



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Dépistage du mélanome en Médecine Générale et évaluation du SAMScore par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 2013 à 16h au Pôle Recherche de la Faculté de Lille Par Emilie Grasset

Jury

Président : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs: Monsieur le Professeur Laurent Mortier

Madame le Professeur Gaëlle Quéreux Monsieur le Docteur Antoine Deleplanque

Directeur de Thèse: Monsieur le Docteur Cyril Maire

Sommaire

INTR	ODUCTION	4
1.	LE MELANOME, QUELQUES NOTIONS	5
-	— Physiopathologie	5
-	— Diagnostic	7
-	— Pronostic	8
-	— Epidémiologie	8
-	— Facteurs de risque de mélanome	10
2.	LE DIAGNOSTIC PRECOCE DU MELANOME	_ 11
-	— Non-pertinence du dépistage du mélanome en population générale	11
-	— Mais des arguments forts en faveur de la promotion du diagnostic précoce du mélanome _	11
-	— Stratégie de diagnostic précoce	12
3.	LES MEDECINS GENERALISTES ET LE DEPISTAGE DU MELANOME	_ 14
-	— Un rôle-clé dans le diagnostic du mélanome	14
-	— Etat des lieux et obstacles	15
4.	LE SAMScore	_ 18
5.	LES OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE	_ 22
-	— Objectif principal	22
-	— Objectifs secondaires	22
MAT	ERIEL ET METHODES	_ 24
1.	Définition et sélection de la population étudiée	_ 25
2.	Méthode de recueil des données	_ 25
3.	Analyses statistiques	_ 26

	Diagramme de flux	
•	Analyses	
_	— Caractéristiques de l'échantillon	
_	— Intérêt de principe pour le dépistage du mélanome	
_	 Objectif principal : « Etes-vous prêt(e) à intégrer le dépistage ciblé du mélanon 	ne dans
ŗ	pratique quotidienne de médecine générale ? »	
_	— Evaluation globale du SAMScore	
_	Evaluation quantitative de l'utilisation du SAMScore	
_	— Evaluation détaillée du SAMScore	
SCL	USSION	
1.	Intérêt de l'étude Limites de l'étude	
1. 2.	Intérêt de l'étude	
1. 2.	Intérêt de l'étudeLimites de l'étude	
1. 2.	Intérêt de l'étude Limites de l'étude Résultats	
1. 2.	Intérêt de l'étude Limites de l'étude Résultats Population d'étude	
1. 2.	Intérêt de l'étude Limites de l'étude Résultats Population d'étude Le principe du dépistage par le médecin généraliste est approuvé	
1. 2. 3.	Intérêt de l'étude Limites de l'étude Résultats Population d'étude Le principe du dépistage par le médecin généraliste est approuvé L'outil SAMScore est adapté	
1. 2.	Intérêt de l'étude Limites de l'étude Résultats Population d'étude Le principe du dépistage par le médecin généraliste est approuvé L'outil SAMScore est adapté Difficultés	
1. 2. 3.	Intérêt de l'étude Limites de l'étude Résultats Population d'étude Le principe du dépistage par le médecin généraliste est approuvé L'outil SAMScore est adapté Difficultés Faible utilisation du SAMScore	
1. 2. 3.	Intérêt de l'étude Limites de l'étude Résultats Population d'étude Le principe du dépistage par le médecin généraliste est approuvé L'outil SAMScore est adapté Difficultés Faible utilisation du SAMScore Intérêt d'une cotation	
1. 2.	Intérêt de l'étude Limites de l'étude Résultats Population d'étude Le principe du dépistage par le médecin généraliste est approuvé L'outil SAMScore est adapté Difficultés Faible utilisation du SAMScore Intérêt d'une cotation Perspectives	

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58
ANNEXES	63
Annexe 1 : fiche SAMScore recto	64
Annexe 2 : fiche SAMScore verso	65
Annexe 3 : questionnaire final	66
Annexe 4 : entretien téléphonique d'information des médecins généralistes	67
Annexe 5 : exemples de missions de prévention du médecin généraliste	68

INTRODUCTION

1. LE MELANOME, QUELQUES NOTIONS

— Physiopathologie

Le mélanome a pour origine la transformation maligne des mélanocytes. Il engage le pronostic vital par sa capacité à métastaser.

Quatre formes anatomocliniques principales de mélanome cutané sont décrites (1) :

<u>Le mélanome à extension superficielle</u> (SSM) représente 60 à 70% des mélanomes identifiés. Il se caractérise par une phase initiale de croissance horizontale intra-épidermique (mélanome in situ). Il se développe ensuite de manière verticale, envahissant le derme puis l'hypoderme, et peut alors créer des métastases.

<u>Le mélanome nodulaire</u> représente 4 à 18% des mélanomes. Il se caractérise par son aspect clinique (nodule de couleur noire, parfois achromique), et sa croissance rapide en quelques semaines à quelques mois.

<u>Le mélanome acrolentigineux</u> (2 à 6% des mélanomes) se développe sur les paumes, plantes, ongles.

<u>Le mélanome de Dubreuilh</u> (6 à 8% des mélanomes) s'observe sur les zones photo-exposées du visage chez les personnes âgées.



Figure 1 : Mélanome SSM



Figure 2 : Mélanome nodulaire

— Diagnostic

La suspicion diagnostique du mélanome est clinique.

Sa reconnaissance est guidée par deux modèles principaux :

- Méthode ABCDE: la plus couramment utilisée. Selon cette règle, une lésion susceptible d'être un mélanome est reconnaissable car elle est Asymétrique, à Bords irréguliers, de Couleur inhomogène, de Diamètre > 6mm, Evolutive dans sa taille, sa couleur et son épaisseur. L'évolutivité constitue un critère essentiel.
- « Le vilain petit canard » ou méthode cognitive visuelle. Une lésion est considérée comme suspecte si elle est différente des autres naevus du patient qui ont un aspect clinique homogène entre eux.

Le mélanome doit être distingué de lésions pigmentées dont il peut prendre un aspect proche : kératose séborrhéique, carcinome basocellulaire tatoué, histiocytofibrome pigmenté, angiome thrombosé, naevus atypique bénin.

Il est important de noter que le mélanome ne siège pas seulement sur la peau photoexposée, et se développe parfois en des zones peu accessibles à l'œil du patient ou d'un examinateur. Il peut également être muqueux. Le dépistage du mélanome nécessite un examen complet et attentif de la peau et des muqueuses, s'intéressant notamment aux paumes et plantes, aux ongles, au cuir chevelu, aux plis et aux zones génitales. Il impose un déshabillage complet.

Dès qu'un mélanome est suspecté, il convient d'en pratiquer l'exérèse complète sans délai, sans réaliser de biopsie préalable. C'est l'analyse anatomopathologique qui confirme le diagnostic, et détermine l'indice de Breslow correspondant à l'épaisseur du mélanome.

— Pronostic

Le pronostic dépend de l'indice de Breslow au moment de l'exérèse : plus le mélanome est épais, plus la survie est défavorable. Le taux de survie à 5 ans est de 91 à 95% pour un mélanome d'indice de Breslow < 1 mm, il n'est que de 45 à 67% pour un mélanome d'indice de Breslow > 4mm (2).

