



HAL
open science

Dépistage ciblé du mélanome en médecine générale : évaluation du taux de participation à l'auto-questionnaire SAMScore

Rozenn Hureau

► **To cite this version:**

Rozenn Hureau. Dépistage ciblé du mélanome en médecine générale : évaluation du taux de participation à l'auto-questionnaire SAMScore. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03544331

HAL Id: dumas-03544331

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03544331v1>

Submitted on 14 Jun 2022

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.

N° d'ordre :

ANNÉE 2021



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Rozenn Hureau

Née le 23/10/1992 à Redon

**Dépistage ciblé du
mélanome en
médecine générale :
évaluation du taux de
participation à l'auto-
questionnaire
SAMScore**

**Thèse soutenue à Rennes
le 18 mai 2021**

devant le jury composé de :

Alain DUPUY

PU-PH, Dermato-vénérologie – CHU Rennes /
Président

Julien EDELIN

MCU-PH, Oncologie Médicale – Centre Eugène
Marquis Rennes / *Juge*

Benjamin BASTIAN

MCF associé, Médecine Générale – DMG Rennes /
Juge

Mélanie SAINT-JEAN

Praticien spécialiste de CLCC, Onco-dermatologie –
ICO Saint-Herblain / *Directrice de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Rozenn Hureau

Née le 23/10/1992 à Redon

**Dépistage ciblé du
mélanome en
médecine générale :
évaluation du taux de
participation à l'auto-
questionnaire
SAMScore**

**Thèse soutenue à Rennes
le 18 mai 2021**

devant le jury composé de :

Alain DUPUY

PU-PH, Dermato-vénérologie – CHU Rennes /
Président

Julien EDELIN

MCU-PH, Oncologie Médicale – Centre Eugène
Marquis Rennes / *Juge*

Benjamin BASTIAN

MCF associé, Médecine Générale – DMG Rennes /
Juge

Mélanie SAINT-JEAN

Praticien spécialiste de CLCC, Onco-dermatologie –
ICO Saint-Herblain / *Directrice de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH Professeur Emérite	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie

HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH Professeur Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive

TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINE	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Alain Dupuy, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, pour votre réactivité et vos encouragements.

A Monsieur le Docteur Julien Edeline, je vous remercie de faire partie de ce jury et de bien vouloir juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Benjamin Bastian, je vous remercie de faire partie de ce jury et de bien vouloir représenter la Médecine Générale.

A Madame la Docteure Mélanie Saint-Jean, je te remercie d'avoir accepté de diriger et de croire en ce travail, pour ton aide, ta disponibilité et ta motivation.

Aux médecins généralistes,

A tous ceux qui ont participé à cette recherche, je vous remercie pour votre investissement et votre travail.

A ma famille,

A mes parents, je vous remercie pour votre soutien sans faille depuis le début de mes études, sans qui je n'écrirais pas cela aujourd'hui. Je vous en serai reconnaissante toute ma vie.

A Mamie, je te remercie pour ta générosité et ta gentillesse inégalable. A Papi et Manou, que je n'oublie pas et qui je l'espère, seraient fiers de moi.

A mes sœurs chéries, à Samuel et Kamil, et leurs enfants je vous remercie de m'avoir écoutée, rassurée et comprise depuis toujours. A Ivanne, je te remercie pour tes idées créatives pour la préparation de la soutenance.

A Béso, je te remercie pour ta présence au quotidien, ta patience, ton aide si précieuse et ta confiance.

Aux normands, Solène et Dimitri, Sandrine et Dominique, Mamie Thérèse, je vous remercie pour vos encouragements.

A Dimitri, je te remercie pour ton aide informatique.

A mes amis,

A Ophélie, Dorian et Coralie, amis depuis toujours et pour la vie, je vous remercie pour votre fidélité dans les bons comme dans les mauvais moments. Ophélie et Dorian, merci pour vos relectures et vos talents linguistiques. Coralie, merci de m'avoir aidée à concrétiser ce projet de thèse.

A Damien et Benjamin, Anne-Sophie et Mikaël, je vous remercie pour votre motivation et d'avoir égayé mes journées durant l'internat.

A Anaëlle, Cassandre, Albane et Pauline, je vous remercie d'avoir été à mes côtés sur les bancs de la faculté depuis la première année. Je vous remercie pour les souvenirs inoubliables au Maroc, pour votre amitié et votre solidarité exemplaire.

Enfin, je tiens à remercier toutes les autres personnes qui m'ont accompagnée, soutenue et encouragée durant ce long parcours. Je pense à Anne-Sophie Fischer pour sa relecture, à Camille Ilardo pour son partage d'expérience de jeune Thésée, à Vincent Chapin pour sa transmission de savoir et son empathie admirable, à M. Ludovic Doucet pour son travail statistique de qualité, à Mme Marie Crosnier pour son efficacité et sa réactivité, et bien d'autres...

Table des matières

INTRODUCTION.....	9
MATERIEL ET METHODES.....	11
1. Période de l'étude et sélection des médecins participants.....	11
2. Population de l'étude.....	11
3. Schéma de l'étude.....	12
4. Données recueillies.....	12
5. Analyses statistiques.....	15
RESULTATS.....	16
1. Médecins généralistes participant à l'étude.....	16
2. Patients.....	17
3. Critère de jugement principal : taux de participation.....	18
4. Critères de jugement secondaires.....	18
a) Intégration des questionnaires dans les dossiers médicaux.....	18
b) Erreurs des patients dans l'identification de leur propre risque.....	19
c) Patients diagnostiqués à risque.....	20
DISCUSSION.....	21
1. Principaux résultats.....	21
2. Forces de l'étude.....	21
3. Faiblesses de l'étude.....	22
4. Interprétation des résultats.....	23
a) Le SAMScore.....	23
b) Les médecins généralistes.....	24
c) Le taux de participation des patients.....	25
d) Les patients à risque.....	26
5. Implications pratiques et perspectives.....	26
a) Améliorer le dépistage ciblé du mélanome : identifier ses patients à risque.....	26
b) Donner confiance aux médecins généralistes sur l'examen cutané.....	27
c) Améliorer la formation continue et le lien avec les dermatologues.....	28
CONCLUSION.....	29
Références bibliographiques.....	30
Glossaire.....	34
Annexes.....	35
1. Fiche informative à destination des médecins.....	35
2. Feuille de correspondance.....	36
3. Questionnaire distribué aux patients.....	37
4. Erreur dans la situation 1.....	39
5. Erreur dans la situation 2.....	40
6. Erreur dans la situation 3.....	41

Liste des illustrations

1. Figures

Figure 1: Questionnaire SAMScoRe (première étape).....	13
Figure 2: Arbre décisionnel (deuxième étape).....	13
Figure 3: Interprétation du résultat (troisième étape).....	14
Figure 4: Déclaration du médecin généraliste.....	14
Figure 5: Diagramme des flux des médecins généralistes.....	16
Figure 6: Carte du 35 avec les communes des médecins participants.....	17

2. Tableaux

Tableau I: Caractéristiques démographiques des patients ayant rendu le questionnaire.....	17
Tableau II: Taux de participation par médecin participant à l'étude.....	18
Tableau III: Taux d'intégration dans les dossiers médicaux par médecin participant à l'étude.....	18
Tableau IV: Taux d'erreur par médecin participant à l'étude.....	19
Tableau V: Types d'erreurs.....	20
Tableau VI: Taux de patients diagnostiqués à risque par médecin participant à l'étude.....	20

INTRODUCTION

Le mélanome est un cancer de la peau développé aux dépens des mélanocytes dont l'incidence augmente depuis de nombreuses années en France. En effet, le taux d'incidence standardisé chez l'homme a augmenté de 4,7 % par an entre 1980 et 2012 et de 3,2 % par an chez la femme. En 2012, le taux d'incidence standardisé était estimé chez l'homme à 10,8/100.000 et à 11/100.000 chez la femme (1). 15.504 nouveaux cas ont été rapportés en 2017, cela représente près de 4 % de l'ensemble des cancers incidents (2).

Le nombre annuel moyen de décès sur la période 2007-2014 était de 952 chez l'homme et de 752 chez la femme. De fortes disparités régionales ont été observées avec une surmortalité en Bretagne de 23 % chez l'homme et de 28 % chez la femme (3).

Un dépistage organisé du mélanome en population générale n'est pas recommandé. Des études antérieures n'ont pas montré d'impact sur la réduction de la morbi-mortalité (4) (5). Un diagnostic précoce (au stade *in situ* ou de faible épaisseur < 1 mm) pourrait permettre de diminuer la mortalité (6) (7). Le taux de survie à 5 ans d'un mélanome non métastasé dépend de la valeur de l'indice de Breslow (c'est à dire de l'épaisseur tumorale) et de la présence ou non d'une ulcération au moment de l'exérèse. Il est de 95 % lorsque cet indice est < 1 mm sans ulcération et de 45 % lorsqu'il est > 4 mm avec ulcération (7).

Le diagnostic précoce de ce cancer cutané est donc un enjeu de santé publique.

Dans ce contexte, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré en 2006 une stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Elle a rappelé les facteurs de risque permettant de définir une population cible (patients présentant un risque relatif de développer un mélanome supérieur ou égal à 2 par rapport à la population générale) (7). Ces facteurs sont : un antécédent personnel et/ou familial de mélanome, un phototype cutané de type I ou II, un nombre de nævi atypiques supérieur ou égal à 2, un nombre de nævi communs supérieur à 40, un nævus congénital géant supérieur à 20 cm, des éphélides nombreuses, des antécédents de brûlures solaires ou d'expositions aux ultra-violets artificiels et les sujets ayant vécu dans un pays à fort ensoleillement (7) (8) (9).

Dans le cadre d'un dépistage ciblé, le rôle du médecin généraliste est d'identifier ses patients à risque de développer un mélanome. Il doit ensuite les inciter à effectuer un examen cutané annuel chez un dermatologue, un auto-examen cutané trimestriel et les informer des risques liés à l'exposition solaire (7) (8) (9).

Plus de la moitié des mélanomes seraient détectés par le patient ou son entourage (10) (11). La pénurie médicale rend l'accès difficile aux spécialistes (12) (13). En 2018, le nombre de dermatologues était estimé à 4,3 pour 100.000 habitants en Bretagne contre 4,9 pour 100.000 habitants en France (14). La population bretonne est vieillissante (14) et les consultations de dermatologie en médecine générale sont en augmentation depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés (15). Les médecins généralistes sont donc en première ligne et ont un rôle clé dans le diagnostic du mélanome (10). Il a d'ailleurs été montré que les médecins généralistes ont une attitude adaptée devant une lésion cutanée suspecte en adressant de manière quasi systématique leurs patients vers un dermatologue (12) (16) (17) (18) avec une sensibilité diagnostique de 85,8 % (11).

En ce qui concerne l'approche préventive, il a été montré que les médecins généralistes ne maîtrisent pas l'ensemble des facteurs de risque cutané (16) (18). L'examen de la peau en médecine générale est rarement systématique (14 %), souvent partiel (55 %) et n'inclut que rarement les organes génitaux (24 %). 43 % des médecins déclarent ne pas inciter leurs patients à l'auto-examen cutané (18). Le principal obstacle à l'examen cutané en soins primaires serait le manque de temps (déshabillage chronophage, plusieurs motifs de consultation avec des patients polyopathologiques) (13) (15) (17) (19) (20) (21) (22). Les autres freins seraient la pudeur et la réticence des patients (13) (15) (21) mais surtout le sentiment de manque de connaissance (17) (19) (20) avec une formation jugée insuffisante (12) (13) (15) (18) et la peur de rassurer à tort (15) (17).

Le Self-Assessment of Melanoma risk Score (SAMScore) est un auto-questionnaire créé en France par l'équipe de dermatologie du CHU de Nantes et validé en 2012 en région Pays de Loire. Il permet de sélectionner les sujets à risque élevé de mélanome en médecine générale. Son « pouvoir concentrateur » permet d'examiner 11,54 fois moins de patients pour détecter un mélanome (23).

Son utilisation, complétée d'un examen cutané et de la délivrance de conseils par le médecin généraliste, permet d'améliorer les comportements visant à réduire le risque de mélanome (moindre exposition solaire et promotion de l'auto-examen cutané) (24). Cela contraste avec les campagnes d'informations grand public sur le risque solaire qui améliorent les connaissances des personnes sur la prévention du mélanome mais ne modifient que rarement leurs comportements vis-à-vis du soleil (16).

