facilement  Oui, un petit peu  Non
11. **Avez-vous tendance à vous exposer facilement au soleil ?** (Plusieurs réponses possibles)  
 Partiellement (visage,...)  Tout le corps  Avec UV artificiels  Non
12. **Avez-vous été sujet aux coups de soleil dans votre enfance ?**  
 Oui  Non  Ne sait pas

13. **Avez-vous beaucoup de grains de beauté (Plus de 40) ?**  
 Oui  Non
14. **Avez-vous beaucoup de taches de rousseur ?**  
 Oui  Non
15. **Pour vous, la surveillance de vos grains de beauté ou lésions cutanées relève :**  
(Plusieurs réponses possibles)  
 De vous-même  De votre médecin généraliste  Du dermatologue
16. **Avez-vous un suivi médical de vos grains de beauté ?** (Plusieurs réponses possibles)  
 Oui, par votre médecin généraliste  Oui, par un dermatologue  Non
17. **Avez-vous déjà eu une information sur le mélanome ?** (Plusieurs réponses possibles)  
 Non  
 Dans les médias (Télévision, Internet, Radio)  
 Dans des revues  
 Par mon médecin traitant  
 Dans la salle d'attente d'un professionnel de santé
18. **Si vous avez une inquiétude concernant un grain de beauté ou une lésion cutanée, seriez-vous prêt à le montrer à votre médecin ?**  
 Oui  Non
19. **Si non, pour quelle(s) raison(s) ?** (Plusieurs réponses possibles)  
 Par pudeur  
 Par peur du cancer  
 Par manque de temps pour aller consulter  
 Je ne me sens pas capable de reconnaître une lésion inquiétante  
 L'accès à un dermatologue ou médecin généraliste est trop difficile  
 Autre : \_\_\_\_\_
20. **Aimeriez-vous être davantage informé sur le mélanome ?**  
 Oui  Non
21. **Si oui, par quel(s) moyen(s) aimeriez-vous être informé ?** (Plusieurs réponses possibles)  
 Par des affiches/livrets dans les salles d'attente  
 Dans les médias (TV,...)  
 Par les médecins directement (médecin généraliste, dermatologue,...)  
 Autre : \_\_\_\_\_

## ANNEXE 2 : AUTO-EXAMEN CUTANÉ

- 

Placez-vous debout face au miroir en pied et examinez ainsi l'ensemble de la face avant ...



... et arrière de votre corps pour identifier d'éventuels grains de beauté suspects.
- 

Levez les bras et regardez les côtés gauche et droit de votre corps en gardant les bras levés.
- 

Pliez ensuite les coudes et contrôlez les bras, les avant-bras et les mains.
- 

Asseyez-vous et examinez vos jambes, aussi bien devant que derrière.
- 

Vous devez également contrôler les grains de beauté qui peuvent se trouver sur les pieds, entre les orteils ou sous les ongles. Prêtez attention à d'éventuelles taches brunes sous les ongles.
- 

L'auto-examen des organes génitaux et de l'anus se pratique au mieux en position assise, avec les jambes légèrement pliées.
- 

Contrôlez également soigneusement le cou, le visage, les oreilles, la racine des cheveux et le cuir chevelu. Le miroir à main et un peigne pour séparer les cheveux vous seront utiles.
- 

Des mélanomes peuvent apparaître aussi sur les muqueuses même si c'est rare. L'intérieur de la bouche doit par conséquent être aussi soigneusement examiné.
- 

Regardez aussi attentivement vos yeux et veillez en particulier aux taches brunes dans la zone des conjonctives.

Source : Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

# ANNEXE 3 : DÉPLIANT-PATIENT INCa

## > IL EXISTE D'AUTRES TYPES DE CANCERS DE LA PEAU

On les appelle les **carcinomes**. Ce sont les plus fréquents, mais ils sont facilement guérissables dans la majorité des cas. Non traités à temps, ils peuvent cependant entraîner des conséquences sérieuses. Ils apparaissent le plus souvent après 50 ans, sur les parties découvertes du corps (visage, cou, épaules, avant-bras, mains...).