Le mélanome non métastatique est curable par exérèse chirurgicale complète. En revanche au stade de mélanome métastatique, le pronostic est sombre, et les traitements ne permettent pour l'instant que d'augmenter la survie globale de quelques mois.

- Epidémiologie

Incidence

L'incidence est estimée à environ 10 000 cas en France en 2011. Le mélanome touche chaque année environ 1 personne sur 10 000 à travers le monde. Il est un peu plus fréquent chez la femme : le sexe ratio H/F est de 0.92. L'âge moyen au diagnostic est de 60 ans chez l'homme et 58 ans chez la femme.

Mortalité

Le nombre de décès liés au mélanome cutané est estimé à 903 cas chez l'homme et 715 cas chez la femme en France en 2011.

Evolution

Le taux d'incidence du mélanome est en augmentation : en 20 ans, entre 1980 et 2000, il a été multiplié par 3 chez l'homme et par 2.4 chez la femme en France, et a également dramatiquement augmenté dans la plupart des populations caucasiennes. Il s'agit du cancer qui a connu la plus forte progression (3) .

Depuis 2000, l'augmentation d'incidence s'est ralentie mais se poursuit: entre 2000 et 2011, le taux a ainsi été multiplié par 1.17 chez l'homme et 1.06 chez la femme (4).

La mortalité continue elle aussi d'augmenter, à l'inverse de celle de la plupart des autres cancers. Cependant, elle augmente beaucoup plus lentement que l'incidence. On observe que les mélanomes identifiés à un stade précoce, donc de faible épaisseur et de meilleur pronostic, sont plus nombreux : ceci explique en partie la dissociation entre mortalité et incidence (5).

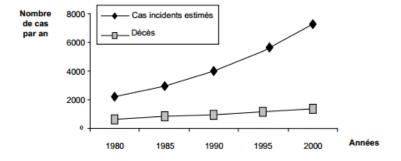


Figure 3 : Evolution comparative de la mortalité liée au mélanome et du nombre de cas incidents de mélanomes estimés entre 1980 et 2000

- Facteurs de risque de mélanome

Facteurs de risque non modifiables : liés à l'individu (6) (7)

- **Ephélides**
- . Cheveux roux ou blonds
- . Yeux de couleur claire
- . Phototype I ou II
- . Nombre de nævus communs supérieur ou égal à 40
- . Nombre de naevus atypiques supérieur ou égal à 2
- . Antécédents personnels de mélanome cutané
- . Antécédents familiaux de mélanome cutané
- . Xeroderma pigmentosum (pathologie génétique rare, caractérisée par une sensibilité extrême aux ultraviolets, induisant des lésions cutanées et oculaires et des cancers cutanés multiples)

Modifiables : liés aux expositions aux rayonnements ultraviolets, naturels ou artificiels (8)

- . Les coups de soleil. Ceux survenant dans l'enfance sont les plus déterminants.
- . Les dommages actiniques (le risque est augmenté en cas d'exposition solaire d'intensité forte). La présence de kératoses actiniques augmente le risque de mélanomes du cou, de la tête, des membres.
- Les expositions aux lampes à bronzer, notamment si elles ont lieu avant 35 ans. Depuis 2009, les cabines à UV artificiels sont reconnues comme un facteur de risque à part entière (9). Le Brésil les a interdites, et la province australienne de Nouvelle Galles du Sud fera de même en 2014.

2. LE DIAGNOSTIC PRECOCE DU MELANOME

A l'heure actuelle, seul le diagnostic précoce, c'est-à-dire de mélanome in situ ou de faible épaisseur (indice de Breslow <1 mm), pourrait permettre de diminuer la mortalité liée au mélanome (1). Or il existe dans la plupart des cas une phase d'extension superficielle de plusieurs mois, au cours de laquelle les modifications sont déjà visibles à l'œil nu: repérer le mélanome à ce stade, c'est modifier radicalement le pronostic du patient.

Non-pertinence du dépistage du mélanome en population générale

La littérature n'apporte pas la preuve que le dépistage du mélanome en population générale permet de diminuer la mortalité liée à ce cancer (10) (11). De plus, la prévalence du mélanome étant faible, le rapport bénéfice-coût du dépistage est faible (par comparaison, l'incidence du cancer du sein est 5 fois supérieure).

Les Autorités de Santé parmi lesquelles aux Etats Unis la Task Force, et en France la Haute Autorité de Santé (HAS), ont fait le choix de ne pas recommander le dépistage systématique et national du mélanome.

Mais des arguments forts en faveur de la promotion du diagnostic précoce du mélanome

L'absence de preuve de réduction de la mortalité liée au mélanome semble en grande partie liée à l'absence d'études épidémiologiques randomisées de puissance et de suivi à long terme suffisants (12) (13).

Plusieurs études, dont celle de Epstein *et al.* en 1999 (14), ont montré que les mélanomes détectés par des médecins avaient un indice de Breslow plus faible que ceux détectés par les patients eux-mêmes. Aitken *et al.* (15) montrent également que « la proportion des mélanomes épais parmi les patients ayant eu un dépistage par un médecin dans les 3 ans qui ont précédé la découverte de leur mélanome était de 14% moindre que parmi ceux qui n'ont pas eu d'examen clinique ».

Breitbart *et al.* (16) ont étudié les conséquences d'un programme de dépistage systématique des cancers cutanés mené en Allemagne dans la province de Schleswig-Holstein entre 2003 et 2004. Cette étude, si elle a le défaut de n'être pas randomisée, a permis d'observer une réduction significative de la mortalité liée au mélanome dans cette région suite à ce programme. La mortalité liée au mélanome n'était pas modifiée dans les régions adjacentes, qui n'avaient pas bénéficié de ce dépistage (17) (18).

— Stratégie de diagnostic précoce

Devant ces arguments et malgré l'absence de dépistage organisé, L'HAS a établi des recommandations à destination des médecins généralistes pour promouvoir le diagnostic précoce du mélanome. Elle mène également des campagnes de santé publique à cette intention.

On constate les limites des campagnes destinées au grand public

Les campagnes ponctuelles (« Journée de dépistage de cancers cutanés» annuelle menée par la Société Française de Dermatologie) diagnostiquent en majorité des mélanomes d'évolution lente, dans des populations déjà informées. Ainsi les femmes, les personnes de plus de 60 ans,

les employés et les retraités sont surreprésentés, alors que les ouvriers sont pratiquement absents (19).

L'impact des campagnes d'information du grand public sur la prévention du risque solaire est faible, quels que soient les moyens utilisés, et limité dans le temps: 6 mois à 2 ans. Elles améliorent de façon significative la connaissance des personnes sur la prévention du mélanome, mais elles modifient rarement leur comportement vis-à-vis du risque solaire (20).

Stratégie de lutte : un diagnostic ciblé, dans le cadre du parcours de soins coordonnés

Cette stratégie est définie par la recommandation HAS « Stratégie de diagnostic précoce du mélanome », publiée en octobre 2006, actualisée en juillet 2012 (1) (20).

Elle recommande un diagnostic précoce ciblé. Il s'agit d'identifier les populations à haut risque, et pour ces populations à risque, promouvoir le parcours de soins patient-médecin généraliste-dermatologue pour organiser la prise en charge des lésions identifiées.

Le médecin généraliste est l'élément central de ce parcours de soins.