Le SAMScore a été utilisé pour créer une COhorte de 3923 PATients à RISque élevé de développer un MELanome (COPARIME). Les participants ont été invités par courrier à consulter leur médecin généraliste pour un examen cutané annuel (25). Une deuxième étude a aussi évalué l'incidence cumulée de mélanome à un an de suivi (26). L'utilisation du SAMScore dans la stratégie de dépistage ciblé en soins primaires a ainsi permis d'augmenter la détection de mélanome de faible épaisseur (< 1 mm) : incidence à 160/100.000 et 229,4/100.000 dans les deux études respectives (25) (26). L'incidence à 5 ans est restée plus importante par rapport à un suivi médical habituel (122,4 vs 33,2/100.000) (27).

Les médecins généralistes se disent motivés à intégrer le dépistage ciblé du mélanome dans leur pratique quotidienne (20) (28). Le SAMScore est un outil adapté à la médecine générale (rapide, pratique et accepté par les patients). Il est très faiblement utilisé en consultation avec une participation inférieure à 8 % (28). La distribution du SAMScore par le médecin généraliste en fin de consultation, à remplir par le patient au domicile, pourrait améliorer la sensibilisation et donc la participation des patients au dépistage ciblé du mélanome. Cela permettrait, pour les médecins, une identification rapide des patients à risque avec la possibilité de leur proposer un deuxième temps de consultation spécifiquement dédié à l'examen cutané.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le taux de participation des patients au SAMScore dans le cadre de la consultation de médecine générale en Ille-et-Vilaine. Les objectifs secondaires étaient le nombre de scores intégrés aux dossiers médicaux, le nombre d'erreurs commises par les patients dans l'identification de leur propre risque et le nombre de patients diagnostiqués à risque.

MATERIEL ET METHODES

1. Période de l'étude et sélection des médecins participants

L'étude a été réalisée dans le département d'Ille-et-Vilaine en région Bretagne de manière prospective de septembre 2020 à janvier 2021.

Les médecins généralistes, installés et remplaçants, inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Ille-et-Vilaine (CDOM du 35) et ayant au préalable accepté de diffuser leur mail dans le cadre d'un travail universitaire, ont été contactés par mail pour participer à l'étude. Leurs coordonnées ont été délivrées par le CDOM du 35 après attestation sur l'honneur que celles-ci ne seraient pas divulguées, ni utilisées en dehors du cadre de cette étude. D'autres médecins non inscrits sur cette liste de diffusion ont été contactés par mon intermédiaire, par mail. Les médecins ayant accepté de participer ont ensuite été contactés par téléphone puis rencontrés physiquement afin de leur présenter l'étude et de leur remettre les documents à ce propos.

Les médecins participants ont reçu au début de l'étude un classeur contenant :

- Une fiche informative rappelant le contexte, les objectifs de l'étude et leurs missions (*Annexe 1*).
- Une feuille de correspondance permettant de noter pour chaque questionnaire numéroté distribué, la date de remise et l'identité du patient correspondant (*Annexe 2*).
- Les questionnaires numérotés de 1 à 100 (*Annexe 3*).

2. Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Patient adulte consultant un médecin généraliste participant à l'étude ou patient adulte accompagnant un patient consultant un médecin généraliste participant à l'étude (mère ou père consultant pour son enfant par exemple).
- Consentement oral du patient recueilli par le médecin généraliste et écrit recueilli dans l'auto-questionnaire.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Patient âgé de moins de 18 ans.
- Patient sous mesure de protection (tutelle, curatelle).

3. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative observationnelle.

Il était demandé aux médecins généralistes participants de distribuer le questionnaire SAMScore sur 4 journées de consultation de leur choix pendant la durée de l'étude à tous les patients incluables de manière consécutive.

Le questionnaire anonyme et numéroté était remis par le médecin au patient en fin de consultation avec une explication succincte. Les médecins notaient l'identité du patient devant le numéro du questionnaire sur la feuille de correspondance.

Les patients devaient répondre au questionnaire seuls, après la consultation, puis analyser leur score de risque cutané et rapporter le questionnaire au cabinet du médecin dans un délai de 4 mois maximum.

Une fois le questionnaire récupéré, chaque médecin généraliste participant à l'étude devait retrouver l'identité du patient à l'aide du numéro, vérifier le score puis l'intégrer dans le dossier médical du patient (notification dans les antécédents ou copie du questionnaire). Le médecin devait confirmer par écrit, à la fin du questionnaire du patient, avoir intégré la donnée dans son dossier médical.

La feuille de correspondance était conservée par le médecin.

Les questionnaires anonymes ont été récupérés pour l'analyse des données.

4. Données recueillies

Chaque questionnaire incluait trois étapes.

Premièrement, il était demandé au patient inclus de répondre à l'auto-questionnaire SAMScore composé de 9 questions. Une dixième question a été ajoutée dans cette étude afin de recueillir le consentement écrit du patient pour l'utilisation de ses données personnelles (*Figure 1*).

La deuxième étape consistait, pour chaque patient, à identifier son propre risque en s'aidant d'un arbre décisionnel (*Figure 2*).

En effet, selon le SAMScore, un patient était considéré à risque dans **trois situations distinctes** :

- 1- Être âgé de 60 ans ou plus et avoir des éphélides.
- 2- Être âgé de moins de 60 ans et avoir plus de 20 nævi sur l'ensemble des deux bras.
- 3- Avoir 3 facteurs de risque parmi les 7 évoqués dans le questionnaire : phototype 1 ou 2 pour la question 3, une réponse positive pour les questions 4 à 9.

Enfin, la troisième étape permettait au patient d'interpréter son résultat et de connaître la démarche à suivre (*Figure 3*).

Les questionnaires ont été testés en amont par 15 personnes âgées de 27 à 85 ans afin de vérifier la bonne compréhension des items et de l'arbre décisionnel.

1- Quel âge avez-vous ?
 ____ ans

2- Quel est votre sexe ?
 Homme / Femme

3- Dans quel groupe vous classeriez-vous ?
 Phototype I : **peau blanche** ; cheveux roux ou blonds ; yeux clairs (bleus ou verts) ; coups de soleil **systematiques**, la peau ne bronze jamais
 Phototype II : **peau claire** ; cheveux blonds ou châains ; yeux clairs (bleus ou verts) ou bruns ; coups de soleil **fréquents**, la peau bronze à peine ou très lentement
 Phototype III : **peau intermédiaire** ; cheveux châains ou bruns ; yeux bruns, parfois clairs ; coups de soleil **occasionnels**, la peau bronze graduellement
 Phototype IV : **peau mate** qui reste hâlée même en hiver ; cheveux bruns ou noirs ; yeux bruns ou noirs ; coups de soleil **rare**s lors d'exposition intense, la peau bronze rapidement
 Phototype V : **peau brune** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; coups de soleil **exceptionnels**, la peau bronze intensément
 Phototype VI : **peau noire** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; coups de soleil **très exceptionnels**

4- Avez-vous des taches de rousseur sur le corps ?
 Oui / Non

5- Avez-vous approximativement plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des deux bras (bras et avant-bras) ?
 Oui / Non

6- Au cours de votre enfance ou de votre adolescence, avez-vous déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques) ?
 Oui / Non

7- Avez-vous vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen-Orient, DOM-TOM, sud des Etats-Unis, Australie...) ?
 Oui / Non

8- Avez-vous déjà eu au cours de votre vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau se développant aux dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau) ?
 Oui / Non

9- Un membre de votre famille proche (parent, enfant, frère ou sœur) a-t-il déjà eu un mélanome ?
 Oui / Non / Ne sais pas

10- Je consens à l'utilisation de mes données personnelles que je communique via ce questionnaire pour la recherche, après avoir été informé et avoir compris sa finalité, je comprends que je peux choisir de ne pas répondre au questionnaire (ou à certains de ses items) et de ne pas participer à l'étude*
 Oui / Non

Figure 1: Questionnaire SAMScore (première étape)

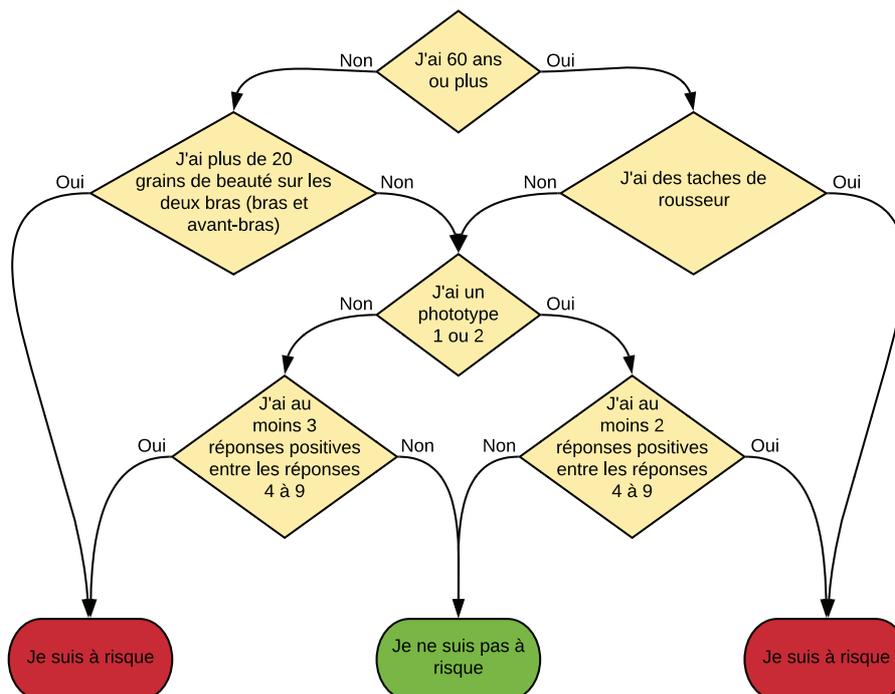


Figure 2: Arbre décisionnel (deuxième étape)

Si vous n'êtes pas à risque : Continuez à **vous protéger du soleil** (crème solaire, chapeau, éviter de s'exposer entre 12h et 16h...) et à **surveiller votre peau**. Ce score identifie un risque mais n'exclut pas la possibilité de développer un mélanome au cours de votre vie. Si vous notez l'apparition ou l'évolution d'une lésion cutanée, consultez votre médecin traitant.

Si vous êtes à risque : Il est recommandé d'avoir **un examen cutané annuel complet** (par votre médecin généraliste ou votre dermatologue habituel) afin de contrôler vos grains de beauté. **Prenez rendez-vous sans urgence si votre dernier examen cutané date de plus d'un an.**

Figure 3: Interprétation du résultat (troisième étape)

Les données recueillies étaient les suivantes :

- Pour chaque patient ayant rapporté le questionnaire : l'âge et le sexe.
- Pour chaque médecin participant : l'âge, le sexe, le type d'exercice rural ou urbain (unité urbaine définie par une commune d'au moins 2000 habitants, recensement de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) de 2017 (29)), la présence ou non d'un secrétariat physique au cabinet, la fonction de Maître de Stage Universitaire (MSU).
- Pour l'analyse des questionnaires :
 - Le nombre de questionnaires distribués sur les 4 journées à tous les patients incluables et le nombre de questionnaires récupérés dans le délai imparti des 4 mois. Cela permettait de définir **le taux de participation** correspondant au nombre de questionnaires récupérés sur le nombre de questionnaires distribués par les médecins généralistes (critère de jugement principal de l'étude).
 - Le **nombre de questionnaires intégrés aux dossiers médicaux** évalué grâce à la confirmation écrite des médecins à la fin du questionnaire (*Figure 4*). Le cas échéant, nous avons aussi comptabilisé le nombre de questionnaires non intégrés aux dossiers médicaux en différenciant ceux complétés intégralement par le patient (avec ou sans erreur sur le score final) et les questionnaires incomplets (arbre décisionnel de l'étape 2 non réalisé).
 - Le **nombre de questionnaires avec erreur du patient** dans l'identification de son risque (étape 2). En effet, certains patients ont conclu avoir un score non à risque alors qu'ils étaient à risque et inversement. Pour ces patients, nous avons également analysé quelle était leur situation parmi les trois situations décrites plus haut faisant considérer le patient comme à risque.
 - Le **nombre de patients diagnostiqués à risque** correspondant au nombre de scores à risque sur le nombre de questionnaires récupérés. Nous avons, pour cela, vérifié la conformité de tous les questionnaires. Ainsi, nous avons corrigé ou complété les scores, si cela n'avait pas été fait par le médecin généraliste (questionnaires non intégrés aux dossiers médicaux).

A remplir par votre médecin traitant : Je soussigné Dr _____, atteste avoir vérifié et intégré ce score au dossier médical du patient correspondant le __/__/__.

