



Année 2016

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par

Valérie ZIMMERLÉ

Née le 24 avril 1987 à Marseille (13)

TITRE

**DÉPISTAGE DU MÉLANOME PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES :
ENQUÊTE DANS UN DÉPARTEMENT À FAIBLE DENSITÉ MÉDICALE**

Présentée et soutenue publiquement le 02 décembre 2016 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Annabel MARUANI, Dermatologie-Vénérologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Agnès DAUFFY-ALLAIN, Gériatrie – Angers
Professeur Laurent MACHET, Dermatologie-Vénérologie, Faculté de Médecine - Tours

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël H UTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Gérard LORETTE

Pr. Roland QUENTIN

Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel.....	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie

MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David..... Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive || BERNARD-BRUNET Anne | Cardiologie |
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
MONDON Karl	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Laurent MACHET qui a accepté de m'encadrer dans ce travail. Votre disponibilité et votre écoute ont été précieuses ces derniers mois. Merci pour vos conseils et votre implication dans cette thèse. Merci de partager avec toujours autant de bonne humeur et de plaisir votre savoir et votre expérience.

A Madame le Professeur Annabel MARUANI, merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et de juger mon travail. Ton souci de transmettre, et la grande humanité dont tu fais preuve auprès des patients et dans ta réflexion ont marqué mon passage dans le service de dermatologie. Merci de l'intérêt que tu portes à mon travail.

A Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH, merci à vous de me faire l'honneur de juger mon travail. Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

A Madame le Docteur Agnès DAUFFY-ALLAIN, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'y tenais beaucoup, tu as été ma première chef, je me souviens comme si c'était hier de ton enthousiasme à me former alors que je n'étais qu'un « bébé docteur ». Grâce à toi j'ai appris à développer mes capacités d'analyse, j'ai accepté de me faire plus confiance. Merci de l'amitié que tu me portes.

A mes maîtres de stage :

Aux médecins que j'ai eu la chance de rencontrer pendant mon internat et qui m'ont formée à ce beau métier : au Docteur Stéphanie ROCHER, au Docteur Elisabeth GUESDON, au Docteur Stéphane GUERAUD, au Docteur Jean-Marie STEIGER, au Docteur Frédéric SCHMITT.

Aux équipes soignantes et enseignants :

Merci au Dr Thierry SCHWEIG et à toute l'équipe du service des Urgences de Chinon, médecins, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, secrétaires. Vous avez rendu ce stage inoubliable, à différents points de vue...

A l'équipe du service de pédiatrie du CHR d'Orléans, à l'équipe du service de dermatologie du CHU Trousseau à Tours.

Au Docteur Emeline LAURENT, ton aide pour appréhender les tableaux Excel et les statistiques a été cruciale. Merci pour le temps que tu m'as accordé et pour ta pédagogie.

A ma famille :

A mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel. La soutenance de cette thèse clôture ces longues années d'étude pendant lesquelles votre aide et votre présence ont été déterminantes. Je suis très heureuse de vous avoir à mes côtés en ce jour qui signifie beaucoup pour moi.

A mon frère adoré Christian, tu m'as aussi accompagné pendant toutes ces années. Nous avons beau être loin l'un de l'autre, je ne me suis jamais sentie aussi proche de toi. Merci à Manuela d'être également présente aujourd'hui.

A mes grands-parents

A mes amis :

A Camille, merci d'être présente dans tous les moments, depuis si longtemps. Notre amitié est si précieuse et me procure tant de force que j'ai l'impression qu'à nous deux tout est surmontable. YOLO !

A Gaëlle, ton amitié me fait grandir. Merci pour ta relecture et tes conseils.

A Elodie, pour ta présence et ces beaux moments partagés, depuis le château des Gadeaux et pour longtemps encore.

A Vanessa, merci pour ton immense générosité, pour toutes tes attentions, merci pour tout ce que tu m'apportes depuis notre rencontre.

A mes amis d'Aix en Provence : à Nolly, Tata, Anouck, Romain, Pierre, Charles, Olivier, Agnès et tous les autres.

A mes amis de Tours : à Aurélie pour avoir eu la bonne idée d'emménager sur mon palier et de devenir mon amie, à mes relectrices de folie Emmanuelle et Louise (et pour la dernière fois : c'est le soleil, pas la chaleur !), à Marie T, à Marie G, à Mélanie et les autres.

A Monica et Claude, qui m'aident à développer un autre regard...

A toute l'équipe du cabinet médical de Château-Renault, aux médecins et aux secrétaires. Merci pour votre accueil, vos conseils et pour la confiance que vous me portez.

Merci enfin aux médecins généralistes qui ont bien voulu participer à cette enquête et qui se sont intéressés à mon travail.

**DÉPISTAGE DU MÉLANOME PAR LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES : ENQUÊTE DANS
UN DÉPARTEMENT À FAIBLE DENSITÉ
MÉDICALE**

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	11
ABSTRACT.....	13
INTRODUCTION.....	15
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	18
RÉSULTATS.....	21
DISCUSSION.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	30
ANNEXE.....	33

RÉSUMÉ

Introduction - L'incidence des cancers cutanés est en constante augmentation. Le mélanome est le cancer cutané le plus meurtrier avec près de 1700 décès par an en France. La faible densité médicale actuelle en région Centre Val de Loire rend l'accès au médecin généraliste et au dermatologue difficile. Notre étude avait pour objectif d'évaluer la pratique quotidienne des médecins généralistes du Cher dans le dépistage en cancérologie cutanée de manière générale, et du mélanome en particulier.

Matériel et méthodes – Nous avons adressé en novembre 2015 un questionnaire à tous les médecins généralistes du département du Cher (soit 204 questionnaires) afin de recueillir leurs caractéristiques (âge, sexe, modalités d'exercice, nombre de patients vus en moyenne par jour), évaluer leur connaissance du mélanome et de ses facteurs de risque, connaître leur pratique quotidienne du dépistage des cancers cutanés. Le questionnaire était divisé en deux parties : une première composée de 23 items avec une majorité de questions fermées, une deuxième comportant une série de 10 cas cliniques avec photographies de 5 tumeurs cutanées bénignes et de 5 tumeurs cutanées malignes évaluant leur diagnostic, le degré de certitude, et la prise en charge. Leurs réponses étaient anonymes.