« La stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané repose sur: le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'identifie comme étant un sujet à risque de mélanome cutané; le médecin traitant qui identifie les patients à risque ou qui détecte une lésion cutanée suspecte à l'occasion d'une consultation; le dermatologue qui confirme ou non la suspicion diagnostique de mélanome cutané. L'identification des patients à risque peut être réalisée par les médecins généralistes, qui sont des médecins de premier recours. »

Actualisation des recommandations HAS, 2012

3. LES MEDECINS GENERALISTES ET LE DEPISTAGE DU MELANOME

— Un rôle-clé dans le diagnostic du mélanome

Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié des patients les plus à risque de mélanome épais

Dans certains groupes de population, les mélanomes sont plus souvent découverts à un stade avancé avec un plus grand risque de décès lié au mélanome. Il s'agit des hommes de plus de 65 ans, des personnes âgées, des sujets à plus faible niveau socio-économique, et des personnes vivant seules (Geller *et al.* en 2009 aux USA (21), et Richard *et al.* en 2000 en France (22)). Ces patients sont aussi ceux qui ont moins facilement recours aux médecins spécialistes, et qui sont peu représentés dans les dépistages de masse : le médecin généraliste, qui touche une population large, est leur interlocuteur privilégié.

Chez ces patients en particulier, il est essentiel que le médecin généraliste puisse proposer un examen cutané de dépistage systématique même s'il a été sollicité pour un autre problème de santé. En effet, la lésion n'est pas toujours visible pour le patient, mais surtout il arrive que lorsque le mélanome a été repéré, le patient tarde à consulter. Les études réalisées en France par Richard et al. (22) (23) sur des patients atteints de mélanome révèlent que 48% des sujets, ayant détecté une lésion cutanée suspecte, avaient attendu plus de 2 mois avant de consulter un médecin. Les facteurs ayant retardé la consultation étaient « l'apparence de non-évolutivité de la lésion, l'absence de signes généraux, la méconnaissance de l'urgence, la négligence, l'absence de douleur, le manque de motivation, la peur du résultat, une information insuffisante et le manque de temps ».

Son rôle est renforcé par la réforme du parcours de soins

Le parcours de soins coordonnés est rentré en application en France le 1er juillet 2005 en France. Il impose à chaque assuré social de désigner un médecin traitant et de le consulter avant de consulter un autre spécialiste (dont les dermatologues) pour bénéficier d'un remboursement à taux plein.

En lien avec cette législation, on observe un rôle des généralistes de plus en plus important : en 2008, ils diagnostiquaient 42% des mélanomes, contre 26% en 2004 (24).

Il est certain que les dermatologues sont trop peu nombreux et trop inégalement répartis sur le territoire français pour dépister l'ensemble de la population. En revanche le parcours de soins fonctionne bien. Les dermatologues affirment pouvoir « recevoir en moins de 3 semaines un patient ayant une lésion suspecte de mélanome » (20), ce que confirment les études : le délai d'exérèse par rapport à la première consultation médicale est de 7 jours en moyenne, 88% des patients sont reçus en moins d'un mois (25).

Le rapport de l'HAS actualisé en 2012 conclut qu'« aucun argument de la littérature ne vient confirmer l'hypothèse d'un impact du parcours de soins sur un éventuel retard au diagnostic du mélanome ».

— Etat des lieux et obstacles

La pratique de l'examen cutané est insuffisante.

Les mélanomes situés sur les parties couvertes du corps sont moins souvent détectés par les médecins (25). Or « le déshabillage du patient [est] une condition préalable au rôle-clé du

médecin généraliste dans le dépistage du mélanome », comme l'affirment Leman-Sarrat et al. (26).

L'Institut National du Cancer (INCa) a mené en 2011 une enquête auprès des médecins généralistes (27). Dans cette enquête déclarative, les médecins généralistes disent pratiquer un déshabillage fréquent (2/3 des cas), mais il est souvent incomplet. Ainsi dans 55% des cas ils ne déshabillent que partiellement leurs patients.

Leman-Sarrat a observé les médecins généralistes lors de consultations de routine, dans la région de Marseille en 2010 (26). La moitié des patients n'étaient absolument pas déshabillés, même partiellement. Seuls 6% des patients étaient totalement déshabillés. Et l'évaluation en aveugle ne permettait pas de savoir si une recherche des lésions cutanées suspectes était réalisée à chacun de ces déshabillages, parfois non motivés par un problème dermatologique. De plus, les patients les plus souvent déshabillés étaient des femmes, et des personnes jeunes: là encore, cela ne correspond pas à la population la plus à risque de présenter des mélanomes épais.

On constate donc comme dans les autres pays (28) (29) que le diagnostic précoce du mélanome, bien qu'encouragé, est loin d'être pratiqué de manière systématique.

Les barrières au dépistage du mélanome par les médecins généralistes

Les médecins généralistes sont moins performants que les dermatologues pour le diagnostic du mélanome (25). De plus, à l'inverse des dermatologues, ils diagnostiquent surtout des mélanomes très épais (>3mm) (24).

Dans l'enquête de l'INCa, le premier obstacle évoqué par les médecins lorsqu'on les interroge sur le diagnostic précoce du mélanome est le doute en leur efficacité diagnostique (30). Cependant lorsqu'on l'évalue, on se rend compte qu'elle est globalement bonne : leur sensibilité pour diagnostiquer un mélanome est évaluée à 86% dans l'étude de Richard et al. (25). Les études menées par Grange et al. auprès des médecins généralistes français démontrent que la sensibilité est améliorée par la formation (31) et même qu'un programme de formation à destination des médecins généralistes permet de réduire significativement l'incidence des mélanomes très épais dans la région où il a été organisé, en augmentant l'incidence des mélanomes in situ et fins (32).

Ceci, selon Grange, « suggère que la méconnaissance d'un mélanome chez un patient suivi en médecine générale pourrait résulter plus souvent de l'absence d'examen cutané systématique que d'erreurs diagnostiques » (31).

Le <u>manque de temps</u> est l'obstacle évoqué en second lieu par les médecins généralistes pour expliquer la faible pratique de l'examen cutané (28) (29). Cependant, Leman-Sarrat observe qu'une consultation lors de laquelle le patient est déshabillé est certes significativement plus longue, mais en moyenne seulement **1 min 20 sec** de plus par rapport à la durée moyenne de 15 minutes.

Réaliser un examen ciblé sur les patients à risque élevé de mélanome permettrait de gagner du temps, d'accroitre la sensibilité du dépistage, et d'en réduire les coûts. Or on constate que les médecins généralistes français interrogés ont une <u>mauvaise connaissance des facteurs de risque</u> (27) : une des pistes avancées par l'HAS en 2006 était de proposer aux médecins généralistes un outil présentant une échelle de risque pour répondre à ce besoin.

Les perspectives :

Valider par des études prospectives sur la population française le profil type des sujets à risque. Elaborer une grille d'identification de ces sujets utilisable par l'ensemble des médecins. Evaluer sa mise en œuvre dans les logiciels médicaux. [...]

Recommandations HAS 2006

4. LE SAMScore

Plusieurs auteurs ont établi des scores afin de sélectionner une population à risque augmenté de développer un mélanome (33) (34) (35) (36). Toutefois, ces scores sont pour la plupart trop longs et trop complexes pour être utilisés en pratique quotidienne par le médecin généraliste.