Figure 4: Déclaration du médecin généraliste

Le directeur de recherche et le comité d'éthique du CHU de Rennes ont donné un avis favorable à la réalisation de l'étude (n°20.53).

5. Analyses statistiques

Nous avons défini un objectif de 900 questionnaires distribués. En estimant le nombre de questionnaires distribués par médecin et par jour à 15 (soit un total de 60 questionnaires sur les 4 journées), il fallait recruter 15 médecins participants.

Les données recueillies ont été analysées via le tableur *LibreOffice Calc*. Les résultats quantitatifs étaient exprimés en effectif total (n), moyenne, médiane, extrêmes, intervalles à 95 % (IC95) et proportions.

Les tests utilisés étaient le test de Chi-2 ou de Fisher pour la comparaison des proportions, le test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour la comparaison des médianes. Nous avons défini un seuil de significativité à 0,05.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel RStudio (version 1.2.1335).

RESULTATS

1. Médecins généralistes participant à l'étude

En 2020, 2404 médecins généralistes étaient inscrits au CDOM d'Ille-et-Vilaine (*donnée fournie par le CDOM du 35 en février 2021*). Parmi eux, 777 médecins généralistes installés et remplaçants étaient inscrits sur une liste acceptant de diffuser leur mail dans le cadre d'un travail universitaire. Dans cette liste, 185 ont été sollicités par mail, 11 médecins ont accepté de participer à l'étude. 5 autres médecins non inscrits sur cette liste de diffusion ont été contactés par mon intermédiaire, par mail. Parmi eux, 4 médecins ont accepté de participer à l'étude. 1 médecin qui avait accepté de participer à l'étude a abandonné et n'a finalement pas distribué les questionnaires (*Figure 5*). Ses données ont donc été exclues des analyses.

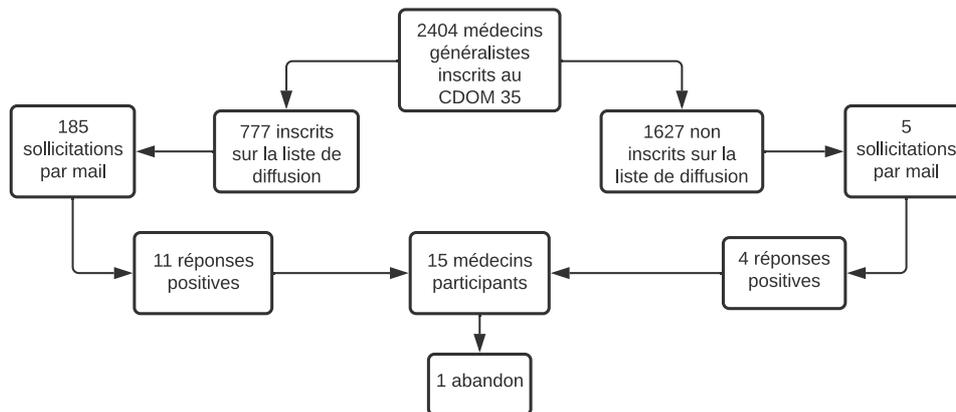


Figure 5: Diagramme des flux des médecins généralistes

La période de participation s'est étalée du 7 septembre 2020 au 24 janvier 2021 (période de 4,6 mois).

14 médecins ont finalement participé activement à l'étude. Ils étaient répartis sur la moitié sud-ouest du département (*Figure 6*) : les points bleus représentent les villes, les points verts représentent les campagnes, le point noir la métropole rennaise et le point rouge correspond au médecin qui a abandonné en cours d'étude.

L'âge moyen de ces derniers était de **46,1 ans** (31-70 ans). L'âge médian était de 42,5 ans (IC95 32-67). 10 médecins avaient moins de 50 ans.

Il s'agissait de 7 femmes (50%) et de 7 hommes (50%), soit un sex ratio à **1**.

3 médecins exerçaient dans une commune de moins de 2000 habitants (exercice rural), 11 avaient un mode d'exercice urbain. 10 médecins avaient un secrétariat physique sur place. 10 médecins étaient MSU.

Il y avait une corrélation non significative entre un âge jeune (< 50 ans), une installation en ville avec un secrétariat et le statut de MSU.

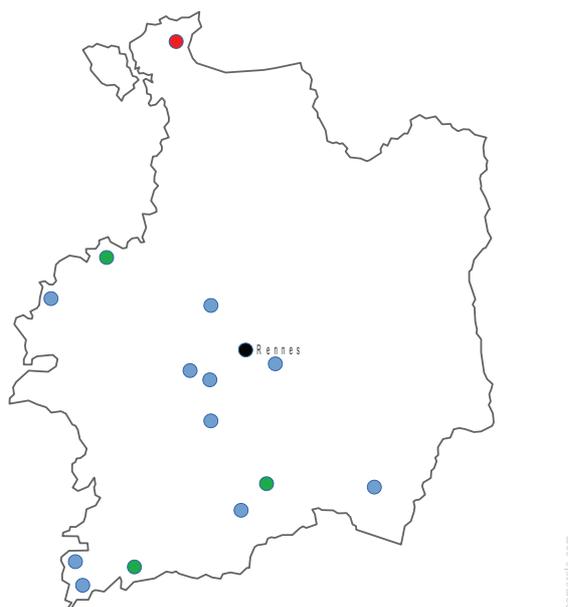


Figure 6: Carte du 35 avec les communes des médecins participants

2. Patients

Les caractéristiques démographiques des patients n'étaient disponibles que pour les patients ayant rapporté le questionnaire (*Tableau I*) étant donné que nous n'avions pas le consentement écrit des patients pour les questionnaires non rendus.

L'âge moyen des patients ayant rendu le questionnaire était de **53,8 ans** (18-90 ans). L'âge médian était de 53 ans (IC95 21-85). 317 patients avaient moins de 60 ans (61,5%) et 198 patients avaient 60 ans ou plus (38,5%).

Il s'agissait de 312 femmes (60,6%) et de 203 hommes (39,4%) soit un sex ratio à **0,6**.

362 patients avaient leur médecin en ville (70,3%) contre 153 à la campagne (29,7%).

Catégories d'âges (années)	18-36	37-55	56-74	75-92
Hommes (n)	35	60	80	28
Femmes (n)	66	115	83	48

Tableau I: Caractéristiques démographiques des patients ayant rendu le questionnaire

3. Critère de jugement principal : taux de participation

946 questionnaires ont été distribués, soit un nombre moyen de 67,6 par médecin (28-106) et de 14,7 par mois et par médecin. 515 questionnaires ont été rendus par les patients, soit un nombre moyen de 36,8 par médecin (13-71) (Tableau II).

Le taux de participation défini dans l'étude (nombre de questionnaires récupérés / nombre de questionnaires distribués) et correspondant au critère de jugement principal était de **54,4 %** (27,6 %-68,2 %).

Médecins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Questionnaires distribués (n)	86	28	76	106	58	89	62	50	31	33	63	100	99	65
Questionnaires rendus (n)	37	13	48	71	16	44	35	30	19	14	43	59	56	30
Taux de participation (%)	43,0	46,4	63,2	67,0	27,6	49,4	56,4	60,0	61,3	42,4	68,2	59,0	56,6	46,1

Tableau II: Taux de participation par médecin participant à l'étude

Le taux de participation différait selon les médecins ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de différence liée au sexe du médecin (56,2 % pour les femmes vs 53 % pour les hommes, $p = 0,36$), ni à la taille de la commune (56 % en ville vs 51,2 % en campagne, $p = 0,19$), la présence d'un secrétariat (53,3 % avec vs 57,4 % sans, $p = 0,28$) ou le statut de MSU (55,2 % avec vs 52 % sans, $p = 0,44$). En revanche, les médecins de moins de 50 ans avaient un meilleur taux de participation (62,7 % vs 50 %, $p < 0,001$).

4. Critères de jugement secondaires

a) Intégration des questionnaires dans les dossiers médicaux

Sur les 515 questionnaires récupérés, 356 ont été intégrés aux dossiers médicaux, soit un nombre moyen de 25,4 par médecin (0-71). 159 questionnaires n'ont pas été intégrés (Tableau III).

Le taux d'intégration total était de **69,1 %** (0 %-100 %).

Médecins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Questionnaires intégrés (n)	37	0	2	71	15	3	1	28	0	14	41	59	56	29
Questionnaires non intégrés (n)	0	13	46	0	1	41	34	2	19	0	2	0	0	1
Taux d'intégration (%)	100,0	0,0	4,2	100,0	93,7	6,8	2,9	93,3	0,0	100,0	95,3	100,0	100,0	96,7

Tableau III: Taux d'intégration dans les dossiers médicaux par médecin participant à l'étude

Le taux d'intégration différait selon les médecins, certains intégrant tous les questionnaires, d'autres aucun. Il n'y avait pas de différence liée au sexe du médecin (65,8 % pour les femmes vs 72 % pour les hommes, $p=0,16$), ni à la taille de la commune (69,3 % en ville vs 68,6 % en campagne, $p=0,96$). Cependant, le statut de MSU était significativement associé à l'intégration (85,1 % vs 15,3 %, $p<0,001$). De plus, la présence d'un secrétariat (74,1 % vs 57,7 %, $p<0,001$) et le fait d'avoir moins de 50 ans (76,9 % vs 63,8 %, $p=0,002$) étaient aussi associés à un taux d'intégration plus élevé.

b) Erreurs des patients dans l'identification de leur propre risque

Parmi les 356 questionnaires intégrés : l'analyse du risque par le patient était correcte dans 328 cas (92,1 %), incorrecte et corrigée par les médecins généralistes dans 28 cas. Parmi les 28 questionnaires incorrects, 25 patients ne s'identifiaient pas à risque alors qu'ils l'étaient.

Parmi les 159 questionnaires non intégrés : l'analyse du risque par le patient était correcte dans 125 cas (78,6%), incorrecte dans 12 cas et incomplète dans 22 cas (étape 2 non réalisée). Parmi les 12 questionnaires incorrects, 9 patients ne s'identifiaient pas à risque alors qu'ils l'étaient.

Le taux d'erreur total était de **7,8 %** (0 %-30,8%).

Sur les 40 questionnaires incorrects, 34 patients ne s'identifiaient pas à risque alors qu'ils l'étaient (faux négatifs), soit 6,6 % des questionnaires rendus (*Tableau IV*).

Après correction du risque par le médecin généraliste (pour les 28 questionnaires intégrés), il restait 12 erreurs (2,3% des questionnaires rendus) dont 9 faux négatifs (1,7 % des questionnaires rendus).

Médecins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Faux négatifs (n)	1	3	6	4	1	0	0	0	0	1	5	7	3	3
Faux positifs (n)	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1
Taux d'erreur (%)	2,7	30,8	12,5	5,6	6,2	0,0	2,9	0,0	5,3	7,1	13,9	13,6	5,4	13,3

Tableau IV: Taux d'erreur par médecin participant à l'étude

Les patients ayant fait une erreur dans l'identification de leur risque avaient un âge moyen de **61,5 ans** (18-88 ans). L'âge médian était de 67 ans (IC95 20-88). 13 patients avaient moins de 60 ans (32,5%) et 27 patients avaient 60 ans ou plus (67,5%).

Il s'agissait de 23 femmes (57,5%) et de 17 hommes (42,5%) soit un sex ratio à **0,7**.

21 patients avaient leur médecin en ville (52,5%) contre 19 patients à la campagne (47,5%).

Pour rappel, un patient était considéré à risque dans **trois situations distinctes** :

- 1- Être âgé de 60 ans ou plus et avoir des éphélides (*Annexe 4*).
- 2- Être âgé de moins de 60 ans et avoir plus de 20 nævi sur l'ensemble des deux bras (*Annexe 5*).
- 3- Avoir 3 facteurs de risque parmi les 7 évoqués dans le questionnaire (questions 3 à 9) (*Annexe 6*).

Parmi les 34 patients faux négatifs (*Tableau V*), la situation 1 était la plus fréquente (55,9%), suivie de la situation 3 (32,3%) puis de la situation 2 (11,8%).

Situations à risque	Situation 1	Situation 2	Situation 3
Faux négatifs (n)	19	4	11

Tableau V: Types d'erreurs

Le taux d'erreur différait selon les médecins ($p=0,011$) et la taille de la commune (5,8 % en ville vs 12,4 % en campagne, $p=0,017$). Il n'y avait pas de différence liée au sexe des patients (7,4 % pour les femmes vs 8,4 % pour les hommes, $p=0,80$). En revanche, il y avait une différence liée à l'âge médian des patients (52 ans sans erreur vs 67 ans avec erreur, $p=0,004$) ou à l'âge ≥ 60 ans des patients (36 % sans erreur vs 67,5 % avec erreur, $p<0,001$). De plus, les patients qui ont fait une erreur étaient plus souvent à risque (44,4 % sans erreur vs 85 % avec erreur, $p<0,001$).

c) Patients diagnostiqués à risque

245 patients ont été diagnostiqués à risque, soit un nombre moyen de 17,5 par médecin (7-33) (*Tableau VI*).