Résultats – Nous avons reçu 72 réponses (taux de réponse de 35%). 38 médecins (55%) avaient une attitude adaptée face aux 5 lésions malignes, et 18 médecins (26%) une attitude adaptée dans 4 cas sur 5. L'âge, le mode d'exercice (seul ou en groupe), le nombre de consultations quotidiennes, le niveau de connaissance des facteurs de risque de développer un mélanome et le degré d'aisance ressentie pour le diagnostic du mélanome n'étaient pas associés significativement à une attitude mieux adaptée.

Conclusion – Les médecins généralistes ont un bon niveau de connaissance et une conduite pratique le plus souvent adaptée dans le dépistage et la prise en charge des cancers cutanés.

Les principales difficultés identifiées sont le manque de temps et la difficulté croissante d'accès au dermatologue. La mise en place d'un accès facilité par télé-dermatologie est sollicitée par 89% des répondants, et pourrait améliorer la détection précoce du mélanome.

Mots clés : mélanome, dépistage, médecins généralistes

ABSTRACT

Introduction – The incidence of cutaneous cancers is increasing constantly. Melanoma is the biggest killer, causing almost 1700 deaths per year in France. The current low medical density in the Centre Val de Loire area makes access to general practitioners (GP) and dermatologists harder. The aim of this study was to evaluate GPs' everyday practice in cutaneous cancers screening in general, and particularly in melanoma screening, in a rural region of France.

Material and methods – We sent a questionnaire on November 24th 2015 to all GPs of the Cher department (204 questionnaires), to collect their features (age, sex, working methods, average number of consultation per day), to assess their knowledge of melanoma and its risk factors, and to appraise their everyday practice in the screening of cutaneous cancers. The questionnaire contained 2 parts : the first part was composed of 23 items (mainly closed questions) and the second part was a colour photographic quiz including 5 benign cutaneous tumors and 5 malignant ones, assessing diagnosis, level of certainty, and management. We guaranteed complete anonymity.

Results – The response rate was 35% (72 responses). 38 GPs (55%) had an appropriate management facing the 5 malignant lesions, 18 GP (26%) had an appropriate management in 4 out of 5 cases. The age, working alone or in a team, the daily number of consultations, knowledge about melanoma risk factors, and the level of ease dealing with the screening of melanoma was not significantly associated with a better management.

Conclusion – GPs had a good knowledge and an appropriate management of skin cancer. The major obstacles were the lack of time and difficult access to dermatologists. The setting-up of an easier access with tele-dermatology was requested by 89% of responders, and should improve early detection of melanoma.

Key words : melanoma, screening, general practitioners

INTRODUCTION

Le mélanome est un cancer cutané dont l'incidence est en constante augmentation depuis 40 ans en France, avec une incidence actuellement à 11 nouveaux cas/an/100 000 habitants [1,2]. Le mélanome est guéri dans 80 % des cas grâce à une chirurgie d'exérèse avec 1 ou 2 cm de marges latérales, mais il est responsable du décès de près de 1700 malades par an en France lorsque l'intervention est survenue alors que la maladie s'est déjà propagée [1]. La survie relative à 5 ans du mélanome est de 98% au stade localisé, 63% au stade loco-régional et 16% au stade métastatique (d'après les données du Surveillance, Epidemiology and End Results Program en 2013 [3]).

A la différence de la plupart des autres cancers, le mélanome est une tumeur visible, qui peut être détectée par le patient lui-même, ou par un professionnel de santé lors d'un examen cutané complet. Ce constat a mené les autorités sanitaires à mettre en place des actions de prévention et à rechercher des moyens d'améliorer la détection précoce de ce cancer. A l'heure actuelle, un dépistage systématique organisé du mélanome dans la population générale n'est pas recommandé en France et dans la plupart des pays, en raison d'une incidence relativement faible par comparaison à celle de cancer du sein ou du cancer colorectal, et faute d'arguments suffisants pour évaluer le ratio coût-efficacité [4,5]. De fait, l'HAS en 2006 a fait la promotion d'une stratégie de diagnostic précoce par un dépistage ciblé des groupes à plus haut risque (antécédents familiaux ou personnel de mélanome, nombreux naevi, phototype roux, immunodépression), suite à l'analyse de la littérature scientifique, en soulignant le rôle central du médecin généraliste [1,6,7]. En effet, celui-ci par son exercice d'omnipraticien est amené à examiner l'ensemble de la population générale, il occupe donc une place de choix dans l'identification d'une population à plus haut risque de mélanome [8,9,10]. Son rôle est primordial à plusieurs titres : d'une part en prévention primaire avec

l'information des patients (sensibilisation aux facteurs de risque, éducation vis-à-vis des risques de l'exposition solaire); d'autre part en prévention secondaire (incitation au diagnostic précoce du mélanome, éducation de la population sur l'identification du mélanome, examen cutané des patients à risque afin d'adresser sans délai toute lésion suspecte au dermatologue). Le médecin qui pratique l'examen doit avoir une bonne connaissance de la séméiologie des mélanomes. Cependant il n'a pas nécessairement reçu une formation spécifique à la séméiologie diagnostique de ces tumeurs ou à la reconnaissance des sujets à risque au cours du cursus universitaire ou de la formation médicale continue.

Notre expérience, et quelques études de la littérature, suggèrent que les mélanomes opérés dans les régions à faible densité médicale (en généralistes et en spécialistes) sont plus épais et donc à plus haut risque d'entraîner le décès du patient [11,12]. Dans la région Centre Val de Loire, la démographie médicale est très basse. Dans le département du Cher plus particulièrement, les effectifs des médecins généralistes libéraux et des dermatologues sont en décroissance constante depuis les années 1990. Ce département rural, qui comptait 311 020 habitants au 1^{er} janvier 2012, occupe l'avant dernière place au classement national des 95 départements français en ce qui concerne le nombre de médecins. La densité de la circonscription est parmi les plus faibles de France : 68,4 pour 100 000 habitants contre 94,0 au niveau national et 79,8 au niveau régional. La dégradation des effectifs médicaux au niveau local s'est accélérée depuis fin 2008 et semble devoir se poursuivre. La dermatologie est l'une des spécialités en souffrance : le nombre de dermatologues du Cher est passé de 8 en 2000 à 5 en 2016 et les prévisions sont à 4 en 2018. [13,14]