L'équipe de Dermatologie du CHU de Nantes, et en particulier le Pr Gaëlle Quéreux, s'est employée depuis 2006 à créer un outil à la fois fiable et rapide qui puisse être utilisé en Médecine Générale.

Un questionnaire en 7 points a été établi. Il reprenait les facteurs de risque de mélanome cités par l'HAS. Ce questionnaire a été validé comme étant aisément rempli par les patients euxmêmes. Dans l'étude réalisée entre 2006 et 2007, les réponses des patients étaient en bonne concordance avec les réponses de leur médecin généraliste choisi comme "gold standard" (37).

En 2010, une seconde étude (38) a cherché à déterminer un score individuel de risque de mélanome, utilisable en pratique quotidienne de médecine générale. Les facteurs de risque des patients étaient recueillis grâce à l'auto-questionnaire testé dans l'étude précédente. Par cette étude prospective, il a été établi que le score le plus pertinent est obtenu selon les critères suivants : (annexes 1 et 2)

- présence d'au moins 3 de ces facteurs de risque
 - o phototype I ou II
 - o antécédent de coup de soleil sévère dans l'enfance ou l'adolescence
 - o avoir vécu plus d'une année dans un pays à fort ensoleillement
 - o antécédent personnel de mélanome
 - o antécédent familial de mélanome
- et/ou présence de plus de 20 naevus sur les bras pour les patients de moins de 60 ans
- et/ou présence de taches de rousseur chez les patients de 60 ans ou plus.

Ce score a été appelé le Self-Assessment of Melanoma Risk Score (SAMScore).

Une troisième étude prospective (39) a été menée en 2009 dans la région Pays de la Loire afin de valider le SAMScore. 7997 patients consultant leur médecin généraliste ont été classés selon le SAMScore. Les 2404 patients classés à haut risque ont été examinés systématiquement par leur généraliste et par un dermatologue. Dans cette population, la prévalence constatée du mélanome est significativement 11 fois supérieure à la prévalence dans la population générale. L'étude confirme l'efficacité d'un dépistage ciblé selon ce SAMScore.

Une étude est en cours : "COPARIME 5000", étude de COhorte de PAtients à RIsque de MElanome. Elle vise à suivre sur plusieurs années une cohorte de près de 5000 patients classés à haut risque de mélanome grâce au SAMScore. Les patients à haut risque bénéficient une fois par an d'un examen cutané total effectué par leur médecin généraliste. Si une lésion suspecte est détectée, le patient est adressé à un dermatologue. Les premiers résultats ont été publiés en septembre 2012 (40). Neuf cas de mélanomes ont été diagnostiqués. L'utilisation du SAMScore par des médecins généralistes sans formation spécifique en dermatologie s'avère efficace pour sélectionner les patients à risque de mélanome. (http://www.dmg-nantes.fr/coparime/)

		SAMScore		
Le sujet est considéré à r - 1 critère de risc	·		naire suivant	
	e : 1 ou 2 est un critère	•		
Pour les sujets de moin	s de 60 ans :			
⇒ Le critère majer	ur est la présence de	e > 20 naevi sur l	es bras	
Pour les sujets de 60 ar	ns et plus :			
⇒ Le critère maje	ur est la présence de	e taches de rouss	seur	
Questionnaire : critères	mineurs			
1. Dans quel « groupe »	vous classeriez-vo	us ?		
□ Phototype I : peau très	claire, cheveux blond	s ou roux, yeux cla	airs (bleus ou ve	rts), incapacité à
bronzer avec coups de s	oleils constants après	une exposition so	olaire.	
□ Phototype II: peau clair	e, cheveux clairs ou c	châtains, yeux clai	rs (bleus ou verts	s), coups de soleil fréquents.
□ Phototype III : peau lég	èrement mate, cheve	ux châtains ou bru	ıns, yeux bruns,	parfois clairs.
□ Phototype IV : peau ma	ate, cheveux foncés, y	eux foncés		
☐ Phototype V: peau brur	n foncée, cheveux noi	rs, yeux noirs		
□ Phototype VI : peau noi	ire, cheveux noirs, yeu	ux noirs		
2. Au cours de votre en	fance ou votre adole	escence, avez-vo	us déjà pris de	s coups de soleil sévères (coups
de soleil rouges et très	douloureux avec clo	oques, brûlures s	olaires) ?	
□ oui	□ non			
3. Avez-vous vécu plus	d'un an dans un pa	ays à fort ensole	illement (Afriqu	e, Moyen Orient, DOM-TOM, Sud
des USA, Australie) ?	□ oui		non	
4. Avez-vous déjà eu au	ı cours de votre vie	un mélanome (é	galement appe	lé « grain de beauté cancéreux »,
il s'agit d'un cancer de	la peau se développ	ant aux dépens d	des cellules res	ponsables de la pigmentation de
la peau) ?	□ oui	□ non		
5. Un membre de votre	famille proche (pare	nt, enfant, frère c	ou sœur) a-t-il d	éjà eu un mélanome ?
□ oui	□ non		ne sais pas	

Figure 4

5. LES OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE

Le dépistage ciblé du mélanome par les médecins généralistes est recommandé par l'HAS, il apparaît comme un enjeu majeur pour diminuer la mortalité lié à ce cancer. Cependant, il reste actuellement peu réalisé, et presque jamais de manière systématique.

Peu d'études ont recueilli le point de vue des médecins généralistes sur la mise en pratique de ces recommandations. Le SAMScore, en facilitant la mise en place d'un dépistage ciblé, pourrait peut-être permettre aux médecins généralistes de modifier leur pratique.

Notre étude s'est adressée à des médecins généralistes, à qui l'on a présenté le SAMscore en leur proposant d'en prendre connaissance et de l'utiliser à leur guise pendant 2 mois. On a évalué a posteriori leur avis sur le dépistage ciblé du mélanome.

Objectif principal

Savoir si les médecins généralistes se déclarent prêts à intégrer le dépistage ciblé du mélanome dans leur pratique quotidienne.

Objectifs secondaires

Savoir si après avoir utilisé le SAMScore, les médecins généralistes jugent que cet outil est adapté à leur pratique quotidienne ;

Savoir si les médecins généralistes trouvent le SAMScore :

- o Pratique
- o Rapide
- o Facile à comprendre;

Savoir la réalisation de l'examen cutané pose problème ;

Savoir si le dépistage du mélanome est bien accepté par les patients ;

Savoir si les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge des lésions détectées ;

Savoir si la création d'un acte de cotation du dépistage des cancers cutanés pour les médecins généralistes pourrait modifier leur pratique.

MATERIEL ET METHODES

1. Définition et sélection de la population étudiée

L'étude a été réalisée de manière exhaustive sur un échantillon de 130 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Il s'agissait de Maîtres de Stage des Universités (MSU) de Lille II, qui ont une activité de médecine générale libérale, et accueillent des étudiants dans le cadre de leur stage de 3e cycle de Médecine Générale. Ils avaient fourni leur accord pour répondre par mail aux questionnaires de thèse, et figuraient sur un listing communiqué par le Collège des enseignants de Médecine Générale de Lille. Tous ont été inclus dans l'étude.

Le service de Biostatistique a été consulté, il a validé ce mode de recueil.