Le taux de patients à risque total était de **47,6 %** (23,3 %-68,4 %).

Les patients diagnostiqués à risque avaient un âge moyen de **51,1 ans** (18-89). L'âge médian était de 48 ans (IC95 23-86). 165 patients avaient moins de 60 ans (67,3%) et 80 patients avaient 60 ans ou plus (32,7%).

Il s'agissait de 172 femmes (70,2%) et de 73 hommes (29,8%), soit un sex ratio à **0,4**.

181 patients avaient leur médecin en ville (73,9%) contre 64 patients à la campagne (26,1%).

Médecins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Patients à risque (n)	16	7	26	33	10	25	20	7	13	7	22	14	31	14
Taux de patients à risque (%)	43,2	53,8	54,2	46,5	62,5	56,8	57,1	23,3	68,4	50,0	51,2	23,7	55,4	46,7

Tableau VI: Taux de patients diagnostiqués à risque par médecin participant à l'étude

La répartition des patients à risque différait selon les médecins ($p=0,003$) mais pas selon la taille de la commune (50 % en ville vs 41,8 % en campagne, $p=0,11$). En revanche, il y avait une différence liée au sexe des patients (55,1 % pour les femmes vs 36,0 % pour les hommes, $p<0,001$) et à l'âge médian des patients (48 ans à risque vs 56 ans non à risque, $p=0,001$) ou à l'âge ≥ 60 ans des patients (32,7 % à risque vs 43,7 % non à risque, $p=0,013$).

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Nous rapportons les résultats d'une étude s'intéressant à la généralisation d'une procédure d'identification des patients à risque de mélanome en cabinet de médecine générale grâce à l'utilisation du SAMScore. Cela nous a permis de confirmer son intérêt mais également d'en identifier quelques limites en pratique de « vraie vie ».

Le taux de participation des patients à l'auto-questionnaire SAMScore lorsque celui-ci était remis en fin de consultation par le médecin généraliste était de 54,4 %. Il variait de manière significative selon les médecins. Le taux d'intégration des questionnaires dans les dossiers médicaux était de 69,1 %, il était significativement plus élevé chez les médecins MSU, les médecins âgés de moins de 50 ans et ceux ayant un secrétariat physique. 7,8 % des patients ont commis une erreur dans l'identification de leur propre risque, ils étaient significativement plus âgés et consultaient plus un médecin en campagne. Ils étaient aussi plus souvent à risque. Enfin, le taux de patients diagnostiqués à risque était de 47,6 %.

2. Forces de l'étude

Les points forts de l'étude sont la taille de la population (n=946) et le design prospectif. De plus, nous avons utilisé un outil validé, en accord avec le parcours de soins coordonnés : l'auto-questionnaire SAMScore. Cet outil a été créé en 3 étapes. Le questionnaire a été conçu par le « Réseau Mélanome Ouest », un réseau français de dermatologues, médecins généralistes et infirmiers impliqués dans la prévention et le traitement du mélanome (30). Il a été créé à partir des facteurs de risque du mélanome établis dans la littérature (31) (32) (33) (34) (35) (36). Puis, il a été testé chez des patients consultant en cabinet de médecine générale afin de vérifier l'exactitude de leurs réponses (37). Ensuite, l'étude cas-témoins de *Quereux et al. (2011)* a comparé les réponses des sujets atteints de mélanome à celles d'une population témoin puis a conçu un algorithme (selon une analyse combinatoire) permettant de créer un score individuel de risque (Sensibilité 63,2 %, Spécificité 68,8%) (38). Enfin, l'étude prospective de *Quereux et al. (2012)* regroupant 46 médecins généralistes et incluant 7953 patients a mis en évidence un rapport de prévalence à 11,54 (population à risque identifiée par le SAMScore / population non à risque identifiée par le SAMScore comparée à la population générale). Cela confirmait ainsi l'efficacité et la faisabilité d'une stratégie de dépistage ciblé du mélanome en utilisant le SAMScore en soins primaires (23). Nous avons voulu évaluer son utilisation en situation réelle de médecine générale, c'est pourquoi les médecins généralistes participant à l'étude n'avaient pas reçu de formation en amont. Cela différait de la cohorte COPARIME où les médecins généralistes devaient effectuer un apprentissage en ligne avant d'inclure les patients (24) (25) (26).

Dans notre étude, les médecins généralistes devaient remettre le questionnaire en fin de consultation, à tous leurs patients consultant au cabinet de façon consécutive et quel que soit le motif. Les questionnaires n'étaient pas mis

à disposition en salle d'attente comme dans l'étude de validation du SAMScore (23) ou lors de l'inclusion des patients dans la cohorte COPARIME (24) (25) (26). Nous voulions dans un premier temps éviter un biais de sélection et inclure les personnes habituellement non sensibles aux campagnes de prévention qui n'auraient pas répondu spontanément au questionnaire dans la salle d'attente. En effet, il a été constaté que les patients qui consultaient pour un dépistage cutané n'étaient pas nécessairement les patients à risque (39). Cependant, nous savons aussi que les patients qui consultent en cabinet de médecine générale ne sont pas nécessairement représentatifs de la population générale (40). Le deuxième intérêt était de sensibiliser les patients à l'importance du dépistage cutané. En effet, il a été montré que les patients étaient plus réceptifs et changeaient plus facilement de comportement face au soleil quand l'information était délivrée personnellement par leur médecin généraliste, et cela de manière durable (41).

Le SAMScore ayant été validé sous la forme d'un auto-questionnaire, il était indispensable que le score soit rempli par le patient lui-même. De plus, dans une optique de généralisation éventuelle en pratique quotidienne, nous voulions que le médecin généraliste n'ait pas une tâche chronophage supplémentaire à faire. C'est pourquoi il a été décidé que le questionnaire serait rempli par le patient à son domicile et qu'il analyserait lui-même son propre risque grâce à l'arbre décisionnel, contrairement à toutes les études précédentes où le score était calculé en consultation par le médecin (23) (24) (25) (26) (28).

3. Faiblesses de l'étude

Cette étude possède aussi ses limites. Tout d'abord, il y a un biais de recrutement, les médecins généralistes volontaires étaient probablement plus intéressés et plus motivés pour le dépistage du mélanome. 10 médecins sur 14 étaient MSU et donc possiblement plus enclins à la recherche en soins primaires.

Il y a un biais de non-réponse qui a vraisemblablement exclu les patients les moins intéressés par le dépistage. De plus, du fait de la méthodologie retenue, nous n'avions pas les caractéristiques démographiques des patients n'ayant pas rendu le questionnaire.

Il y a un biais d'inclusion avec une sur-représentation féminine ($n=312/515$, 60,6 %). Ce phénomène a déjà été rapporté dans d'autres études de dépistage du mélanome (4) (23) (24) (39) (41) et d'autres cancers (42). En outre, notre population était principalement jeune, âgée de moins de 60 ans ($n=317/515$, 61,5 %). Cela a également été préalablement décrit dans la littérature où il a été constaté que les patients les plus à risque de développer un mélanome avancé (les hommes, les patients de plus de 50 ans, les patients avec un faible revenu, les agriculteurs, les patients ayant une maladie chronique) étaient moins souvent dépistés (27) (39) (42) (43).

Enfin, les données d'intégration des scores dans les dossiers médicaux étaient des données déclaratives et n'ont pas été vérifiées dans un second temps. Cela conduit à un biais de classement avec une probable sur-déclaration des médecins généralistes. Une autre donnée manquante, qui aurait pu être intéressante, était le nombre de patients (et accompagnants faisant partie de la patientèle) ayant consulté sur les 4 journées dans chaque cabinet afin de connaître le taux de distribution par médecin et d'évaluer leur implication réelle en pratique.

4. Interprétation des résultats

a) Le SAMScore

Nos résultats montrent une nouvelle fois que le SAMScore est un outil adapté et reproductible en pratique courante de médecine générale (28) (38). Il diffère du modèle mathématique américain de *Williams et al. (2011)* qui, malgré sa bonne précision discriminatoire, est peu utilisable en soins primaires (44). Le SAMScore permet une identification précise et rapide des patients à risque de développer un mélanome, ce qui est primordial car les médecins généralistes disent avoir des difficultés à les déterminer (19).

Ce score est complexe mais perfectible. D'une part, nous savions que le taux de réponses correctes des patients aux différentes questions variait de 79,9 % à 99,4 % (37). D'autre part, 19 % des médecins généralistes disaient avoir des difficultés de compréhension sur certaines questions (localisation des nævi et éphélides, description des phototypes) (28), c'est pourquoi nous avons tenté de préciser au mieux les questions. Des iconographies auraient pu venir s'ajouter à côté de la question sur les éphélides et sur les phototypes. Nous n'avons pas eu de retour similaire, ce qui est en faveur d'une bonne compréhension des questions par les médecins et les patients.

L'algorithme du SAMScore est dichotomique (patient à risque ou non à risque) avec la présence de critères majeurs et mineurs. Nous avons voulu qu'il soit dans un premier temps analysé par le patient (pour le sensibiliser davantage au dépistage cutané) puis vérifié dans un second temps par le médecin. En effet, ce score a été créé sur la base d'une auto-évaluation afin de limiter le temps médical (38). Cependant, malgré l'arbre décisionnel, 40 patients (7,8%) se sont trompés dans l'analyse de leur risque, dont 34 faux négatifs (situation 1 la plus fréquente). Grâce à la correction réalisée par certains médecins généralistes (avant l'inclusion dans les dossiers), il restait 9 patients faux négatifs (1,7%). Ce résultat est en adéquation avec l'étude de *Richtig et al. (2008)* qui a montré une mauvaise concordance entre la perception du risque des patients et celle des médecins (*coefficient k* < 0,40) (45). Nous avons constaté que les patients qui ont commis des erreurs étaient significativement plus âgés et consultaient plus un médecin en campagne. Ils étaient aussi plus souvent à risque ($p < 0,001$). Le taux d'erreur variait selon les médecins ($p = 0,011$). Ce résultat est probablement lié aux différents profils des patientèles de chaque cabinet (patientèle plutôt jeune ou âgée, plutôt rurale ou urbaine). Enfin, parmi les questionnaires non intégrés, 22 étaient incomplets (étape 2 non réalisée). Ce chiffre est probablement sous-estimé car certains questionnaires ont peut-être été complétés par les médecins généralistes avant l'intégration dans les dossiers médicaux.

Ce questionnaire n'est pas adapté à une patientèle étrangère ne parlant peu ou pas français, un médecin a refusé de participer à l'étude pour cette raison. De plus, nous avons comptabilisé 4 patients qui n'étaient pas considérés à risque selon le SAMScore alors qu'ils présentaient un antécédent personnel de mélanome. Ces deux situations n'ont pas été retrouvées dans les études COPARIME car les patients ne parlant pas français et ceux avec un antécédent personnel de mélanome étaient exclus (25) (26) (27) (43) (46).

Il serait peut-être intéressant de limiter l'auto-évaluation à une tranche d'âge plus jeune et qu'une évaluation par le médecin soit nécessairement réalisée pour les autres patients. De plus, nous pourrions étudier les raisons pour lesquelles l'étape 2 n'a pas été faite (Incompréhension ou difficulté de la consigne ? Oubli ?).

b) Les médecins généralistes

Notre échantillon de médecins généralistes était représentatif des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. En effet, l'âge moyen de nos participants était de 46,1 ans pour une moyenne d'âge de 50 ans dans le département en 2015. Le sex ratio était de 1 comme retrouvé dans le département (47). Le nombre de médecins généralistes installés en zone rurale était sur-représenté avec un taux de 21,4 % vs 5,1 % ($n=65/1269$, donnée fournie en février 2021 par le CDOM du 35). Les MSU étaient aussi sur-représentés avec un taux à 71,4 % vs 29,9 % ($n=380/1269$, donnée fournie en mars 2021 par le Département de Médecine Générale (DMG) de Rennes).