**Une plaie qui ne cicatrise pas, un bouton ou une croûte qui persiste et se modifie doivent vous conduire à demander un avis médical.**

## > PROTÉGEZ-VOUS DES UV, C'EST LA MEILLEURE PRÉVENTION

L'exposition excessive aux rayons ultraviolets est à l'origine de la grande majorité des cancers de la peau. Pour limiter les risques face au soleil, adoptez **quelques réflexes simples de protection**.



Évitez le soleil entre 12 h et 14 h.



Recherchez l'ombre le plus possible.



Protégez particulièrement vos enfants et **apprenez-leur à se protéger**.



**Couvrez-vous** avec des vêtements, un chapeau et des lunettes de soleil.



À défaut de vêtements, **appliquez une crème solaire haute protection** en grande quantité et renouvelez souvent l'opération.

Les ultraviolets artificiels sont, eux aussi, dangereux pour votre peau : évitez de recourir aux cabines de bronzage. Si vous avez moins de 18 ans, leur usage vous est interdit.

## > LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE, MEILLEURE CHANCE DE GUÉRISON

Le mélanome est le cancer de la peau le plus grave. Lorsqu'il est détecté tôt à un stade peu développé, il peut la plupart du temps être guéri.

En revanche, en cas de diagnostic tardif, les traitements existants sont beaucoup moins efficaces. Or, quelques mois peuvent suffire pour qu'un mélanome devienne très agressif et s'étende à d'autres parties du corps (métastases).

**Agir rapidement est donc vital, c'est pourquoi il est important de surveiller sa peau.**

## > QUEL EST VOTRE RISQUE ?

Tout le monde est susceptible de développer un mélanome et on peut être touché à tout âge, même jeune. Cependant, nous ne sommes pas tous égaux face aux risques.

## > SURVEILLEZ PARTICULIÈREMENT VOTRE PEAU SI :

- vous avez la peau claire, les cheveux blonds ou roux et vous bronzes difficilement;
- vous avez de nombreuses taches de rousseur;
- vous avez de nombreux grains de beauté (> 40);
- vous avez des grains de beauté larges (+ de 5 mm) et irréguliers;
- vous avez ou des membres de votre famille ont déjà eu un mélanome;
- vous avez reçu des coups de soleil sévères pendant l'enfance ou l'adolescence;
- vous avez vécu longtemps dans un pays de forte exposition solaire;
- votre mode de vie (profession ou activité de loisir) donne lieu à des expositions solaires intenses.

**FACE AUX RISQUES, NOUS NE SOMMES PAS TOUS ÉGAUX**



## > FACE AU MÉLANOME, IL Y A DES MOYENS D'AGIR

- Surveiller votre peau, en particulier si vous êtes sujet à risques.
- Être vigilant à tout changement d'aspect de vos grains de beauté et consulter au moindre doute.
- En parler avec votre médecin traitant ou votre dermatologue.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)



## > LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS ALERTER

Comment faire la différence entre un grain de beauté (bénin) et un mélanome (malin) ?

Voici les trois éléments à retenir.

• **Repérez le grain de beauté différent des autres**  
Tous les grains de beauté d'une même personne se ressemblent. Celui qui n'est pas comme les autres doit donc attirer votre attention (principe du « vilain petit canard »).

• **Soyez vigilant à tout changement**

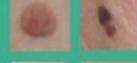
Une nouvelle tache brune qui apparaît sur votre peau (cas le plus fréquent) ou un grain de beauté qui change d'aspect rapidement (dans sa forme, sa taille, sa couleur ou son épaisseur) doivent vous alerter.

• **Aidez-vous de la règle « ABCDE »**

Pour reconnaître les signes suspects, entraînez votre œil avec des photographies et gardez à l'esprit les critères de la règle « ABCDE ».

**BÉNIN (PAS INQUIÉTANT)**

**MALIN (INQUIÉTANT)**



**A comme Asymétrie**  
Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale, dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour du centre.