2. Méthode de recueil des données

Une étude quantitative prospective a été réalisée du 13 Mars au 28 Juin 2013.

Les 130 MSU ont été contactés par mail le 13 Mars 2013. Ce mail les informait de cette étude sur le dépistage du mélanome en médecine générale, et demandait leur accord pour les contacter pour un court entretien téléphonique. Il leur était possible d'indiquer un créneau horaire pour cet appel.

Les MSU ayant donné leur accord ont été appelés entre le 13 Mars et le 9 Avril 2013. Au cours de cet entretien de quelques minutes, chacun recevait une information identique *(annexe 4)* sur la problématique du dépistage du mélanome en médecine générale, et le SAMScore était présenté. Il leur était proposé de recevoir par courrier le SAMscore sous forme de fiche plastifiée *(annexes 1 et 2)*, afin qu'ils puissent en prendre connaissance et l'utiliser comme ils

le souhaitaient. On leur indiquait qu'ils seraient recontactés par courrier dans un délai de 2 mois.

Un questionnaire d'une page recto accompagné d'un texte rappelant le sujet de l'étude leur a été adressé le 29 mai 2013, soit environ 2 mois plus tard *(annexe 3)*. Ce questionnaire a élaboré avec le service de Biostatistique de Lille. Il a fait l'objet d'un pré-test auprès de 5 médecins généralistes n'appartenant pas à l'échantillon Dans l'enveloppe se trouvait une enveloppe affranchie et libellée à mon adresse pour la réponse.

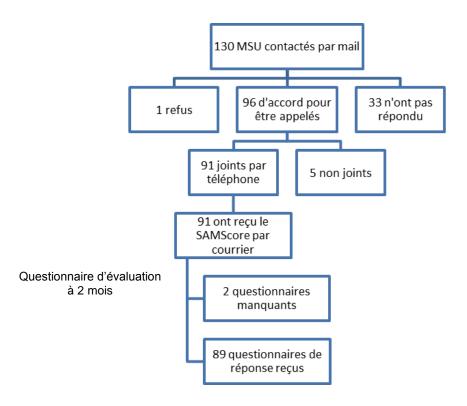
3. Analyses statistiques

Les résultats ont fait l'objet d'analyses statistiques descriptives par le service de Biostatistique.

Les analyses statistiques bivariées étaient réalisées par le test exact de Fischer, le test non paramétrique de Wilcoxon indépendant, le test de la nullité du coefficient de corrélation, et le test non paramétrique de Kruskall Wallis.

RESULTATS

1. Diagramme de flux



Le taux de participation était de 89/130 = 68.5 %.

2. Analyses

Certaines réponses étaient manquantes.

— Caractéristiques de l'échantillon

Sexe

	effectif	pourcentage	IC à 95%
féminin	26	30	[20,5-40,4]
masculin	62	70	[59,6-79,5]
total des réponses valides	88	100	/

Milieu d'exercice

	effectif	pourcentage	IC à 95%
Rural	13	15	[8,3-24]
Semi-rural	32	36	[26,3-46,9]
Urbain	44	49	[38,8-60,2]
total des réponses valides	89	100	/

Age

	âge des MSU ayant répondu	
moyenne	51,2	
écart type	8,5	
IC 95%	[49,5-53]	
minimum	31	
maximum	66	

Activité

	nombre de patients/j
moyenne	28,5
écart type	8,6
IC 95%	[26,7-30,3]
minimum	12
maximum	65

L'échantillon des 89 MSU ayant répondu était représentatif de la population de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

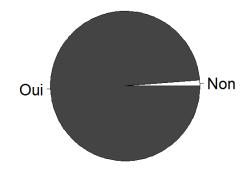
- Intérêt de principe pour le dépistage du mélanome

« Pensez-vous que le principe d'un dépistage du mélanome par le médecin généraliste est intéressant ? »

	effectif	pourcentage	IC à 95%
Non	1	1	[0-6,1]
Oui	88	99	[93,9-100]
Total des réponses valides	89	100	/

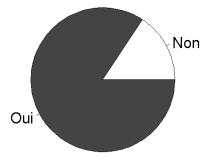
Les MSU ont répondu oui à la quasi-unanimité.

Il n'y avait qu'une seule réponse négative.



— Objectif principal : « Etes-vous prêt(e) à intégrer le dépistage ciblé du mélanome dans votre pratique quotidienne de médecine générale ? »

	effectif	pourcentage	IC à 95%
Non	14	16	[9,2-25,3]
Oui	75	84	[74,7-90,8]
Total valides	89	100	/



Une très large majorité des MSU se déclarait prête à intégrer le dépistage ciblé du mélanome dans sa pratique quotidienne.

L'analyse bivariée ne montrait pas de différence significative entre les 2 groupes selon le sexe, l'âge, le milieu d'exercice.

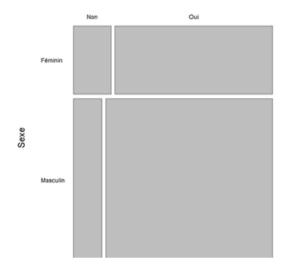


Fig 5 : selon le sexe p=0.75

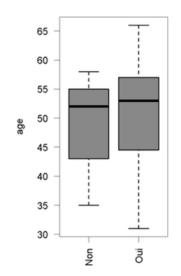


Fig 6 : selon l'âge p=0.329

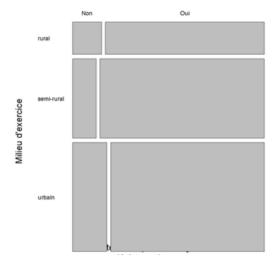


Fig 7 : selon le milieu d'exercice p=0.86

— Evaluation globale du SAMScore

« Pensez-vous que le SAMScore est un outil intéressant pour le médecin généraliste dans le cadre du dépistage du mélanome ? »

	effectif	pourcentage	IC à 95%
Non	6	7	[2,8-15]
Oui	81	93	[85-97,2]
Total valides	87	100	/



Plus de 9 MSU sur 10 déclaraient que le SAMscore est un outil intéressant pour le médecin généraliste.

Evaluation quantitative de l'utilisation du SAMScore

« Chaque jour, vous avez utilisé le SAMScore de manière rigoureuse chez environ... patients »

	valeur
effectif	88
moyenne	2
écart-type	3
IC 95%	[1,4-2,6]
minimum	0
quartile 1	0,5
médiane	1
quartile 3	2
maximum	20

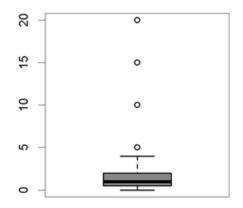


Figure 8 : nombre de patients classés selon le SAMScore, par jour et par MSU

Les trois quarts des MSU l'ont utilisé chez 2 patients maximum par jour.

En proportion, si l'on rapporte ces chiffres au nombre de patients vus par jour : la majorité des médecins l'a utilisé chez moins de 8% de sa patientèle.

Certains MSU l'ont cependant beaucoup utilisé : l'un d'eux a déclaré avoir classé 83% de ses patients selon le SAMScore.

Analyse bivariée:

Deux populations ont été distinguées: ceux des MSU qui l'avaient utilisé chez 2 patients ou moins par jour de ceux qui l'avaient utilisé chez au moins 3 patients par jour.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative selon l'âge et le sexe entre ces deux groupes.