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la pratique quotidienne actuelle des médecins généralistes du Cher dans le dépistage en cancérologie cutanée en général, et du mélanome en particulier. L'objectif principal était d'analyser, face à des cas cliniques concrets de tumeurs pouvant faire discuter un mélanome, si l'attitude pratique du médecin était adaptée. Les

objectifs secondaires étaient d' identifier les obstacles au dépistage précoce du mélanome en médecine générale, les difficultés d'accès du généraliste au spécialiste pour un avis ou pour la prise en charge thérapeutique des lésions, et les besoins éventuels de formation dans ce domaine spécifique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Type d'étude

Nous avons effectué une enquête par un auto-questionnaire envoyé à tous les médecins généralistes du département du Cher. L'enquête a commencé par un premier envoi postal aux médecins le 24 novembre 2015. Nous avons effectué une relance par courrier aux médecins n'ayant pas répondu à la première sollicitation au bout de 2 mois. Chaque courrier contenait outre le questionnaire, une lettre explicative présentant l'étude et les modalités de réponse et de renvoi du questionnaire, et une enveloppe timbrée et libellée à notre adresse dans laquelle les médecins étaient invités à placer le questionnaire complété. Les médecins répondaient de façon anonyme. Le dernier questionnaire rempli a été reçu le 17 avril 2016.

Population cible

Nous avons adressé par courrier un questionnaire à tous les médecins généralistes du département du Cher, dont la liste avait été fournie par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Cher.

Questionnaire

Le questionnaire était intitulé « Diagnostic précoce du mélanome : Enquête auprès des médecins généralistes du Cher » et composé de deux parties.

La première partie comportait d'une part des questions fermées (22 items) permettant de recueillir des données démographiques et les modalités d'exercice des médecins (sexe, âge, exercice seul ou en groupe, urbain ou rural, nombre de consultations quotidiennes...),

d'appréhender leur niveau de connaissance sur le mélanome et ses facteurs de risque, et de connaître leur pratique quotidienne du dépistage des cancers cutanés incluant le mélanome.

Une dernière question ouverte était destinée à saisir les difficultés des médecins généralistes face au dépistage du mélanome (« Quelles sont, selon vous, les freins au dépistage du mélanome ? Commentaires libres sur la question du mélanome dans votre pratique »).

La deuxième partie se composait de 10 cas cliniques, avec à chaque fois une photographie en couleur d'une lésion cutanée associée à un bref résumé clinique. Les médecins devaient répondre à 3 questions identiques pour chaque cas :

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quel est votre degré de certitude ? (réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))
3. Quelle est votre attitude ? (choix multiple de réponses : « je fais une exérèse de la lésion », « je surveille l'évolution de la lésion », « j'adresse à un dermatologue », « j'adresse à un chirurgien », « je rassure le patient »)

Notre critère de jugement principal était de savoir si les médecins généralistes avaient une conduite adaptée devant une lésion cutanée maligne. Nous avons donc sélectionné uniquement les réponses aux cas cliniques n°1,3,7, 9 et 10 qui présentaient des photographies de lésions malignes (carcinome baso-cellulaire pigmenté pour le n°1, mélanome pour les autres). La conduite était considérée comme adaptée si la réponse du médecin était « je fais une exérèse de la lésion » et/ou « j'adresse à un dermatologue » et/ou « j'adresse à un chirurgien », sans tenir compte du diagnostic proposé par le médecin. Nous ne tenions pas compte des réponses aux autres cas cliniques pour l'évaluation du critère de jugement principal, ceux-ci correspondant à des lésions bénignes (naevus atypique pour les cas n°2 et 4,

naevus bleu pour le n°5, naevus en phase inflammatoire pour le n°6, kératose séborrhéique pour le n°8).

Analyse statistique

Les données des questionnaires anonymisés ont été saisies sur une feuille Excel. Les données continues ont été décrites à l'aide de moyennes et de médianes. Les données discontinues étaient exprimées en nombres et pourcentages.

Une analyse des corrélations entre certaines variables a été effectuée, les résultats ont été obtenus par le test du Chi2 pour les données qualitatives et par le test de Student pour les données quantitatives. Les statistiques descriptives ont été menées à l'aide du logiciel XLSTAT.

RÉSULTATS

Nous avons envoyé 204 questionnaires et recueilli 52 réponses à la première sollicitation (soit 25% de taux de réponse) puis 20 réponses supplémentaires lors de la relance (soit au total 72 réponses, et un taux de réponse de 35%).

1) Première partie

43 médecins ont répondu à la totalité des items de la première partie du questionnaire (soit 60% des médecins répondeurs).

Caractéristiques de la population étudiée

Les médecins ayant répondu au questionnaire étaient majoritairement des hommes (65%), avec un sexe ratio hommes/femmes égal à 1,9. L'âge moyen était de 52 ans (âges compris entre 30 et 70 ans, médiane à 54,5). Les médecins se répartissaient approximativement pour moitié en mode d'exercice urbain et l'autre moitié en exercice rural (36 médecins avaient un exercice rural soit 50 %, 34 avaient un mode d'exercice urbain soit 47%, et 2 n'ont pas répondu à cette question, soit 3%). 32 médecins exerçaient seuls (44%) et 32 exerçaient en groupe (24 en cabinet de groupe et 8 en maison médicale), 8 n'ont pas répondu (11%).

Les médecins recevaient en moyenne 30 patients par jour (médiane à 29).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

Caractéristiques	Total	
	n	%
TOTAL	72	
Sexe	<i>n=72</i>	
Femme	25	35
Homme	47	65
Age	<i>n=70</i>	
âge < 40 ans	12	17
âge 40-54 ans	23	33
âge >= 55 ans	35	50
Mode d'exercice	<i>n=70</i>	
Urbain	34	49
Rural	36	51
Mode d'exercice	<i>n=64</i>	
Seul	32	50
En groupe	32	50
Nombre de consultations quotidienne:	<i>n=69</i>	
< 20	7	10
20-34	47	68
35-49	13	19
>=50	2	3
Pratique d'une consultation dédiée à l'examen cutané	<i>n=72</i>	
Non	55	76
Oui	17	24

Pratique de l'examen cutané, conseils de photo-protection et dépistage des cancers

A la question « faites-vous déshabiller complètement (en sous-vêtements) vos patients ? », 47 médecins (65%) déclaraient le faire régulièrement (toujours 14%, souvent 51%) alors que cela ne faisait pas partie de la routine en consultation pour plus d'un tiers d'entre eux (parfois 31%, rarement 4%).