**B comme Bords irréguliers**  
Bords déchiquetés, mal délimités.

**C comme Couleur non homogène**  
Présence désordonnée de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc).

**D comme Diamètre**  
Diamètre en augmentation.

**E comme Évolution**  
Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur.

La présence d'un ou de plusieurs de ces signes ne signifie pas forcément que vous avez un mélanome, mais justifie de demander un avis médical sans attendre.

Ces photos : centres dermatologiques de l'Institut Gustave Roussy, D. Michel La Mole, D. Philippe Desquesnes, D. Georges Reaube.

## DÉTECTION DU MÉLANOME

APPRENDRE À SURVEILLER SA PEAU



## > QUI CONSULTER ET À QUELLE FRÉQUENCE ?

Si vous repérez une tache suspecte sur votre peau ou si vous présentez certains facteurs de risque, consultez votre médecin traitant. Il vous orientera si besoin vers un dermatologue.

C'est le dermatologue qui est expert pour réaliser l'examen clinique de la peau, confirmer ou non une suspicion de mélanome et retirer une lésion suspecte si nécessaire.

La fréquence de la surveillance doit être évaluée avec votre dermatologue. Pour les personnes « à risques », il est généralement recommandé :

- d'effectuer un **autoexamen de la peau par trimestre**;
- de se faire examiner par un **dermatologue une fois par an**.

## > L'AUTOEXAMEN DE LA PEAU

Si vous êtes sujet à risques, votre dermatologue vous formera à la pratique de l'autoexamen.

Il s'agit d'observer attentivement sa peau nue de la tête aux pieds, de face et de dos, sans oublier les zones peu visibles où peut se cacher un mélanome (oreilles, ongles, plante des pieds, espaces entre les doigts, organes génitaux...).

## > LE DÉPISTAGE, UN EXAMEN SIMPLE ET INDOLORE

Les dermatologues le pratiquent tous les jours dans leur cabinet. C'est un **examen visuel complet de la peau** destiné à repérer les taches ou grains de beauté pouvant faire suspecter un cancer.

Le dermatologue peut s'aider d'un appareil d'optique grossissant, le dermoscope. Chez les personnes ayant de nombreux grains de beauté, il peut aussi prendre des photographies.

S'il identifie une tache suspecte, il propose alors soit de la surveiller, soit de la retirer sous anesthésie locale et de la faire analyser pour confirmer ou non le diagnostic.

# ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES PATIENTS PICARDS CONSULTANT EN CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE, A PROPOS DU MÉLANOME

## Résumé :

**Introduction :** En France, le mélanome représente un réel problème de santé publique : son incidence augmente, et sa létalité est importante en cas de prise en charge tardive. Le patient, par le biais des auto-examens cutanés, est un acteur majeur de la surveillance et du diagnostic précoce. La règle ABCDE est le socle d'une surveillance efficace. L'objectif était de réaliser un état des lieux des connaissances des patients à propos du mélanome. L'objectif secondaire était de décrire les attentes et les freins que cette pathologie peut susciter.

**Matériel et méthodes :** Une étude épidémiologique, descriptive, quantitative, transversale, a été réalisée du 5 février au 30 juin 2018. Elle s'adressait aux patients âgés de 15 ans et plus, consultant en médecine générale en Picardie, quel que soit le motif. Les auto-questionnaires, anonymes, étaient mis à disposition dans les salles d'attente. Selon l'HAS, une lésion est considérée comme suspecte si deux des critères ABCDE sont présents, et le critère E (évolutivité) est le plus pertinent. Nous avons ainsi établi 3 niveaux de connaissances : mauvais (ignorance du caractère malin et des critères ABCDE, ou ayant répondu « Ne sait pas »), niveau acceptable (connaissance du critère « évolutivité » uniquement), et bon niveau (connaissance d'au moins 2 critères ABCDE, dont le critère « évolutivité », et du caractère malin). Les facteurs socio-économiques, la présence de facteurs de risque, l'implication dans la surveillance, le suivi médical et le niveau d'information, ont été analysés afin de rechercher une influence sur le niveau de connaissances.