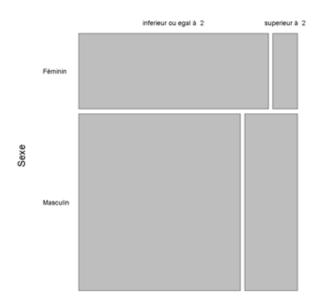


Fig 9 : utilisation du SAMScore selon le sexe p=0.169

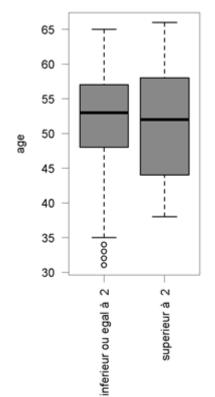


Fig 10 : utilisation du SAMscore selon l'âge p=0.931

Le milieu d'exercice influençait de façon significative l'utilisation du SAMScore. Il existait une différence statistiquement significative entre les MSU exerçant en milieu rural, qui dans leur majorité avaient utilisé le SAMScore chez plus de 2 patients par jour, et les MSU exerçant en milieu semi-rural ou urbain, qui l'avaient moins utilisé.

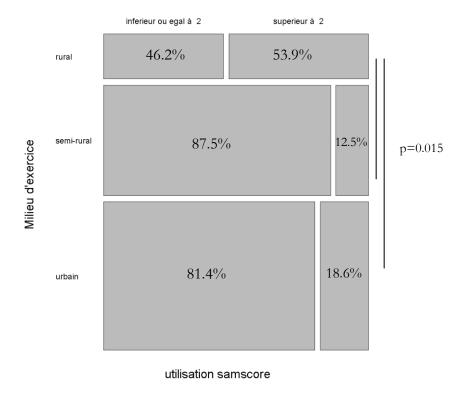


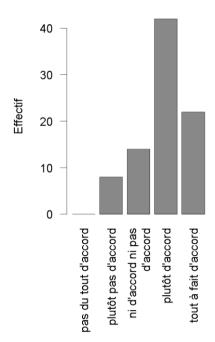
Figure 11 : Utilisation du SAMScore, nombre de patients par jour selon le milieu d'exercice

— Evaluation détaillée du SAMScore

Les réponses étaient proposées selon l'échelle de Likert : « Donnez votre niveau d'accord avec les propositions suivantes »

1/ Le SAMScore est pratique à utiliser

	effectif	pourcentage	IC à 95%
pas du tout d'accord	0	0	[0-4,2]
plutôt pas d'accord	8	9	[4,4-18]
ni d'accord ni pas d'accord	14	16	[9,5-26,2]
plutôt d'accord	42	49	[38-59,7]
tout à fait d'accord	22	26	[17,5-36,3]
total valides	86	100	/

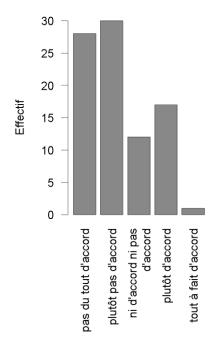


75% des MSU avaient une d'opinion favorable. Un médecin sur 2 trouvait le SAMScore plutôt pratique, 1 médecin sur 4 le trouvait tout à fait pratique.

Huit médecins n'étaient « plutôt pas d'accord » avec cette proposition.

2/ J'ai eu des difficultés à comprendre les critères du SAMScore

	effectif	pourcentage	IC à 95%
pas du tout d'accord	28	32	[22,5-42,7]]
plutôt pas d'accord	30	34	[24,5-45,1]
ni d'accord ni pas d'accord	12	14	[7,6-23]
plutôt d'accord	17	19	[12-29,4]
tout à fait d'accord	1	1	[0-6,17]
total valides	88	100	/

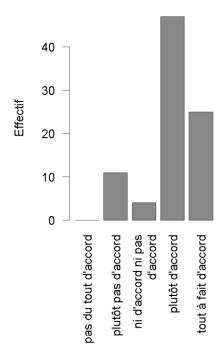


Deux tiers des MG n'ont pas eu de difficulté à comprendre le SAMscore.

Ils ont été 19% à se dire « plutôt d'accord » avec le fait d'avoir eu du mal à comprendre les critères du SAMscore, et un MSU était tout à fait d'accord avec cette affirmation.

3/ La présentation du SAMScore (fiche plastifiée) est adaptée

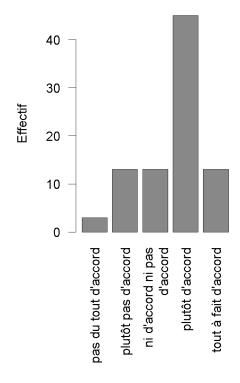
	effectif	pourcentage	IC à 95%
pas du tout d'accord	0	0	[0-4,2]]
plutôt pas d'accord	11	13	[6,8-21,9]
ni d'accord ni pas d'accord	4	5	[1,3-11,36]
plutôt d'accord	47	54	[43-64,7]
tout à fait d'accord	25	29	[19,8-39,6]
total valides	87	100	/



Pour la majorité des MSU, la présentation du SAMScore sous sa forme de fiche plastifiée format A5 (*annexes 1 et 2*) *es*t adaptée.

4/ Classer les patients selon le SAMScore est rapide

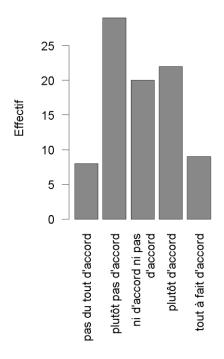
	effectif	pourcentage	IC à 95%
pas du tout d'accord	3	3	[0,7-9,8]]
plutôt pas d'accord	13	15	[8,5-24,6]
ni d'accord ni pas d'accord	13	15	[8,5-24,6]
plutôt d'accord	45	52	[40,8-62,5]
tout à fait d'accord	13	15	[8,5-24,6]
total valides	87	100	/



77% des MSU déclaraient que le SAMScore est rapide à utiliser.

5/ Réaliser un examen cutané systématique chez les patients à risque me pose problème

	effectif	pourcentage	IC à 95%
pas du tout d'accord	8	9	[4,3-17,6]]
plutôt pas d'accord	29	33	[23,5-43,9]
ni d'accord ni pas d'accord	20	23	[14,8-33,1]
plutôt d'accord	22	25	[16,7-35,6]
tout à fait d'accord	9	10	[5,1-19]
total valides	88	100	/



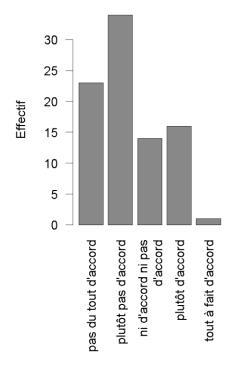
41% des MSU disaient ne pas rencontrer de difficulté à réaliser un examen cutané, mais ils étaient également 35% pour qui cet examen posait problème.

La proportion de MSU « tout à fait d'accord » avec l'idée que l'examen est difficile était équivalente à celle des MSU en total désaccord avec cette idée.

Près d'un quart des MSU ne se prononçait pas.