Il arrivait à 24% d'entre eux de consacrer une consultation uniquement à l'examen de la peau.

La grande majorité des médecins (94%) informait leurs patients des risques liés à l'exposition solaire (parmi eux 37 % le faisaient chez tout le monde, 65% chez les patients à risque, 25% chez les enfants, les médecins pouvant cocher plusieurs réponses). Cette information était

dispensée toute l'année pour 17% d'entre eux, avant la période des vacances d'été pour 39 %, lors d'une consultation avec un motif dermatologique pour 43%, lorsqu'ils prescrivaient un médicament photo sensibilisant pour 49 %, et pas forcément à une période particulière mais lorsqu'ils y pensaient pour 43% d'entre eux (plusieurs choix de réponses par médecin possibles).

Cette information était délivrée par voie orale à chaque fois, et seuls 2 médecins déclaraient l'associer à une information écrite sous forme de brochure explicative.

Lorsque cette information n'était pas délivrée aux patients, cela l'était par manque de temps dans la majorité des cas (87%), ou par défaut de formation sur les effets du soleil sur la peau (35%). Aucun médecin ne déclarait qu'il s'agissait d'un sujet ne concernant pas la médecine générale.

69 % des médecins avaient déjà parlé de l'auto-examen cutané à leurs patients.

Niveau de connaissance concernant la photo-protection et le dépistage des cancers cutanés

Nous avons souhaité évaluer le niveau de connaissance des médecins généralistes concernant le dépistage du mélanome. Nous avons ainsi cherché à savoir s'ils étaient familiers avec les méthodes de dépistage.

La méthode ABCDE est connue au moins partiellement par 58% des médecins.

En revanche, le signe du vilain petit canard est connu par seulement 19% des médecins.

Les facteurs de risque de développer un mélanome étaient plutôt bien connus des médecins généralistes. Sur les 16 propositions de la question correspondante (n°11), 10 étaient des facteurs de risque reconnus. Nous avons pu ainsi attribuer des notes sur 16, puis par une règle de 3 convertir en une note sur 100. Celles-ci s'évaluaient de 31 à 100 avec une moyenne de 71 (médiane à 72). Un tiers des médecins avait répondu justement à plus de 80% des questions.

Difficultés rencontrées dans le dépistage du mélanome

L'auto-évaluation de la difficulté ressentie pour l'accès au spécialiste, sur une échelle fermée croissante comprenant 11 valeurs possibles de 0 à 10, montrait un accès plus aisé au chirurgien (médiane à 4, extrêmes 0-9) qu'au dermatologue (médiane à 8, extrêmes 0-10).

89 % des médecins étaient favorables à la mise en place d'un accès rapide au soin pour la cancérologie cutanée avec un téléphone ou e-mail dédié et la possibilité d'envoi d'images.

L'auto-évaluation de l'utilité ressentie de la télé-dermatologie sur une échelle croissante était très forte (moyenne à 7,7, médiane à 10, extrêmes 0-10). Les principaux freins au dépistage du mélanome cités par les médecins étaient, par ordre décroissant de fréquence : le manque de temps (40%), une formation insuffisante (33%), la difficulté d'accès au dermatologue (26%), le manque d'information des patients (11%), la pudeur des patients (7%), l'absence de financement dédié ou de cotation consacrée au dépistage en dermatologie (4%), la difficulté à sensibiliser les patients à ce problème (4%), le manque de pratique (3%), le manque d'outils en consultation (sites internet, brochures..., 3%), la peur des patients vis-à-vis du dépistage des cancers en général (3%).

Evaluation du besoin de formation

Les médecins ne se sentaient pas très à l'aise et fiables pour dépister un mélanome : sur une échelle croissante (de 0 = pas à l'aise du tout à 10 = très à l'aise) la moyenne était de 4,2 avec une médiane à 5 (valeurs extrêmes 0-10). Ils exprimaient un fort besoin de formation sur ce thème : sur une échelle croissante de 0 à 10, la moyenne était à 7,9 pour une médiane à 8 (extrêmes 3-10). Ainsi, 89% des médecins manifestaient le souhait de réaliser un dépistage ciblé des sujets à risque après une éventuelle formation sur le dépistage précoce du mélanome.

2) Deuxième partie

30 médecins ont répondu à la totalité des 10 cas cliniques (soit 42% des répondeurs), et 59 ont répondu aux 5 items portant sur le critère de jugement principal (82%). 3 médecins n'ont pas répondu à cette partie du questionnaire (4%). 38 médecins (55%) avaient une attitude adaptée face aux 5 cas présentant des lésions malignes, et 18 médecins (26 %) avaient une attitude adaptée pour 4 items sur 5. 9 (13%) avaient une attitude adaptée 3 fois sur 5, 3 (4%) 2 fois sur 5 et un 1 fois sur 5. L'âge, le mode d'exercice (seul ou en groupe), le nombre de consultations quotidiennes, le niveau de connaissance des facteurs de risque de développer un mélanome et le degré d'aisance ressentie pour le diagnostic du mélanome n'étaient pas associés significativement à une attitude mieux adaptée. (cf. tableau 2)

Tableau 2 : Conduite adaptée ou non des médecins devant 5 cas cliniques de lésions cutanées malignes, en fonction de variables démographiques, habitudes de pratique, connaissance théorique et aisance diagnostique

Caractéristiques	Réponses adaptées						p
	Total		non		oui		
	n	%	n	%	n	%	
TOTAL	72		34		38		
Age	n=70						0,36
âge < 40 ans	12	17	8	67	4	33	
âge 40-54 ans	23	33	11	48	12	52	
âge >= 55 ans	35	50	15	43	20	57	
Mode d'exercice	n=64						0,80
Seul	32	50	16	50	16	50	
En groupe	32	50	17	53	15	47	
Nombre de consultations quotidiennes ¹	n=69						0,30
< 29	29	42	16	55	13	45	
>=29	40	58	17	42	23	58	
Pratique d'une consultation dédiée à l'examen cutané	n=72						0,99
Non	55	76	26	47	29	53	
Oui	17	24	8	47	9	53	
Aisance au dépistage du mélanome ²	n=71						0,54
<5	34	48	15	44	19	56	
>=5	37	52	19	51	18	49	
Score de connaissance ³ :							
moyenne (médiane [min-max])	n=69		71(68,8[31-100])		71,1(71,9[31-100])		0,89

¹ : 29 étant la médiane du nombre de consultations quotidiennes

² : sur une échelle croissante de 0 à 10

³ : score sur 100, recueilli à la question portant sur la connaissance des facteurs de risque de mélanome

DISCUSSION

Notre objectif était d'évaluer la pratique quotidienne des médecins généralistes du Cher dans le dépistage du mélanome et d'identifier leurs difficultés et les freins à un dépistage précoce.