**Résultats :** 312 questionnaires ont été analysés. Un tiers des patients avait un mauvais niveau de connaissances, 13,8% avaient un niveau acceptable, et 17,9% avaient un bon niveau. Des facteurs ont été identifiés comme pouvant influencer le niveau de connaissances : le sexe, les antécédents de mélanome, l'exposition volontaire au soleil, les antécédents de brûlures dans l'enfance, le phototype, l'implication dans la surveillance cutanée, et le niveau d'information. 87,5% des patients attendaient davantage d'informations, principalement par le biais des médecins. 13,5% refuseraient de consulter en cas d'inquiétude, surtout, entre autres, du fait de l'incapacité à reconnaître les signes suspects, et par peur du diagnostic.

**Discussion :** Peu d'études françaises ont étudié les connaissances des patients concernant les signes cliniques devant faire suspecter un mélanome cutané. La prédominance du mauvais niveau de connaissances dans notre étude semble inquiétante. Cependant, seuls les critères ABCDE ont été étudiés, or d'autres signes inquiétants peuvent être connus des patients.

**Conclusion :** Le niveau de connaissances des patients picards peut remettre en cause l'efficacité des auto-examens cutanés. Les médecins doivent davantage aborder ce sujet, et la mise en place d'une consultation dédiée, valorisée par une nouvelle cotation, permettrait aux médecins généralistes d'avoir plus de temps à consacrer à la sensibilisation des patients.

**Mots-clés :** mélanome, savoir, médecine générale, diagnostic précoce, prévention, auto-examen

# INVENTORY ABOUT KNOWLEDGE OF PICARDS PATIENTS CONSULTING IN GENERAL MEDICAL CABINETS, ABOUT MELANOMA.

## Abstract :

**Objectives:** In France, melanoma represents a real public health problem : its incidence is increasing and its lethality is important in case of late treatment. The patient, by doing self skin examination is a major actor of observation and early diagnostic.

The ABCDE rule is the base of an effective supervision.

The goal was to make an assessment of people's knowledge about melanoma. The secondary goal was to describe the expectations and the brakes this pathology can stir up.

**Study design, patients, methods:** An epidemiological, descriptive, quantitative, crosswise study has been conducted from the 5th of February to the 30 of June 2018. It was addressed to patients aged 15 years old and over who visited a general practitioner in Picardie, whatever the reason. Anonymous self-questionnaires were at disposal in the waiting rooms. According to HAS a lesion is considered suspicious if 2 of the ABCDE criterion are present. The E (Evolving) criteria is the more relevant. So we set up 3 levels of knowledge : bad level (ignorance of the malignant characteristic and ABCDE criterion or answered "don't know", acceptable level (awareness of the evolving criteria only) and good level (awareness of, at least, 2 ABCDE criterion including "evolving", and the malignant criteria). Socioeconomic factors, presence of risk factors, implication in the supervision, medical monitoring and the level of information have been analysed in order to look for influence concerning the level of knowledge.

**Results:** 312 questionnaires have been analysed. A third of the patients had a bad level of knowledge, 13,8% had an acceptable level and 17,9% had a good level. Some factors were identified as potentially impacting the level of knowledge: gender, melanoma antecedents, voluntary sun exposure, burns sustained during childhood, phototype, involvement in cutaneous supervision and the level of information.

87,5% were waiting for more information, mainly by the doctors. 13,5% would refuse to see a doctor if they had a concern, even more because of the inability of recognising suspicious signs and by fear of diagnosis.

**Discussion :** Few french studies studied people's knowledge about clinical signs that help suspecting a cutaneous melanoma. Predominance of a bad level of knowledge in our study seems concerning. However, only the ABCDE criterion have been reviewed, yet other troubling signs can be known by patients.

**Conclusion:** Picard patients' level of knowledge can question the efficiency of self skin examination. Doctors must approach this subject, and the introduction of a consultation dedicated, valued by a new quotation, would allow general practitioners to have more time to raise awareness among patients.

**Keywords:** melanoma, knowledge, general practice, early diagnosis, prevention, self-examination