6/ Il est difficile d'organiser la prise en charge des lésions dépistées

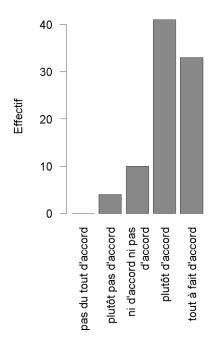
	effectif	pourcentage	IC à 95%
pas du tout d'accord	23	26	[17,6-36,8]]
plutôt pas d'accord	34	39	[28,6-49,7]
ni d'accord ni pas d'accord	14	16	[9,3-25,6]
plutôt d'accord	16	18	[11,1-28,2]
tout à fait d'accord	1	1	[0-6,2]
total valides	88	100	/



Pour deux tiers des médecins, la prise en charge ne posait pas problème.

7/Les patients acceptent bien qu'on leur propose un dépistage du mélanome

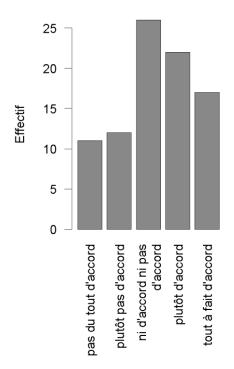
	effectif	pourcentage	IC à 95%
pas du tout d'accord	0	0	[0-4,1]]
plutôt pas d'accord	4	5	[1,3-11,2]
ni d'accord ni pas d'accord	10	11	[5,9-20,3]
plutôt d'accord	41	47	[36-57,5]
tout à fait d'accord	33	38	[27,6-48,5]
total valides	88	100	/



Pour la majorité des MSU, le dépistage est bien accepté par les patients.

8/ La création d'une cotation d'un acte de dépistage des cancers cutanés en médecine générale modifierait ma pratique

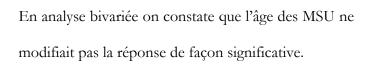
	effectif	pourcentage	IC à 95%
pas du tout d'accord	11	12	[6,7-21,7]]
plutôt pas d'accord	12	14	[7,6-23]
ni d'accord ni pas d'accord	26	30	[20,5-40,4]
plutôt d'accord	22	25	[16,7-35,6]
tout à fait d'accord	17	19	[12-29,4]
total valides	88	100	/

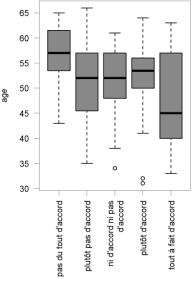


44% des MSU étaient favorables à une telle mesure et pensaient qu'elle modifierait leur pratique.

19% étaient tout à fait d'accord, contre 12% totalement en désaccord.

Les indécis étaient les plus nombreux.





DISCUSSION

1. Intérêt de l'étude

Cette étude est la seule à notre connaissance à s'intéresser au point de vue des médecins généralistes pour évaluer un outil de dépistage du mélanome. Le SAMScore constitue l'une des premières propositions concrètes pour organiser et améliorer le dépistage du mélanome en médecine générale. Il restait toutefois testé uniquement par des médecins généralistes sélectionnés et rémunérés, dans un réseau en lien étroit avec l'hôpital. Le SAMScore a cette fois été utilisé en conditions réelles par 91 médecins généralistes-maîtres de stage du Nord-Pas-de-Calais.

2. Limites de l'étude

Le choix de la population d'étude constitue un biais de recrutement. Il s'agit de médecins généralistes maîtres de stage, que l'on suppose particulièrement sensibilisés au dépistage en général, et plus enclins à modifier leur pratique. Ils étaient informés par mail que l'étude concernait le dépistage du mélanome, il est probable que ce sont ceux qui se sentaient les plus concernés qui ont répondu. Cependant, c'était un choix assumé et validé par l'équipe de Biostatistique. Ce recrutement nous a permis d'obtenir un excellent taux de réponse. On constate que chez la grande majorité de ces MSU interrogés le SAMScore n'a pas permis d'obtenir un changement de comportement: cela amène à penser que l'impact serait encore plus faible pour des médecins moins sensibilisés.

L'étude a été menée dans la région Nord-Pas-de-Calais, or le SAMscore a été validé dans la région de Loire-Atlantique. Ces deux régions ont une démographie médicale proche. La densité de médecins généralistes et de dermatologues y est plus faible que la moyenne nationale. Il était intéressant de faire évaluer le SAMScore par des médecins d'une autre

région : le service de Dermatologie du CHU de Nantes a mis en place un Réseau Mélanome Ouest très actif, et les médecins de cette zone sont donc plus sensibilisés que les autres.

Le questionnaire déclaratif constitue un autre biais. Sur avis du service de Biostatistique, nous avons fait le choix de nous limiter à recueillir l'avis des médecins. Nous n'avons pas demandé de données sur l'inscription du SAMScore au dossier médical, ni sur le nombre et résultat des examens cutanés réalisés, qui auraient constitué une évaluation des pratiques professionnelles.

3. Résultats

— Population d'étude

L'échantillon est représentatif des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais (41).

Les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sont âgés en moyenne de 52 ans. L'âge moyen des MSU interrogés dans l'étude est de 51.2 ans.

Les hommes représentent 77% des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais : ils étaient 70% dans l'étude.

Les médecins généralistes installés en milieu rural dans le Nord-Pas-de-Calais représentent 20% de la profession d'après le service de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre, qui ne distingue pas le milieu semi-rural comme un territoire spécifique. Dans notre étude, on retrouvait 13% de médecins en milieu rural, 32% en milieu semi-rural et 44% en milieu urbain.

Le nombre moyen de patients vus par jour par un médecin généraliste est estimé à 24.6 en 2009 au niveau national (42), il est un peu supérieur (28.5 patients par jour) pour les MSU de l'étude.

Le principe du dépistage par le médecin généraliste est approuvé

Les MSU interrogés sont d'accord avec les recommandations HAS : le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du mélanome n'est pas remis en cause.

Le critère principal était de savoir s'ils étaient prêts à intégrer le dépistage ciblé du mélanome dans leur pratique quotidienne : ils sont dans leur grande majorité motivés pour le réaliser, puisque 84% affirment être prêts à le faire.

Ces déclarations sont en concordance avec les données de la littérature : Grange et al. (2005) montrent que 92% des médecins généralistes assistant à une séance de formation sur le mélanome considéraient que l'action était justifiée en terme de santé publique, et que 70% avaient l'intention de participer activement au dépistage (31). Sladder et al. (1999) obtiennent des données similaires pour les médecins généralistes australiens (43).

L'outil SAMScore est adapté

L'outil « SAMScore » est validé par ces MSU, qui ont eu l'occasion de l'utiliser en situation réelle. Les trois quarts d'entre eux le trouvent « pratique ».

Ils s'accordent sur sa présentation : le format d'une feuille A5 plastifiée est adaptée à leur usage lors de la consultation, comme l'avait montré Hiblot (30). Plusieurs MSU avaient également souhaité obtenir une version informatique du SAMScore.

Les MSU confirment que le SAMScore est rapide à établir : c'est un critère important, puisque le manque de temps était un des obstacles principaux cités par les médecins généralistes.

Leur point de vue confirme les données de la littérature sur la bonne acceptation du dépistage par les patients (37) (44).

De même, une fois que la lésion suspecte est détectée, la prise en charge ne constitue pas un problème : le réseau médecins généralistes-dermatologues semble effectivement bien établi dans le Nord-Pas-de Calais.