L'attitude pratique face à une lésion cutanée pigmentée

L'objectif principal était de quantifier le nombre de conduites médicales adaptées face à la découverte d'une tumeur cutanée maligne. Cette étude montre que dans les 5 cas de lésions cutanées malignes proposés dans notre questionnaire, 55% des médecins avaient une attitude parfaite (soit 5 bonnes réponses) et 26% avaient une très bonne attitude (4 bonnes réponses). Ce type d'évaluation, en situation quasi-réelle, basée non pas sur la reconnaissance précise des lésions cutanées mais sur la conduite à tenir adaptée ou non des médecins généralistes face à ces lésions n'a, à notre connaissance, jamais été publiée en France. De plus, l'auto-questionnaire montre de bonnes connaissances théoriques des facteurs de risque de développer un mélanome et de la méthode ABCDE (méthode analytique visuelle, par laquelle une lésion est susceptible d'être un mélanome si elle est Asymétrique, a des Bords irréguliers, est de Couleur inhomogène, de Diamètre supérieur à 6 millimètres, et est Evolutive en taille, épaisseur ou couleur). En revanche peu de médecins étaient familiers du signe du vilain petit canard (méthode cognitive visuelle selon laquelle une lésion mélanocytaire sera considérée comme suspecte si elle est cliniquement différente des autres naevi du patient) [15].

Les difficultés du dépistage précoce du mélanome

Nos objectifs secondaires étaient de recueillir et d'analyser les difficultés déclarées par les médecins dans la réalisation pratique du dépistage précoce du mélanome. Les obstacles les

plus fréquemment évoqués par les médecins étaient le manque de temps, une formation insuffisante et la difficulté d'accès au dermatologue. Celle-ci se conçoit aisément au regard des derniers relevés démographiques publiés par la Dress au 1^{er} janvier 2016 [16]. La densité moyenne en dermatologues au niveau national est de 6 pour 100 000 habitants, et de 4,4 pour la région Centre Val de Loire avec de fortes disparités selon les départements : 8,7 dermatologues pour 100 000 habitants en Indre-et-Loire, 2,2 dans l'Indre, et seulement 1,6 dans le Cher. Pour pallier ces difficultés, 9 médecins sur 10 souhaitaient la mise en place de mesures pour faciliter l'accès au soin (téléphone et adresse mail dédiés) avec l'expression d'un fort intérêt envers la télé-dermatologie. Le besoin de formation se faisait nettement ressentir, et faisait écho avec un manque d'assurance face au dépistage du mélanome, alors même que 9 médecins sur 10 se déclaraient prêt à réaliser un dépistage des sujets à risque dans leur patientèle.

Comparaison aux données de la littérature

Peu d'études ont recueilli le point de vue des médecins généralistes sur la mise en pratique des recommandations de l'HAS pour un dépistage ciblé [17]. Nous avons retrouvé dans la littérature quelques études évaluant la performance diagnostique des médecins généralistes, généralement en la comparant à celle des dermatologues [18,19,23], mais leur attitude thérapeutique a été rarement sondée. Une étude néo-zélandaise datant de 1994 [20] a montré une très bonne identification par les médecins généralistes des lésions à biopsier (alors qu'il y avait certaines erreurs dans la reconnaissance des diagnostics, moyenne des scores obtenue sur 12 cas cliniques avec photographies et résumé clinique concernant la décision correcte de biopsier ou non = 10,1 sur 12 ; moyenne correspondant aux bons diagnostics = 8,4). Deux études australiennes datant de 1994 et 2005 [21,22] ont également mis en évidence la forte

compétence des médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge des lésions cutanées sur questionnaire incluant des photographies.

Nos résultats concernant le besoin de formation exprimé par les médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes et de leur manque d'aisance dans ce domaine est concordant avec ceux de la littérature [23,24,25]. Dans une thèse qui avait pour sujet le dépistage des tumeurs noires en médecine générale en Haute-Vienne, 70% des médecins généralistes estimaient que le diagnostic du mélanome était de leur ressort mais, paradoxalement, 94% d'entre eux ne se sentaient pas compétents et disaient manquer de formation [26]. Dans une autre thèse datant de 2012 [27] 28% des médecins généralistes déclaraient avoir un sentiment de formation insuffisante en ce qui concerne le dépistage du mélanome, 56 % un sentiment de formation moyen et 16% un sentiment bon.

Limites de l'étude

Le taux de réponse au questionnaire était de 35 %. Il s'agit d'un taux assez faible mais qui est habituel dans ce type d'étude. Il est ainsi comparable au taux de 35% de réponses obtenues dans une enquête faite sur le même thème dans le Val de Marne en 2012 [28].

De plus l'échantillon des médecins ayant répondu au questionnaire est assez représentatif des médecins généralistes exerçant dans le département du Cher : ils sont âgés de 54,3 ans alors que l'âge moyen des médecins de notre étude est de 52,3 ans. Ce sont pour 39 % des femmes (35 % dans notre étude). La part des généralistes du Cher étant âgés de moins de 40 ans était de 9 % en 2015 (17 % dans notre étude), celle des médecins d'au moins 60 ans était de 27 % (19 % dans notre étude) [14]. Cependant il existe un biais de sélection indiscutable, on peut penser que les médecins ayant répondu au questionnaire sont ceux qui sont intéressés par le dépistage du mélanome ou qui participent le plus aux formations médicales continues. Il est

en effet possible que certains médecins aient participé à une formation en dermatologie avant de répondre au questionnaire, ce que nous n'avons pas évalué dans notre étude.

Il existe également un biais de déclaration car il s'agit d'un auto-questionnaire, et les médecins peuvent omettre volontairement de répondre correctement aux questions. En précisant que l'anonymat était garanti, nous avons tenté de limiter au mieux ce biais.