Les médecins généralistes sont impliqués dans le dépistage organisé des cancers et sont les interlocuteurs privilégiés pour la promotion de ces dépistages (48) (49) (50). Ils souhaitent participer au dépistage ciblé du mélanome (51). Cependant, seulement 7,9 % des médecins sollicités ont accepté de participer à l'étude et 1 médecin a finalement abandonné. Cela concorde avec une autre étude où malgré la motivation déclarée à pratiquer ce dépistage, seulement 59 % des médecins le pratiquaient réellement en routine (22).

Concernant l'intégration du score dans les dossiers après vérification par le médecin, étape essentielle à la pérennisation des données et par conséquent à la généralisation de cette pratique en cabinet, nous avons distingué deux catégories de médecins : un groupe qui l'a fait complètement ou quasi-complètement et un groupe qui ne l'a pas fait. Le statut de MSU était significativement associé à un taux d'intégration plus élevé, en accord avec un travail de thèse montrant que la présence d'un interne permettait d'améliorer les pratiques des médecins généralistes et que celle-ci améliorait aussi la tenue des dossiers médicaux (52). De plus, nous avons constaté une meilleure intégration lorsque le médecin avait moins de 50 ans ($p=0,002$) ou lorsqu'il avait un secrétariat physique ($p<0,001$).

Par ailleurs, notre étude a été fortement impactée par la pandémie covid limitant la distribution des questionnaires par le développement des téléconsultations, la surcharge de travail et les mesures sanitaires en évolution permanente.

Il serait utile de faire une autre étude afin d'analyser l'intégration des scores dans les dossiers médicaux et d'en identifier les obstacles.

c) Le taux de participation des patients

Le taux de participation des patients au SAMScore était de 54,4 %. C'est une donnée nouvelle car non évaluée dans les études précédentes (23) (24). Nous savions que les patients répondaient correctement à l'auto-questionnaire (37), mais nous voulions savoir si les patients étaient réceptifs et sensibles à l'identification de leurs propres facteurs de risque en ramenant leur auto-évaluation à leur médecin traitant.

Nous constatons que notre résultat est nettement supérieur à celui retrouvé lorsque le SAMScore était utilisé par le médecin, estimé à moins de 8 % des consultations (28). En Allemagne, le taux de participation au dépistage de masse du mélanome n'était que de 12,8 % (4).

Notre résultat est bon mais améliorable. Ce manque d'adhésion est en adéquation avec les taux de participation aux trois dépistages organisés du cancer en France. En effet, la participation au dépistage du cancer du sein (mammographie) était de 49,3 % sur la période 2018-2019, la participation au dépistage du cancer colorectal (test immunologique fécal) était de 30,5 % sur la période 2018-2019 et la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (prélèvement cervico-utérin) était de 59,5 % sur la période 2016-2019 (53).

De nombreux facteurs limitent la participation des patients aux dépistages des cancers : l'absence de signes généraux et de douleur, une sous-estimation de la gravité avec un manque de connaissance de ses propres facteurs de risque, la peur du résultat, le manque de temps, le manque de suivi médical et un niveau socio-économique bas (16) (27) (49) (50).

Le taux de participation était significativement différent selon les médecins. Il a probablement été influencé par la manière dont le médecin a remis le questionnaire à ses patients et lui a expliqué l'intérêt d'y répondre. En effet, quel que soit le domaine, la mise en œuvre des dépistages est déterminée par les comportements individuels des médecins généralistes en matière de prévention (15) (48). De plus, la participation était plus importante chez les médecins de moins de 50 ans ($p < 0,001$), cela diffère avec l'étude de *Aulagnier et al. (2007)* où l'âge du médecin n'était pas corrélé au score de prévention (48). Cependant, nous n'avons pas constaté de différence de participation en fonction du lieu d'exercice ($p = 0,19$), ceci est encourageant car nous savons que les mélanomes sont plus épais (> 4 mm) dans les secteurs ruraux (6) (27) avec un taux de létalité plus élevé (6) et que les agriculteurs qui sont plus à risque de mélanome avancé sont moins souvent dépistés (43). Cette fois, ce résultat concorde avec l'étude de *Aulagnier et al. (2007)* où le secteur d'exercice du médecin n'était pas corrélé au score de prévention (48).

Nous avons fixé dans notre étude un délai de 4 mois pour rendre le questionnaire afin d'inclure les patients qui viennent pour leur renouvellement d'ordonnance tous les 3 mois. Nous avons constaté un retour rapide des questionnaires dès les premières semaines. Cependant, quelques questionnaires ont aussi été rendus dans un délai supérieur aux 4 mois définis dans l'étude (non comptabilisés), une étude plus longue pourrait être pertinente.

d) Les patients à risque

Nous avons comptabilisé 47,6 % (n=245/515) de patients à risque. Ce taux est très proche de celui de l'étude de *Rat et al.* (24) estimé à 46,2 % (n=217/470). Notre résultat est probablement surestimé du fait d'une durée et d'une population d'étude inférieures, en comparaison au taux retrouvé dans l'étude de validation du SAMScore de 2012 (23) estimé à 30,2 % (n=2404/7953). Dans notre étude, les patients diagnostiqués à risque étaient majoritairement des femmes ($p < 0,001$) et des patients plus jeunes ($p = 0,001$), vraisemblablement en lien avec les caractéristiques démographiques de la population incluse. De plus, le taux variait selon les médecins ($p = 0,03$), il est probable que ce résultat soit lié aux différents profils des patientèles de chaque cabinet (patientèle plutôt jeune ou âgée, plutôt féminine ou masculine).

L'arbre décisionnel permettait au patient d'identifier son propre risque puis de l'interpréter grâce à la troisième étape. Cela est très intéressant car nous savons d'une part, qu'une meilleure perception de son risque améliore par la suite les comportements de dépistage (50) (54) et d'autre part, que les médecins généralistes examinent plus souvent la peau lorsque cela est demandé par le patient (22).

L'arbre décisionnel ne retirait pas le rôle crucial du médecin généraliste qui devait ensuite vérifier le score et ainsi promouvoir le dépistage cutané à ses patients à risque. Nous savons aussi que les patients ont une meilleure connaissance de leur risque lorsqu'ils ont eu une intervention ciblée de prévention par leur médecin généraliste plutôt qu'une campagne de santé publique conventionnelle (24).

5. Implications pratiques et perspectives

a) Améliorer le dépistage ciblé du mélanome : identifier ses patients à risque

Notre étude est clairement d'actualité. À l'occasion de la journée mondiale contre le cancer, le 4 février 2021, le gouvernement a dévoilé la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 dont l'un des objectifs est : « Dépister demain plus de personnes, grâce à un dépistage de précision, en connaissant mieux les personnes à risque élevé » (53). Le médecin généraliste a donc un rôle clé à jouer dans la stratégie de dépistage ciblé du mélanome en identifiant ses patients à risque et en insistant sur les hommes isolés car nous savons qu'ils sont plus à risque de développer des mélanomes épais (10) et qu'ils participent moins aux dépistages des cancers (42) (49) sauf si les médecins leur donnent plus d'explications sur la réalisation de ces dépistages (42).

Une fois que les patients à risque sont identifiés et notifiés dans les dossiers (quasiment 70 % des questionnaires de notre étude), il est possible et facile de mettre une alerte sur les logiciels médicaux pour le rappel de l'examen cutané annuel (15). Cela permettrait d'une part, de pallier au manque de temps en instaurant une consultation annuelle spécifiquement dédiée à l'examen cutané (15) (20) et d'autre part, de rendre à terme cette stratégie de dépistage ciblé systématique. Dans l'étude de *Rat et al.* (2015), après un rappel par courrier, 61 % des patients à risque ont consulté dans les 6 mois pour leur examen cutané, 54 % ont consulté leur médecin généraliste et 7 % ont consulté directement un dermatologue (25).

Cependant, moins de 60 % des patients à risque élevé de développer un mélanome ont consulté un dermatologue malgré la recommandation de leur médecin généraliste (26) (46). L'observance augmenterait lorsque le médecin généraliste désigne un spécialiste précis ou qu'il identifie une lésion suspecte (26). De plus, 7 facteurs de non-observance ont été identifiés : objectif de la consultation qui n'est pas clair, non participation du patient aux dépistages des autres cancers, méconnaissance du mélanome comme un cancer, manque de temps ou oubli de prendre le rendez-vous, délai de rendez-vous trop long, patient qui n'a pas peur de détecter une anomalie et n'a pas besoin d'être rassuré par un dermatologue (46). Un meilleur conseil des médecins généralistes pourrait améliorer l'adressage des populations à haut risque vers le spécialiste quand cela est nécessaire et ainsi assurer le parcours de soins coordonnés.

Dans notre étude, nous avons décidé de distribuer le questionnaire à tous les patients de la journée pour avoir des résultats plus exhaustifs et moins biaisés. En pratique, il faudrait maintenant trouver le moment idéal pour remettre ce questionnaire : à la fin d'une consultation de prévention (vaccination, frottis par exemple), lors de la création d'un nouveau dossier médical pour un patient, etc. Pour cela, une étude interrogeant les médecins généralistes et les patients du moment le plus opportun pour utiliser ce questionnaire pourrait être réalisée. Il serait aussi intéressant d'évaluer la participation lorsque le SAMScore est envoyé par courrier (comme ce qui est fait pour les dépistages organisés du sein, du colon et du col de l'utérus). Cela minimiserait ainsi le biais de sélection que l'on retrouve en cabinet de médecine générale (40).

b) Donner confiance aux médecins généralistes sur l'examen cutané

De nombreux freins à l'examen cutané en médecine générale ont été cités dans l'introduction. C'est pourquoi il est important de redonner confiance aux médecins généralistes sur leur capacité à examiner la peau de leurs patients. Tout d'abord, les médecins généralistes maîtrisent la règle ABCDE (22), en étant surtout attentifs aux critères C (couleur) et E (évolution) (18). C'est une méthode analytique visuelle permettant de dépister une lésion susceptible d'être un mélanome (7) (8). Ils considèrent une lésion suspecte en consultation un peu moins de trois fois par mois (18). Ainsi, il ne leur est pas demandé une analyse sémiologique fine telle qu'un dermatologue pourrait le faire mais un dépistage cutané global, en insistant sur les zones peu accessibles à l'auto-examen cutané : le dos (22) et les extrémités (11). Puis, l'identification de leurs patients à risque permettrait une meilleure détection des lésions suspectes (10).

Dans les études précédentes, 6 mélanomes sur 10 (23), 5 sur 6 (25) et 7 sur 9 (26) étaient respectivement détectés par le médecin généraliste. Les autres mélanomes étaient détectés par le dermatologue. De plus, il a été montré qu'ils étaient plus fins lorsqu'ils étaient détectés par le médecin généraliste plutôt que par le patient (10) (11).

L'expérience et l'apprentissage du médecin sont aussi nécessaires aux changements des pratiques. Dans le suivi de cohorte COPARIME, les médecins généralistes ont moins adressé leurs patients à un dermatologue la deuxième année (25). Après un examen cutané de référence par le dermatologue la première année, les médecins généralistes pourraient plus facilement faire le suivi des lésions pré-existantes et ainsi pallier au manque de spécialistes. Cela est tout de même à interpréter avec prudence, car une autre étude a montré que les médecins généralistes adressaient autant leur patient vers un dermatologue après avoir reçu une formation (51).

c) Améliorer la formation continue et le lien avec les dermatologues

Les médecins généralistes souhaitent améliorer leur formation continue en dermatologie (19), de façon pratique et régulière (15) (51). Il a été prouvé que la formation sur photos améliorerait de manière significative la capacité des médecins généralistes à reconnaître les mélanomes (59 % vs 84 %) (51). Un module interactif de formation sur photos (e-learning) développé par le Réseau Mélanome Ouest, soutenu par l'Institut National du Cancer (INCa) est accessible sur internet (30) mais seulement 15 % des praticiens connaissent son existence (18). Cette formation est cruciale car nous savons que les médecins généralistes plus sensibilisés par diverses sources d'informations sont plus actifs en matière de prévention (48), détectent des mélanomes plus fins (10) et sont plus confiants (22). Cependant, ils déclarent utiliser des questionnaires d'aide au dépistage de facteurs de risque dans moins de 13 % des cas (48).

En France, la journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau, organisée par le Syndicat National des Dermatologues avec le soutien de l'INCa, a lieu en mai. Elle permet à des dermatologues volontaires d'assurer des consultations de dépistage gratuites et anonymes dans des centres dédiés. Cependant, les effets observés sur l'augmentation de l'incidence des mélanomes fins n'étaient que transitoires et il n'y avait pas de diminution de l'incidence des tumeurs épaisses (51). A contrario, l'étude de *Grange et al.* a montré une diminution significative de 34 % de l'incidence des mélanomes très épais (≥ 3 mm) après une campagne de formation des médecins généralistes par des dermatologues (55). Cela souligne l'importance du lien entre médecins généralistes et dermatologues. Mettre en place un travail en réseau (15) avec une filière rapide pour les médecins généralistes permettrait d'orienter rapidement les patients avec une lésion suspecte. De plus, il serait aussi intéressant de poursuivre le développement de la télé-dermatologie (13) comme les plateformes de télé-expertise qui existent déjà.

CONCLUSION

Le mélanome est un cancer de la peau dont l'incidence augmente et dont le diagnostic précoce pourrait permettre de diminuer la mortalité. Un dépistage ciblé est donc recommandé en France. Depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés, les médecins généralistes sont en première ligne pour effectuer ce dépistage. L'auto-questionnaire SAMScore est un outil qui a été validé et conçu pour identifier rapidement les patients à risque élevé de développer un mélanome en soins primaires. Il est cependant peu connu et faiblement utilisé en pratique quotidienne. Sa distribution par les médecins généralistes en fin de consultation a permis une participation de 54,4 % des patients dont près de la moitié ont été diagnostiqués à risque. Cette stratégie de dépistage ciblé pourrait ainsi devenir systématique avec plus de 2/3 des scores intégrés aux dossiers médicaux. Cependant, si nous voulons généraliser l'utilisation du SAMScore en pratique quotidienne, avec la réalisation d'un examen cutané annuel des patients diagnostiqués à risque, nous devons améliorer la formation continue des médecins généralistes et travailler sur une coopération en réseau avec les dermatologues.

Références bibliographiques

1. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (FR): Institut de Veille Sanitaire; 2013 p. 50-3.
2. Institut National du Cancer. Epidémiologie des cancers cutanés - Détection précoce des cancers de la peau [Internet]. E-cancer. 2019 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Epidemiologie>
3. Billot-Grasset A, Cariou M, Robaszekiewicz M, Nousbaum JB, Gagnière B, Chatignoux É, Cariou M, Robaszekiewicz M. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Bretagne. Saint-Maurice (FR): Santé publique France; 2019 p. 73-7.
4. Trautmann F, Meier F, Seidler A. Effects of the German skin cancer screening programme on melanoma incidence and indicators of disease severity. *Br J Dermatol.* 2016;175(5):912-9.
5. US Preventive Services Task Force. Screening for Skin Cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2016;316(4):429-35.
6. Coory M, Smithers M, Aitken J, Baade P, Ring I. Urban-rural differences in survival from cutaneous melanoma in Queensland. *Aust N Z J Public Health.* 2006;30(1):71-4.
7. HAS, service évaluation médico-économique et santé publique. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Saint-Denis (FR): Haute Autorité de Santé; 2006.
8. HAS, service évaluation médico-économique et santé publique. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome - Guide du médecin traitant. Saint-Denis (FR): Haute Autorité de Santé; 2006.
9. HAS, service évaluation médico-économique et santé publique, INCa, département dépistage. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané ». Saint-Denis (FR): Haute Autorité de Santé; 2012.
10. Grange F, Barbe C, Mas L, Granel-Brocard F, Lipsker D, Aubin F, et al. The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France. *Br J Dermatol.* 2012;167(6):1351-9.
11. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): The role of doctors. *Int J Cancer.* 2000;89(3):280-5.
12. Gourhant V. Détection précoce du mélanome cutané en médecine générale: états des lieux des pratiques dans la région Languedoc-Roussillon [Thèse]. Montpellier (FR): Université de Montpellier I; 2013.
13. Zimmerlé V, Laurent E, Tauveron V, Maruani A, Le Bidre E, Samini M, et al. Reconnaissance et prise en charge initiale du mélanome par des médecins généralistes : enquête dans un département rural à très faible densité médicale. *Presse Med.* 2018;47(4):35-42.
14. Pôle Observation, Statistiques. Chiffres clés, ARS Bretagne. Agence Régionale de Santé Bretagne; 2018.
15. Borys MF, Millot C, Duminil T. Quel rôle le médecin généraliste souhaite-t-il avoir dans le dépistage du mélanome ? Une étude qualitative. [Thèse]. Lille (FR): Université Catholique de Lille; 2013.
16. HAS, service évaluation médico-économique et santé publique, INCa, département dépistage. Facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané. Saint-Denis (FR): Haute Autorité de Santé; 2012.

17. Belleudi B. Place des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes dans la région Provence Alpes Côte d'Azur [Thèse]. Marseille (FR): Aix Marseille Université; 2018.
18. INCa, département dépistage. Synthèse de la vague 2 du baromètre « Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau ». Boulogne-Billancourt (FR): Institut National du Cancer; 2013. (Etudes et Enquêtes).
19. Halioua B, Houta B, Tibi M, Wolkenstein P, Chosidow O. Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : analyse des pratiques, des besoins et des difficultés rencontrées [Résumé]. *Ann Dermatol Venerol*. 2014;141(Suppl 12):S324-5.
20. Le Gay D. Expériences, opinions et attentes des médecins généralistes en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome dans les Alpes-Maritimes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse]. Nice (FR): Université de Nice-Sophia Antipolis; 2015.
21. Oliveria SA, Heneghan MK, Cushman LF, Ughetta EA, Halpern AC. Skin cancer screening by dermatologists, family practitioners, and internists: barriers and facilitating factors. *Arch Dermatol*. 2011;147(1):39-44.
22. Geller AC, O'Riordan DL, Oliveria SA, Valvo S, Teich M, Halpern AC. Overcoming obstacles to skin cancer examinations and prevention counseling for high-risk patients: results of a national survey of primary care physicians. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(6):416-23.
23. Quereux G, N'Guyen J-M, Cary M, Jumbou O, Lequeux Y, Dréno B. Validation of the Self-Assessment of Melanoma Risk Score for a melanoma-targeted screening. *Eur J Cancer Prev*. 2012;21(6):588.
24. Rat C, Quereux G, Riviere C, Clouet S, Senand R, Volteau C, et al. Targeted Melanoma Prevention Intervention: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*. 2014;12(1):21-8.
25. Rat C, Grimault C, Quereux G, Dagorne M, Gaultier A, Khammari A, et al. Proposal for an annual skin examination by a general practitioner for patients at high risk for melanoma: a French cohort study. *BMJ Open*. 2015;5(7):e007471.
26. Rat C, Quereux G, Grimault C, Gaultier A, Khammari A, Dreno B, et al. Melanoma incidence and patient compliance in a targeted melanoma screening intervention. One-year follow-up in a large French cohort of high-risk patients. *Eur J Gen Pract*. 2015;21(2):1-7.
27. Blachier L. Dépistage ciblé du mélanome en Loire Atlantique et Vendée : Comparaison de l'incidence au sein d'une population ayant participé à un dépistage ciblé et une population avec un suivi médical habituel ; facteurs liés à l'épaisseur du mélanome. [Thèse]. Nantes (FR): Université de Nantes; 2018.
28. Grasset E. Dépistage du mélanome en médecine générale et évaluation du SAMScore par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse]. Lille (FR): Université du droit et de la santé Lille 2; 2013.
29. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Comparez les territoires de votre choix - Résultats pour les communes, départements, régions, intercommunalités... [Internet]. Insee. 2021 [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/zones/1405599debut=0&q=comparateur+de+territoire>
30. Réseau Mélanome Ouest. Ôsez innover un comportement solaire responsable [Internet]. reseau-melanome-ouest. 2017 [cité 10 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.reseau-melanome-ouest.com/>
31. Holly EA, Aston DA, Cress RD, Ahn DK, Kristiansen JJ. Cutaneous melanoma in women. I. Exposure to sunlight, ability to tan, and other risk factors related to ultraviolet light. *Am J Epidemiol*. 1995;141(10):923-33.

32. Holly EA, Aston DA, Cress RD, Ahn DK, Kristiansen JJ. Cutaneous melanoma in women. II. Phenotypic characteristics and other host-related factors. *Am J Epidemiol.* 1995;141(10):934-42.
33. Loria D, Matos E. Risk factors for cutaneous melanoma: a case-control study in Argentina. *Int J Dermatol.* 2001;40(2):108-14.
34. 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. *Eur J Cancer.* 2005;41(1):28-44.
35. 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. *Eur J Cancer.* janv 2005;41(1):45-60.
36. 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. *Eur J Cancer.* 2005;41(14):2040-59.
37. Quereux G, Nguyen J-M, Volteau C, Lequeux Y, Dréno B. Creation and test of a questionnaire for self-assessment of melanoma risk factor. *Eur J Cancer Prev.* 2010;19:48-54.
38. Quereux G, Moyse D, Lequeux Y, Jumbou O, Brocard A, Antonioli D, et al. Development of an individual score for melanoma risk. *Eur J Cancer Prev.* 2011;20:217-24.
39. De Giorgi V, Gori A, Alfaioli B, Rossari S, Grazzini M, Pata MA, et al. Early diagnosis for melanoma: Is open access to skin cancer clinics really significant? A prospective study. *Prev Med.* 2010;51(3-4):334-5.
40. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001;344(26):2021-5.
41. Falk M, Magnusson H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: An effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? *Scand J Prim Health Care.* 2011;29(3):135-43.
42. Davis JL, Buchanan KL, Katz RV, Green BL. Gender differences in cancer screening beliefs, behaviors, and willingness to participate: implications for health promotion. *Am J Mens Health.* 2012;6(3):211-7.
43. Rat C, Quereux G, Grimault C, Fernandez J, Poiraud M, Gaultier A, et al. Inclusion of populations at risk of advanced melanoma in an opportunistic targeted screening project involving general practitioners. *Scand J Prim Health Care.* 2016;34(3):286-94.
44. Williams LH, Shors AR, Barlow WE, Solomon C, White E. Identifying Persons at Highest Risk of Melanoma Using Self-Assessed Risk Factors. *J Clin Exp Dermatol Res.* 2011;2(6):1000129.
45. Richtig E, Santigli E, Fink-Puches R, Weger W, Hofmann-Wellenhof R. Assessing melanoma risk factors: How closely do patients and doctors agree? *J R Inst Public Health.* 2008;122(12):1433-9.
46. Rat C, Quereux G, Monegier du Sorbier M, Gaultier A, Bonnaud-Antignac A, Khammari A, et al. Patients at elevated risk of melanoma: Individual predictors of non-compliance to GP referral for a dermatologist consultation. *Prev Med.* 2014;64:48-53.
47. CNOM, section santé publique et démographie médicale. La démographie médicale en région Bretagne. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015 p. 69.
48. Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P, et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Côte d'Azur. *Prat Organ Soins.* 2007;38(4):259-68.

49. Goulard H, Boussac-Zarebska M, Duport N, Bloch J. Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. Saint-Maurice (FR): Institut de Veille Sanitaire; 2007.
50. Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. Saint-Maurice (FR): Institut de Veille Sanitaire; 2007.
51. Grange F, Hédelin G, Halna J-M, Grall J-C, Kirstetter H, Guillaume J-C, et al. Assessment of a general practitioner training campaign for early detection of cutaneous melanoma in the Haut-Rhin department of France. *Ann Dermatol Venereol*. 2005;132(12 Pt 1):956-61.
52. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? [Thèse]. Tours (FR): Université François-Rabelais; 2017.
53. INCa. Stratégie décennale de la lutte contre les cancers 2021-2030. Boulogne-Billancourt (FR): Institut National du Cancer; 2021 p. 58.
54. Kim SE, Pérez-Stable EJ, Wong S, Gregorich S, Sawaya GF, Waksh JME, et al. Association Between Cancer Risk Perception and Screening Behavior Among Diverse Women. *Arch Intern Med*. 2008;168(7):728.
55. Grange F, Woronoff AS, Bera R, Colomb M, Lavole B, Fournier E, et al. Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. *Br J Dermatol*. 2014;170(1):123-9.