Nos tests statistiques concernant la recherche de corrélation entre l'attitude adaptée ou non des médecins généralistes et de possibles facteurs associés n'ont pas été concluants. Ceci est en partie lié à la taille restreinte de notre échantillon.

En dépit de ces faiblesses, notre étude avait l'intérêt de se mettre en situation quasi-réelle, avec des photographies en couleur de lésions associées à un bref résumé clinique, permettant d'approcher étroitement les conditions d'une pratique en cabinet.

De plus notre critère de jugement principal n'était pas la connaissance précise du bon diagnostic, mais l'évaluation de l'attitude adaptée face à une lésion, ce qui se rapproche également des conditions d'exercice réel, où le médecin généraliste est confronté quotidiennement au doute diagnostique, mais doit prendre la bonne décision thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome 2006.
<http://www.has-sante.fr/>
2. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1—Tumeurs solides. Saint-Maurice, France: Institut de Veille Sanitaire, 2013.
3. SEER Program Cancer Statistics <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html#survival>
4. Cancer Council Australia, New Zealand, Ministry of Health, Melanoma Network (NSW) CIN, New Zealand Guidelines Group. Clinical practice guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand: evidence-based best practice guidelines. Sydney, N.S.W.; New Zealand: Cancer Council Australia: Australia Cancer Network; Ministry of Health; 2008
5. Wolff T, Tai E, Miller T. Screening for Skin Cancer : An Update of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2009 [cité 15 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK34051>
6. Rat C, Grimault C, Quereux G 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.
7. Martinka MJ, Crawford RI, Humphrey S. Clinical Recognition of Melanoma in Dermatologists and Nondermatologists. *J Cutan Med Surg*. 2015 Dec 16
8. Grange F, Barbe C, Aubin F et al. Clinical and Sociodemographic Characteristics Associated With Thick Melanomas : A Population-Based, Case-Case Study in France. *Arch Dermatol*. 2012;148:1370-1376
9. Grange F, Barbe C, Mas L et al. The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma : a population-based study in France. *Br J Dermatol* 2012;167:1351–9.
10. Rat C, Quereux G, Riviere C et al. Targeted melanoma prevention intervention : a cluster randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2014;12:21-8.
11. Durbec F, Vitry F, Granel-Brocard MD et al. The role of circumstances of diagnosis and access to dermatological care in early diagnosis of cutaneous melanoma : a population-based study in France. *Arch Dermatol* 2010;146:240-6.

12. Stitzenberg K B, Thomas N E, Dalton K et al. Distance to Diagnosing Provider as a Measure of Access for Patients With Melanoma. Arch Dermatol. 2007;143:991–8.
13. Programme territorial de santé du Cher 2013-2016, Agence Régionale de Santé du Centre http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARS/Votre_ARS/PRS/PTS/PTS_18.pdf
14. La démographie médicale en région Centre. Situation en 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins (disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf)
15. Grob JJ, Bonerandi JJ. The 'ugly duckling' sign : identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. Arch Dermatol 1998;134:103-4
16. Données sur les médecins au 1^{er} janvier issues de l'exploitation statistique du RPPS, mise à jour 27 juin 2016. Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)
17. L'Huillier G. Diagnostic précoce et prévention du mélanome chez le sujet à risque : audit de pratique de médecins généralistes lorrains. Résultats du 1^{er} tour. Thèse pour le doctorat en Médecine, Nancy, 2009.
18. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert JM. Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions. J Am Acad Dermatol 2001;44:979-86
19. Richard MA, Grob JJ, Avril MF et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II) : the role of doctors. Int J Cancer 2000;89:280–5.
20. McGee R, Elwood M, Adam H et al. The recognition and management of melanoma and other skin lesions by general practitioners in New Zealand. N Z Med J 1994;107:287-90.
21. Paine SL, Cockburn J, Noy SM, Marks R. Early detection of skin cancer. Knowledge, perceptions and practices of general practitioners in Victoria. Med J Aust 1994;161:188-9,192-5.
22. Baade PD, Del Mar CB, Lowe JB et al. Clinical diagnosis and management of suspicious pigmented skin lesions--a survey of GPs. Aust Fam Physician 2005;34:79-83
23. Offidani A, Simonetti O, Bernardini ML et al. General practitioners' accuracy in diagnosing skin cancers. Dermatology 2002;205:127-30.

24. Synthèse de la vague 2 du baromètre « Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau ». INCa. Octobre 2011.
25. Duminil T, Borys MF, Millot C. Quel rôle le médecin généraliste souhaite-t-il avoir dans la détection précoce du mélanome ? Une étude qualitative. In: Ettori-Ajasse I, Dibao-Dina C. Exercer. 2015;118(suppl 2):S20-S21.
26. Housjaux S. Diagnostic et dépistage des tumeurs noires en médecine générale : analyse des besoins. Thèse pour le Doctorat en Médecine, Limoges, 2005.
27. Aubert C. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecin généralistes en Haute Normandie. Thèse pour le doctorat en Médecine, Rouen, 2012
28. Yaiche Tibi M. Le dépistage précoce en cancérologie cutanée : évaluation des pratiques en médecine générale et analyse des besoins en formation des médecins généralistes du Val de Marne. Thèse pour le Doctorat en Médecine, Créteil, Université Paris Est Créteil, 2013.

ANNEXE

Annexe 1 : Lettre explicative envoyée à tous les médecins généralistes du Cher

Chère consœur, cher confrère,

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire centré sur les problèmes liés au dépistage et à la prise en charge du mélanome dans votre département du Cher. Ceci constituera la base de la thèse de Médecine générale de Valérie Zimmerlé. Elle a effectué une partie de son internat de médecine générale dans le Cher, et effectué un stage en Dermatologie au CHU.

Nous pensons que la démographie médicale particulièrement basse dans le Cher est une des sources potentielles de difficultés, de retard à la prise en charge, et d'une perte de chance pour le patient atteint d'un mélanome. Nous souhaitons recueillir votre point de vue, analyser vos difficultés, puis, grâce à vos réponses et si notre hypothèse est vérifiée, mettre en place un accès plus facile au spécialiste pour la prise en charge précoce des mélanomes. Nous souhaitons aussi là encore si ce sondage fait apparaître un besoin, promouvoir des actions de FMC pour améliorer la reconnaissance précoce des mélanomes débutants ou trompeurs.