Glossaire

HAS : Haute Autorité de Santé

SAMScore : Self-Assessment of Melanoma risk Score

COPARIME : COhorte de PATients à RISque élevé de développer un MELanome

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSU : Maître de Stage Universitaire

IC95 : Intervalle à 95 %

DMG : Département de Médecine Générale

INCA : Institut National du CAncer

Annexes

1. Fiche informative à destination des médecins

Thèse d'exercice en Médecine Générale – Rennes – 2020

Titre : Dépistage ciblé du mélanome en médecine générale : évaluation du taux de participation à l'auto-questionnaire SAMScore
Objectif principal : Evaluer le taux de participation du SAMScore dans le cadre de la consultation de médecine générale

Interne : Rozenn HUREAU

Mail : _____

Portable :

Directrice de Thèse : Dr Mélanie Saint-Jean (Onco-dermatologue à l'ICO de Nantes)

- Surmortalité de 20 % du mélanome en Bretagne (Santé publique France, janvier 2019). - Diagnostic précoce du mélanome : possible diminution de la mortalité .
- Recommandations HAS 2006 : examen cutané annuel chez les patients identifiés à risque dans le cadre d'un dépistage ciblé .
- SAMScore (Self-Assessment-Melanoma-Risk-Score) = auto-questionnaire créé par l'équipe de dermatologie du CHU de Nantes, validé en 2012 : sélection des sujeux à risque élevé de mélanome . - Outil adapté à la médecine générale (rapide, pratique et accepté par les patients) mais très faiblement utilisé en consultation (Thèse de 2013).
Question posée dans ce travail : « <i>Quelle est la participation des patients à l'auto-questionnaire SAMScore lorsque celui-ci est remis par leur médecin généraliste en fin de consultation ?</i> ». Objectifs : (1) identification rapide des patients à risque par le médecin généraliste ; (2) consultation spécifiquement dédiée à l'examen cutané par le médecin généraliste (manque de temps autrement) ; (3) évolution à terme vers une stratégie de dépistage ciblé systématique .

Méthodologie :

- 1- Remettez à **TOUS** VOS PATIENTS DE 18 ANS OU PLUS (y compris les accompagnants faisant partie de votre patientèle) un questionnaire en fin de consultation (**une journée au choix par semaine du 07/09 au 04/10/2020, soit 4 journées au total**)
- 2- Notez sur la feuille de correspondance (pour chaque questionnaire remis) : la date de remise et l'identité du patient correspondant au numéro du questionnaire attribué
- 3- Expliquez à chaque patient la démarche à suivre :
 - *qu'il s'agit d'un travail de thèse pour une étudiante en médecine générale
 - *que ce questionnaire permet d'évaluer leur risque de développer un cancer de la peau
 - *qu'ils doivent le remplir SEUL chez eux en lisant bien tous les intitulés
 - *qu'ils doivent le rapporter au cabinet (le déposer au secrétariat ou lors d'une prochaine consultation) dans un **délai de 4 MOIS MAXIMUM**
- 4- Une fois le questionnaire récupéré :
 - *récupérez l'identité du patient correspondant grâce à la feuille de correspondance
 - *vérifiez l'arbre décisionnel avec les réponses du patient de l'étape 1
 - *intégrez son risque dans son dossier médical
 - *appliquez dans votre logiciel (si possible) une alerte stipulant qu'un examen cutané doit être réalisé dans l'année (c'est au patient de prendre son rendez-vous)
- 5- Attestez à la fin de chaque questionnaire la démarche précédente réalisée puis rangez-le dans le classeur destiné (par ordre numéroté de préférence)

Je vous remercie pour votre investissement, n'hésitez pas à me contacter si besoin !

2. Feuille de correspondance

Numéro du questionnaire distribué	Identité du patient (Nom-Prénom ± DDN)	Date de remise
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		

3. Questionnaire distribué aux patients

Cher patient,

Dans le cadre de la réalisation d'une **thèse d'exercice en Médecine Générale**, votre médecin généraliste vient de vous remettre cet auto-questionnaire appelé **SAMScore** (Self-Assessment-Melanoma-Risk-Score). Ce test, validé chez les adultes par des études scientifiques, a pour objectif d'identifier **si vous êtes à risque de développer un cancer de la peau** (appelé mélanome).

Quel que soit votre score, ce questionnaire doit être **déposé le plus rapidement possible à votre médecin traitant** afin qu'il l'intègre dans votre dossier médical (dans un délai de **4 mois maximum** pour le bon déroulement de l'étude).

Une fois votre score intégré dans votre dossier médical par votre médecin traitant, **ce questionnaire anonymisé** (seul votre médecin vous identifiera grâce au numéro du questionnaire) sera récupéré et analysé par Rozenn Hureau (Interne de Médecine Générale à Rennes) et le Dr Mélanie Saint-Jean (Onco-dermatologue à Nantes).

L'objectif principal de cette étude est d'**évaluer le taux de participation** à ce questionnaire lorsque celui-ci est remis en fin de consultation par le médecin généraliste.

Première étape : répondez à ces 10 questions

1- Quel âge avez-vous ?

_____ ans

2- Quel est votre sexe ?

Homme / Femme

3- Dans quel groupe vous classeriez-vous ?

Phototype I : **peau blanche** ; cheveux roux ou blonds ; yeux clairs (bleus ou verts) ; coups de soleil **systématiques**, la peau ne bronze jamais

Phototype II : **peau claire** ; cheveux blonds ou châains ; yeux clairs (bleus ou verts) ou bruns ; coups de soleil **fréquents**, la peau bronze à peine ou très lentement

Phototype III : **peau intermédiaire** ; cheveux châains ou bruns ; yeux bruns, parfois clairs ; coups de soleil **occasionnels**, la peau bronze graduellement

Phototype IV : **peau mate** qui reste hâlée même en hiver ; cheveux bruns ou noirs ; yeux bruns ou noirs ; coups de soleil **rares** lors d'exposition intense, la peau bronze rapidement

Phototype V : **peau brune** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; coups de soleil **exceptionnels**, la peau bronze intensément

Phototype VI : **peau noire** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; coups de soleil **très exceptionnels**

4- Avez-vous des taches de rousseur sur le corps ?

Oui / Non

5- Avez-vous approximativement plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des deux bras (bras et avant-bras) ?

Oui / Non

6- Au cours de votre enfance ou de votre adolescence, avez-vous déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques) ?

Oui / Non

7- Avez-vous vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen-Orient, DOM-TOM, sud des Etats-Unis, Australie...) ?

Oui / Non

8- Avez-vous déjà eu au cours de votre vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau se développant aux dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau) ?

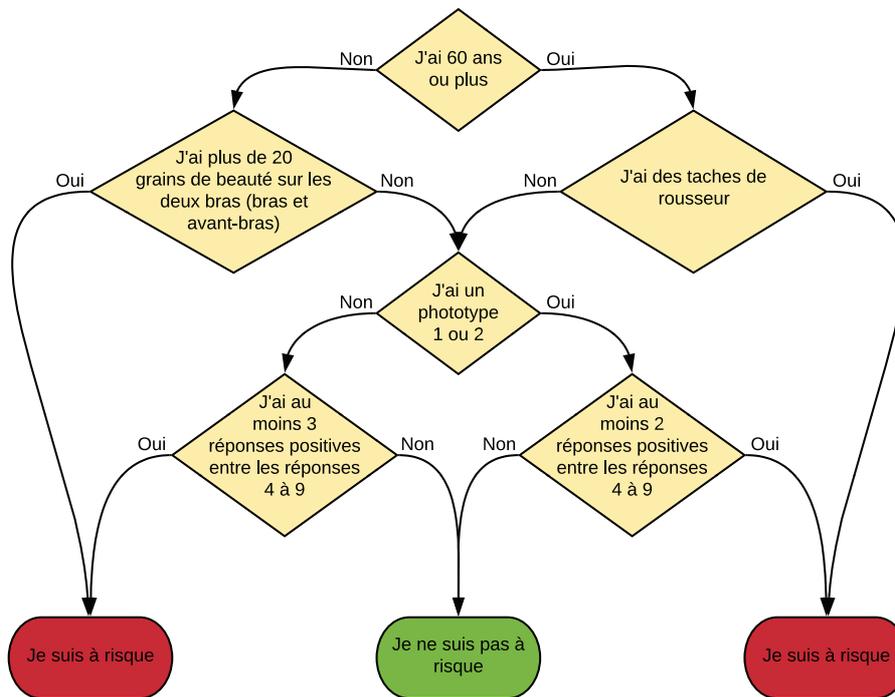
Oui / Non

9- Un membre de votre famille proche (parent, enfant, frère ou sœur) a-t-il déjà eu un mélanome ?

Oui / Non / Ne sais pas

10- Je consens à l'utilisation de mes données personnelles que je communique via ce questionnaire pour la recherche, après avoir été informé et avoir compris sa finalité, je comprends que je peux choisir de ne pas répondre au questionnaire (ou à certains de ses items) et de ne pas participer à l'étude*

Oui / Non

Deuxième étape : renseignez votre propre score (suivez le sens des flèches en fonction de vos réponses de la première étape)

Selon cet arbre décisionnel : êtes-vous à risque ? Oui / Non

Troisième étape : interprétez votre résultat

Si vous n'êtes pas à risque : Continuez à **vous protéger du soleil** (crème solaire, chapeau, éviter de s'exposer entre 12h et 16h...) et à **surveiller votre peau**. Ce score identifie un risque mais n'exclut pas la possibilité de développer un mélanome au cours de votre vie. Si vous notez l'apparition ou l'évolution d'une lésion cutanée, consultez votre médecin traitant.

Si vous êtes à risque : Il est recommandé d'avoir **un examen cutané annuel complet** (par votre médecin généraliste ou votre dermatologue habituel) afin de contrôler vos grains de beauté. **Prenez rendez-vous sans urgence si votre dernier examen cutané date de plus d'un an.**

A remplir par votre médecin traitant : Je soussigné Dr _____, atteste avoir vérifié et intégré ce score au dossier médical du patient correspondant le __/__/__.

*Si vous ne souhaitez pas participer pas à l'étude, il n'y aura pas d'impact sur votre prise en charge. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Rozenn Hureau et le Dr Mélanie Saint-Jean. Les données peuvent être conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment ou exercer votre droit d'opposition le cas échéant. Vous disposez également des droits d'accès, d'effacement, de limitation du traitement et de rectification de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

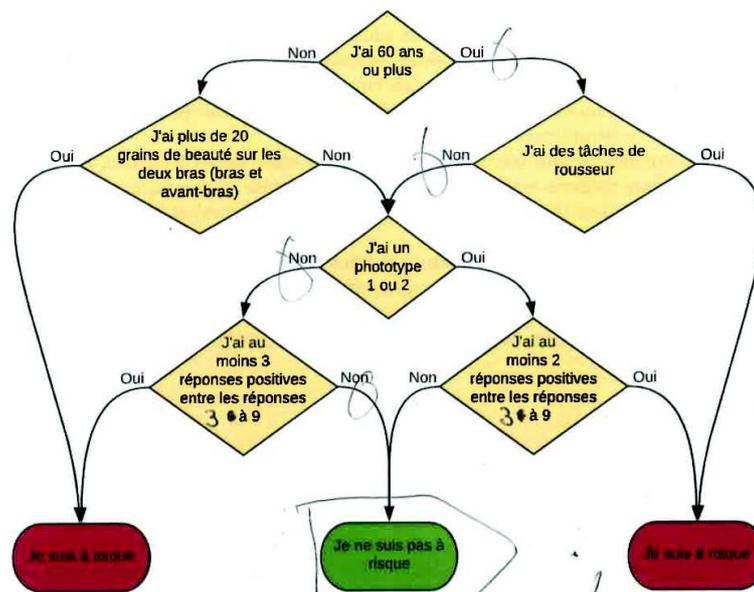
Pour exercer ces droits ou pour toute question concernant le traitement de vos données à caractère personnel, vous pouvez contacter Rozenn Hureau à l'adresse suivante : Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

4. Erreur dans la situation 1

Première étape : répondez à ces 10 questions

- 1- Quel âge avez-vous ?
29 ans
- 2- Quel est votre sexe ?
Homme / Femme
- 3- Avez-vous des tâches de rousseur sur le corps ?
Oui / Non
- 4- Combien de grains de beauté avez-vous approximativement sur l'ensemble des deux bras (bras et avant-bras) ?
Moins de 20 / Plus de 20 = Réponse positive
- 5- Dans quel groupe vous classeriez-vous ?
Phototype I : **peau blanche** ; cheveux roux ou blonds ; yeux clairs (bleus ou verts) ; coups de soleil **systématiques**, la peau ne bronze jamais
Phototype II : **peau claire** ; cheveux blonds ou châains ; yeux clairs (bleus ou verts) ou bruns ; coups de soleil **fréquents**, la peau bronze à peine ou très lentement
Phototype III : **peau intermédiaire** ; cheveux châains ou bruns ; yeux bruns, parfois clairs ; coups de soleil **occasionnels**, la peau bronze graduellement
Phototype IV : **peau mate** qui reste hâlée même en hiver ; cheveux bruns ou noirs ; yeux bruns ou noirs ; coups de soleil **rare**s lors d'exposition intense, la peau bronze rapidement
Phototype V : **peau brune** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; coups de soleil **exceptionnels**, la peau bronze intensément
Phototype VI : **peau noire** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; **jamais** de coups de soleil
- 6- Au cours de votre enfance ou de votre adolescence, avez-vous déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques) ?
Oui / Non
- 7- Avez-vous vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen-Orient, DOM-TOM, sud des Etats-Unis, Australie...) ?
Oui / Non
- 8- Avez-vous déjà eu au cours de votre vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau se développant au dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau) ?
Oui / Non
- 9- Un membre de votre famille proche (parent, enfant, frère ou sœur) a-t'il déjà eu un mélanome ?
Oui / Non / Ne sais pas
- 10- Je consens à l'utilisation de mes données personnelles que je communique via ce questionnaire pour la recherche, après avoir été informé et avoir compris sa finalité, je comprends que je peux choisir de ne pas répondre au questionnaire (ou à certains de ses items) et de ne pas participer à l'étude*
Oui / Non