Le questionnaire a été testé par quelques médecins généralistes. Il vous prendra probablement 15 à 30 minutes. Vous glisserez vos réponses dans une première enveloppe, garantissant l'anonymat, elle même mise dans une deuxième enveloppe timbrée à notre adresse, sur laquelle vous apposerez votre nom (pour éviter de recevoir une relance en l'absence de réponse).

Nous vous remercions sincèrement pour votre aide.

Pr Laurent Machet, chef du service de Dermatologie
Valérie Zimmerlé, médecin généraliste, remplaçante.

Annexe 2 : Questionnaire

Diagnostic précoce du mélanome : Enquête auprès des médecins généralistes du Cher

- 1) Etes-vous : ☐ Une femme ☐ Un homme

- 2) Quel est votre âge ? ans

- 3) Quel est votre mode d'exercice ?

☐ Urbain	☐ Seul(e)
☐ Rural	☐ En cabinet de groupe
	☐ En maison médicale
	☐ Salarié(e)

- 4) Lors de vos consultations de médecine générale, faites-vous déshabiller complètement (en sous-vêtements) vos patients ?

☐ Toujours
☐ Souvent
☐ Parfois
☐ Rarement

- 5) Combien de patients recevez-vous chaque jour, en moyenne ?
.....

- 6) Vous arrive-t-il de consacrer une consultation uniquement à l'examen de la peau ?

☐ Oui
☐ Non

- 7) Informez-vous habituellement vos patients des risques liés à l'exposition solaire ?

☐ Oui, chez tout le monde
☐ Oui, chez les patients à risque
☐ Oui, chez les enfants
☐ Non

- 8) Si oui, à quel moment ?

☐ Toute l'année
☐ Avant la période des vacances d'été
☐ Lors d'une consultation avec un motif dermatologique
☐ Pas forcément à une période particulière, lorsque vous y pensez
☐ Lorsque vous prescrivez un médicament photo sensibilisant

- 9) Sous quelle forme ?

☐ Information orale
☐ Information écrite (brochure explicative)
☐ Les deux

10) Si non, pourquoi ?

- ☐ Manque de temps
- ☐ Défaut de formation sur les effets du soleil sur la peau
- ☐ Sujet ne concernant pas la Médecine Générale à votre avis

11) Selon vous, parmi les propositions suivantes, lesquelles sont reconnues comme étant des facteurs de risque de développer un mélanome :

- ☐ Exposition intense, intermittente, aux rayons UV du soleil
- ☐ Exposition occasionnelle aux rayons UVA des cabines de bronzage
- ☐ Présence d'éphélides (tâches de rousseur)
- ☐ Nombre de naevi élevé (> 40)
- ☐ Présence de naevi cliniquement atypiques
- ☐ Antécédents familiaux de mélanome
- ☐ Consommation excessive d'alcool
- ☐ Consommation de tabac
- ☐ Antécédents de coups de soleil sévères dans l'enfance
- ☐ Immunosuppression (greffé rénal par exemple)
- ☐ Phototype clair (roux, blond)
- ☐ Présence de naevi congénitaux
- ☐ Naevus irrité ou traumatisé
- ☐ Naevus des mains et des pieds
- ☐ Naevus des ongles
- ☐ Naevus génital

12) Concernant le dépistage du mélanome, connaissez-vous la méthode ABCDE ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Partiellement

13) Concernant le dépistage du mélanome, connaissez-vous la théorie du « vilain petit canard » ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

14) Avez-vous déjà parlé à vos patients de l'auto-examen cutané ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

15) Quels sont selon vous les facteurs de risque d'avoir un mélanome plus épais ?

- ☐ Etre un homme seul de plus de 60 ans
- ☐ Etre dépressif
- ☐ Avoir un niveau socio-économique bas
- ☐ Une densité médicale en médecins généralistes basse
- ☐ Une densité médicale en dermatologues basse

16) Quel degré de difficulté ressentez-vous pour l'accès au spécialiste (dermatologue) ?

(Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune difficulté à 10 = impossible)

.....

17) Quel degré de difficulté ressentez-vous pour l'accès au spécialiste (chirurgien)

(Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune difficulté à 10 = impossible)

.....

18) Souhaitez vous la mise en place d'un accès rapide au soin pour le mélanome (et les cancers cutanés) avec un téléphone, e-mail dédié, possibilité d'envoi d'images ?

☐ Oui☐ Non

19) Selon vous, la télé dermatologie (envoi de photos avec bref résumé clinique) vous rendrait-elle service ? (Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune utilité à 10 = très utile)

.....

20) Ressentez-vous le besoin d'une formation sur le dépistage précoce du mélanome ?

(Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucun besoin à 10 = très fort besoin)

.....

21) Vous sentez-vous à l'aise et fiable pour dépister un mélanome cutané ?

(Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = pas à l'aise du tout à 10 = très à l'aise)

.....

22) Après une éventuelle formation sur le dépistage précoce du mélanome, souhaitez-vous réaliser dans votre patientèle un dépistage des sujets à risques ?

☐ Oui☐ Non

23) Quels sont, selon vous, les freins au dépistage du mélanome ? Commentaires libres sur la question du mélanome dans votre pratique :

[illegible]

Quiz photo : 3 questions identiques pour chacune des 10 photos suivantes

Cas n°1 - Lésion du dos, acquise depuis 3 ans, chez un homme de 32 ans



- Quel est votre diagnostic ?

.....

- Quel est votre degré de certitude ? (Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure le patient

Cas n°2 - Jeune femme de 21 ans, lésion du dos, présente depuis quelques années



- Quel est votre diagnostic ?

.....

- Quel est votre degré de certitude ? (Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure la patiente

Cas n°3 - Lésion présente depuis « toujours », du dos, chez un homme de 42 ans. Son épouse dit qu'elle s'est modifiée.



- Quel est votre diagnostic ?

.....

.....

.....

- Quel est votre degré de certitude ?

(Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure le patient

Cas n°4 - Homme, 28 ans, consulte pour surveillance systématique



- Quel est votre diagnostic ?

.....

.....

.....

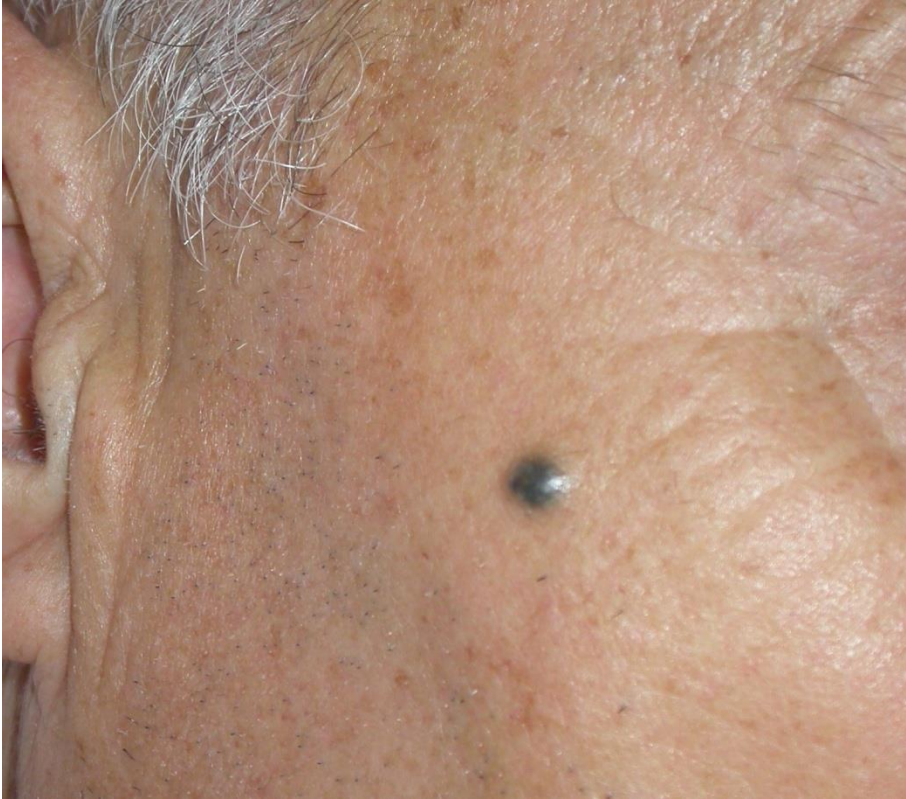
- Quel est votre degré de certitude ?

(Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure le patient



- Quel est votre diagnostic ?

.....
.....
.....

- Quel est votre degré de certitude ?

(Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure le patient



- Quel est votre diagnostic ?

.....
.....
.....

- Quel est votre degré de certitude ? (Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure la patiente



- Quel est votre diagnostic ?

.....
.....
.....

- Quel est votre degré de certitude ? (Réponse
chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 =
aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure la patiente

**Cas n°8 – Homme de 48 ans. Consulte pour cette lésion acquise depuis 6
mois, qui a augmenté de taille, et qui s'est stabilisée**



- Quel est votre diagnostic ?

.....
.....
.....

- Quel est votre degré de certitude ?
(Réponse chiffrée sous forme d'échelle
numérique, de 0 = aucune certitude à 10 =
j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure le patient

Cas n°9 – Femme turque. Ses filles vous disent que cette lésion est apparue depuis 6 mois.

41



- Quel est votre diagnostic ?

.....
.....
.....

- Quel est votre degré de certitude ?

(Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure la patiente

Cas n°10 - Lésion préexistante depuis quelques années. Enceinte de 6 mois. Dépigmentation acquise



- Quel est votre diagnostic ?

.....
.....
.....

- Quel est votre degré de certitude ?

(Réponse chiffrée sous forme d'échelle numérique, de 0 = aucune certitude à 10 = j'en suis absolument sûr(e))

.....

- Quelle est votre attitude ?

- ☐ Je fais une exérèse de la lésion
- ☐ Je surveille l'évolution de la lésion
- ☐ J'adresse à un dermatologue
- ☐ J'adresse à un chirurgien
- ☐ Je rassure la patiente

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to read "L. Bachelier", is positioned above a horizontal line.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Zimmerlé Valérie

44 pages – 2 tableaux – 3 annexes

Résumé :

Introduction - L'incidence des cancers cutanés est en constante augmentation. Le mélanome est le cancer cutané le plus meurtrier avec près de 1700 décès par an en France. La faible densité médicale actuelle en région Centre Val de Loire rend l'accès au médecin généraliste et au dermatologue difficile. Notre étude avait pour objectif d'évaluer la pratique quotidienne des médecins généralistes du Cher dans le dépistage en cancérologie cutanée de manière générale, et du mélanome en particulier.

Matériel et méthodes – Nous avons adressé en novembre 2015 un questionnaire à tous les médecins généralistes du département du Cher (soit 204 questionnaires) afin de recueillir leurs caractéristiques (âge, sexe, modalités d'exercice, nombre de patients vus en moyenne par jour), évaluer leur connaissance du mélanome et de ses facteurs de risque, connaître leur pratique quotidienne du dépistage des cancers cutanés. Le questionnaire était divisé en deux parties : une première composée de 23 items avec une majorité de questions fermées, une deuxième comportant une série de 10 cas cliniques avec photographies de 5 tumeurs cutanées bénignes et de 5 tumeurs cutanées malignes évaluant leur diagnostic, le degré de certitude, et la prise en charge. Leurs réponses étaient anonymes.

Résultats – Nous avons reçu 72 réponses (taux de réponse de 35%). 38 médecins (55%) avaient une attitude adaptée face aux 5 lésions malignes, et 18 médecins (26%) une attitude adaptée dans 4 cas sur 5. L'âge, le mode d'exercice (seul ou en groupe), le nombre de consultations quotidiennes, le niveau de connaissance des facteurs de risque de développer un mélanome et le degré d'aisance ressentie pour le diagnostic du mélanome n'étaient pas associés significativement à une attitude mieux adaptée.

Conclusion – Les médecins généralistes ont un bon niveau de connaissance et une conduite pratique le plus souvent adaptée dans le dépistage et la prise en charge des cancers cutanés. Les principales difficultés identifiées sont le manque de temps et la difficulté croissante d'accès au dermatologue. La mise en place d'un accès facilité par télé-dermatologie est sollicitée par 89% des répondants, et pourrait améliorer la détection précoce du mélanome.

Mots clés : mélanome, dépistage, médecins généralistes

Jury :

Président du jury : Professeur Annabel Maruani

Directeur de thèse : Professeur Laurent Machet

Membres du Jury : Professeur Emmanuel Rusch
Docteur Agnès Dauffy-Allain