Deuxième étape : renseignez votre propre score (suivez le sens des flèches en fonction de vos réponses de la première étape)



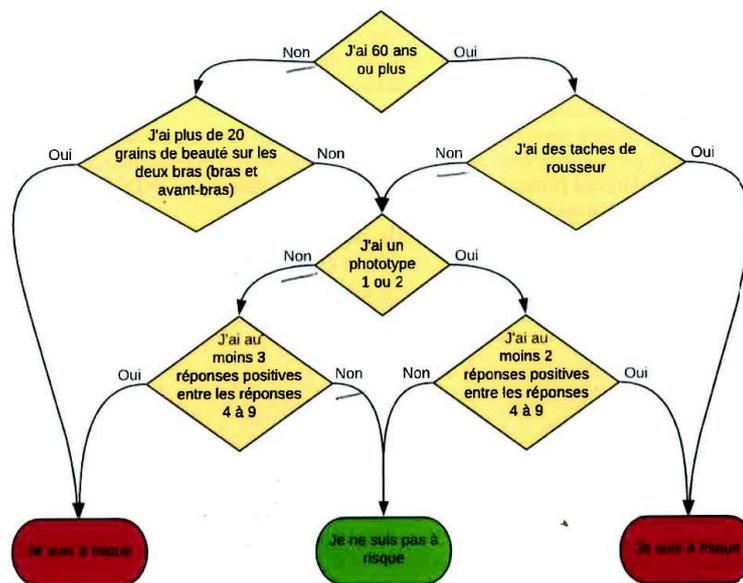
Selon cet arbre décisionnel : êtes-vous à risque ? Oui / Non

5. Erreur dans la situation 2

Première étape : répondez à ces 10 questions

- 1- Quel âge avez-vous ?
45 ans
- 2- Quel est votre sexe ?
Homme / Femme
- 3- Dans quel groupe vous classeriez-vous ?
Phototype I : **peau blanche** ; cheveux roux ou blonds ; yeux clairs (bleus ou verts) ; coups de soleil **systématiques**, la peau ne bronze jamais
Phototype II : **peau claire** ; cheveux blonds ou châains ; yeux clairs (bleus ou verts) ou bruns ; coups de soleil **fréquents**, la peau bronze à peine ou très lentement
Phototype III : **peau intermédiaire** ; cheveux châains ou bruns ; yeux bruns, parfois clairs ; coups de soleil **occasionnels**, la peau bronze graduellement
Phototype IV : **peau mate** qui reste hâlée même en hiver ; cheveux bruns ou noirs ; yeux bruns ou noirs ; coups de soleil **rare**s lors d'exposition intense, la peau bronze rapidement
Phototype V : **peau brune** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; coups de soleil **exceptionnels**, la peau bronze intensément
Phototype VI : **peau noire** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; coups de soleil **très exceptionnels**
- 4- Avez-vous des taches de rousseur sur le corps ?
Oui / Non
- 5- Avez-vous approximativement plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des deux bras (bras et avant-bras) ?
Oui / Non
- 6- Au cours de votre enfance ou de votre adolescence, avez-vous déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques) ?
Oui / Non
- 7- Avez-vous vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen-Orient, DOM-TOM, sud des Etats-Unis, Australie...) ?
Oui / Non
- 8- Avez-vous déjà eu au cours de votre vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau se développant au dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau) ?
Oui / Non
- 9- Un membre de votre famille proche (parent, enfant, frère ou sœur) a-t'il déjà eu un mélanome ?
Oui / Non / Ne sais pas
- 10- Je consens à l'utilisation de mes données personnelles que je communique via ce questionnaire pour la recherche, après avoir été informé et avoir compris sa finalité, je comprends que je peux choisir de ne pas répondre au questionnaire (ou à certains de ses items) et de ne pas participer à l'étude*
Oui / Non

Deuxième étape : renseignez votre propre score (suivez le sens des flèches en fonction de vos réponses de la première étape)



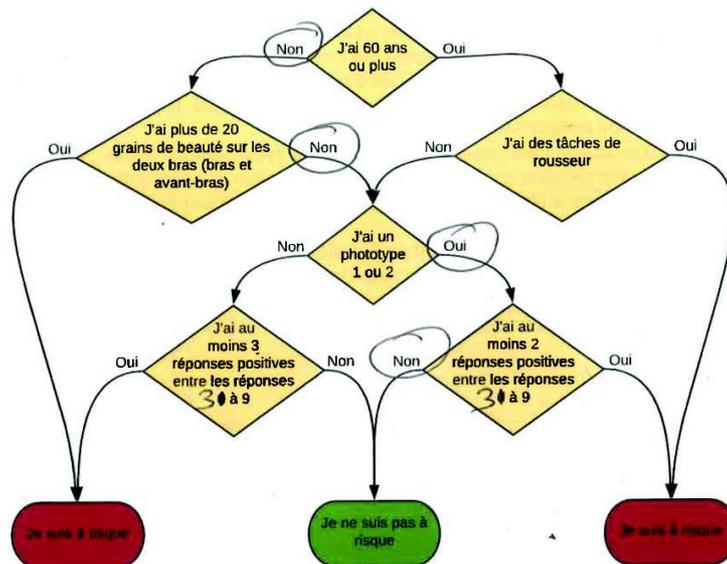
Selon cet arbre décisionnel : êtes-vous à risque ? Oui / Non

6. Erreur dans la situation 3

Première étape : répondez à ces 10 questions

- 1- Quel âge avez-vous ?
34 ans
- 2- Quel est votre sexe ?
Homme / Femme
- 3- Avez-vous des tâches de rousseur sur le corps ?
Oui / Non
- 4- Combien de grains de beauté avez-vous approximativement sur l'ensemble des deux bras (bras et avant-bras) ?
Moins de 20 / Plus de 20 = Réponse positive
- 5- Dans quel groupe vous classeriez-vous ?
 Phototype I : **peau blanche** ; cheveux roux ou blonds ; yeux clairs (bleus ou verts) ; coups de soleil **systématiques**, la peau ne bronze jamais
 Phototype II : **peau claire** ; cheveux blonds ou châtain ; yeux clairs (bleus ou verts) ou bruns ; coups de soleil **fréquents**, la peau bronze à peine ou très lentement
 Phototype III : **peau intermédiaire** ; cheveux châtain ou bruns ; yeux bruns, parfois clairs ; coups de soleil **occasionnels**, la peau bronze graduellement
 Phototype IV : **peau mate** qui reste hâlée même en hiver ; cheveux bruns ou noirs ; yeux bruns ou noirs ; coups de soleil **rare** lors d'exposition intense, la peau bronze rapidement
 Phototype V : **peau brune** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; coups de soleil **exceptionnels**, la peau bronze intensément
 Phototype VI : **peau noire** ; cheveux noirs ; yeux noirs ; **jamais** de coups de soleil
- 6- Au cours de votre enfance ou de votre adolescence, avez-vous déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques) ?
Oui / Non
- 7- Avez-vous vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen-Orient, DOM-TOM, sud des Etats-Unis, Australie...)?
Oui / Non
- 8- Avez-vous déjà eu au cours de votre vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau se développant au dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau) ?
Oui / Non
- 9- Un membre de votre famille proche (parent, enfant, frère ou sœur) a-t'il déjà eu un mélanome ?
Oui / Non / Ne sais pas
- 10- Je consens à l'utilisation de mes données personnelles que je communique via ce questionnaire pour la recherche, après avoir été informé et avoir compris sa finalité, je comprends que je peux choisir de ne pas répondre au questionnaire (ou à certains de ses items) et de ne pas participer à l'étude*
Oui / Non

Deuxième étape : renseignez votre propre score (suivez le sens des flèches en fonction de vos réponses de la première étape)



Selon cet arbre décisionnel : êtes-vous à risque ? Oui / Non

HUREAU Rozenn – Dépistage ciblé du mélanome en médecine générale : évaluation du taux de participation à l’auto-questionnaire SAMScore.

41 feuilles, 6 figures, 6 tableaux, 30 cm – Thèse : Médecine Générale ;
Rennes 1 ; 2021 ; N° .

RESUME **Contexte** : Le mélanome est un cancer de la peau dont l’incidence augmente. Un dépistage ciblé est recommandé en France. Le SAMScore est un auto-questionnaire permettant l’identification des personnes à risque en soins primaires. **Objectifs** : L’objectif principal était d’évaluer la participation des patients au SAMScore dans le cadre de la consultation de médecine générale. Les objectifs secondaires étaient le nombre de scores intégrés aux dossiers médicaux, le nombre d’erreurs commises par les patients dans l’identification de leur propre risque et le nombre de patients diagnostiqués à risque. **Méthodes** : Etude prospective réalisée en Ille-et-Vilaine de septembre 2020 à janvier 2021. 14 médecins généralistes ont distribué les questionnaires en fin de consultation à tous leurs patients consultant au cabinet sur 4 journées. Les patients devaient y répondre et ramener le questionnaire dans un délai de 4 mois. Les questionnaires récupérés étaient vérifiés par le médecin puis intégrés aux dossiers médicaux. **Résultats** : Le taux de participation au SAMScore était de 54,4 % et variait selon les médecins. Le taux d’intégration dans les dossiers médicaux était de 69,1 %, il était significativement plus élevé chez les médecins MSU, les médecins âgés de < 50 ans et ceux avec un secrétariat physique. 7,8 % des patients ont commis une erreur dans l’identification de leur propre risque, ils étaient significativement plus âgés, plus à risque et consultaient plus un médecin en campagne. Le taux de patients diagnostiqués à risque était de 47,6 %. **Conclusion** : Plus d’un patient sur deux a participé au SAMScore et près de la moitié était à risque de mélanome. Cette stratégie de dépistage ciblé pourrait devenir systématique avec plus de 2/3 des scores intégrés aux dossiers médicaux.

ABSTRACT Background: Melanoma is a skin cancer whose incidence is increasing. Targeted screening is recommended in France. The SAMScore is a self-assessment which helps identify high-risk individuals in primary care. **Purpose:** The main objective was to assess SAMScore patient participation during consultations with general practitioners. Secondary objectives were to find how many scores were incorporated into medical records, how many errors were made by patients in their SAMScores, and how many patients were identified as high-risk individuals. **Methods:** A prospective study was conducted in Ille-et-Vilaine from September 2020 to January 2021. For 4 days, 14 general practitioners distributed the questionnaires to all their patients at the end of their consultations. Patients had to fill in and return the questionnaire within 4 months. Once received, the questionnaires were reviewed by the doctor and added to the patients’ medical records. **Results:** 54.4% of patients participated in the SAMScore, this rate varied depending on the physician. 69.1% of the returned SAMScores were added to the patients’ medical records. A significantly higher rate was observed in offices where “MSU” physicians, under 50-year-old physicians, and physicians with an on-staff secretary practiced. 7.8% of patients made a mistake in their SAMScores. These patients were significantly older, at a higher risk, and were mainly seen by physicians practicing in remote areas. 47.6% of patients who returned their SAMScore were diagnosed as high-risk. **Conclusion:** More than one in two patients participated in the SAMScore and nearly half were at risk for melanoma. This targeted screening strategy could become systematic with more than 2/3 of scores integrated into medical records.

Rubrique de classement : ÉPIDÉMIOLOGIE

Mots-clés : Mélanome ; Dépistage précoce du cancer ;
Appréciation des risques ; Médecins généralistes

Mots-clés anglais MeSH : Melanoma ; Early detection of cancer ;
Risk assessment ; General practitioners

Président : Monsieur le Professeur Alain DUPUY

Madame la Docteure Mélanie SAINT-JEAN [directrice de thèse]

JURY : Assesseurs :

Monsieur le Docteur Julien EDELIN

Monsieur le Docteur Benjamin BASTIAN