Difficultés

Les MSU soulèvent deux problèmes principaux dans le dépistage ciblé grâce au SAMScore :

Les critères du SAMScore ne sont pas bien compris par 40% des MSU.

C'est une limite notable pour un score destiné à être diffusé à grande échelle aux médecins généralistes. Les interrogations exprimées par les MSU (sur la feuille de questionnaire, par mail ou lors de l'entretien téléphonique) portent surtout sur les critères majeurs :

- Où compte-t-on les 20 naevus? Sur les avant-bras, un seul membre supérieur, les deux?
- Compte-t-on tous les naevus ou seulement les naevus atypiques ?
- Où repère-t-on les éphélides ?

Les phototypes constituant un facteur de risque ne sont pas toujours clairement compris, malgré la précision au recto « pour le phototype, 1 ou 2 est un critère mineur ».

Certains suggèrent de joindre une iconographie à la fiche de SAMScore.

L'étude de Quéreux et al. (37) sur la création du SAMScore montrait déjà que les discordances entre les réponses des patients et des médecins généralistes concernaient essentiellement le comptage des naevus. Dans cette étude, le nombre de naevus n'était pas renseigné par les médecins généralistes dans 8% des questionnaires, et la présence d'éphélides ne l'était pas dans 7% d'entre eux. Le SAMScore est donc perfectible.

La réalisation de l'examen cutané met les médecins généralistes en difficulté.

Ils ne sont que 40% à répondre que l'examen cutané chez les patients à risque ne pose pas de problème. Ces difficultés sont probablement expliquées par les obstacles déjà évoqués : manque de temps, doute du médecin en sa capacité à des distinguer les mélanomes des lésions bénignes. Leman-Sarrat montrait que la proportion de patients déshabillés varie selon le médecin (26). Le déshabillage pose sans doute le problème d'un tabou, pour le patient, mais aussi pour le praticien lui-même.

— Faible utilisation du SAMScore

Le résultat marquant de cette étude est que les MSU ont très peu utilisé le SAMScore pendant les 2 mois où il a été mis à leur disposition, alors qu'ils se disent d'accord sur le principe d'un dépistage et trouvent le SAMScore adapté. La période de l'étude (Avril-Mai) était pourtant favorable à aborder avec les patients la question du mélanome, comme l'ont fait remarquer certains des MSU lors de l'entretien téélphonique.

Les trois quarts l'ont utilisé chez 2 patients ou moins par jour : c'est insuffisant pour considérer que leur comportement en matière de dépistage ciblé du mélanome a été modifié. En effet seule cette première étape du dépistage a été évaluée: déterminer le statut à risque visàvis du mélanome pour l'ensemble des patients de médecine générale. L'étape de « classement » n'était pas forcément suivie d'un examen cutané.

La faible participation est en accord avec les données de la littérature : bien que conscients de la nécessité du dépistage du mélanome, les médecins le mettent peu en application. Geller *et al.* montraient en 2004 que les médecins généralistes exprimaient leur intérêt pour le dépistage du mélanome, mais ne que seuls 60% le pratiquaient (29). Certains des MSU interrogés dans notre étude disent avoir, malgré eux, « oublié » d'utiliser le SAMScore.

Une consultation de médecine générale dure souvent 15 minutes et le patient consulte en moyenne pour 2 problèmes différents. Les MSU sont nombreux à évoquer le manque de temps et la difficulté à ajouter à la consultation médicale une mission supplémentaire, qui n'est pas au départ une demande du patient. Les missions de dépistage du médecin généraliste viennent s'ajouter à son rôle de diagnostic et de traitement de pathologies aigues, à la charge administrative... Ces missions de dépistage sont elles-mêmes multiples : la liste (non exhaustive) en **annexe 5**, en recense plus de 20.

Quel que soit le domaine concerné, la mise en œuvre du dépistage en général n'est pas seulement déterminée par les recommandations, mais davantage par les comportements individuels des médecins généralistes en matière de prévention (45) (46) (47). Cependant, on constate toujours que la pratique du dépistage est améliorée par la formation (29).

— Intérêt d'une cotation

Actuellement en France, l'acte de dépistage des cancers cutanés fait l'objet d'une rémunération spécifique, réservée aux dermatologues. Il existe 2 cotations. La première (QZP001) impose l'emploi d'un dermatoscope pendant 30 minutes, elle est indemnisée 54.10 euros pour les patients à haut risque de mélanome. Depuis 2012, une consultation spécifique de dépistage des cancers cutanés (CDE) à valeur de 2C est remboursée en accès direct pour les sujets à risque. Mais il probable que la plupart des patients ne connaissent pas les facteurs qui feraient d'eux des sujets à risque de mélanome.

Une cotation de l'acte de dépistage des cancers cutanés pour les médecins généralistes modifierait-elle leur pratique ? Dans notre étude, la disparité des réponses fait penser que non. Dans les travaux de Geller *et al.* (29), l'indemnisation financière posait problème pour 15%

seulement des médecins. Un avis spécifique a été demandé au Dr Patte, représentant d'un syndicat de médecins généralistes au sein de la commission des nomenclatures de la Sécurité Sociale. Selon le Dr Patte, d'une manière générale les cotations des actes spécifiques sont largement sous-utilisées par les médecins généralistes. Créer une cotation de l'acte de dépistage des cancers cutanés pour le généraliste ne lui apporterait pas une compensation importante : non cumulable avec un acte « C » de consultation « classique », son indemnisation n'atteindrait peut-être que les alentours de 26 euros. On peut se poser la question d'intégrer ce dépistage dans une consultation globale de « dépistage des cancers », pour laquelle une cotation spécifique reste à discuter. Plus que la compensation financière, l'intérêt d'une cotation apparaitrait davantage comme une légitimation du dépistage du mélanome, aux yeux du patient mais sans doute davantage à ceux du médecin généraliste.

4. Perspectives

- Limites du dépistage ciblé

La proposition d'un programme de dépistage ciblé du mélanome par les médecins généralistes en utilisant un score de risque ne peut être la réponse unique à la progression de ce cancer. Il est important d'examiner les patients chez qui l'incidence du mélanome est la plus élevée : le SAMscore a démontré son intérêt pour les identifier. Cependant, pour avoir un impact sur la mortalité, la nécessité est aussi d'atteindre les <u>patients les plus à risque de développer un mélanome épais</u>: les hommes de plus de 65 ans, les personnes âgées et isolées.

De plus, la mortalité croissante du mélanome semble essentiellement liée aux <u>mélanomes</u> <u>agressifs</u> (21) (25) : pour dépister tôt ces mélanomes à croissance rapide, un examen cutané annuel est insuffisant, et leur caractère souvent nodulaire voire achromique rend difficile leur

diagnostic par les médecins généralistes. Il n'y a pas de consensus des sociétés savantes sur la fréquence à laquelle les examens cutanés devraient être réalisés. L'HAS dans son rapport « Actualités et Pratiques n°49 » de Mai 2013 adressé aux médecins généralistes préconise que lorsque le généraliste identifie un patient à risque, il « l'incite à mettre en place une surveillance régulière (tous les 6 mois) par un dermatologue » (48). Mais la faible densité de dermatologues rend cette tâche difficile.

— L'essentiel : sensibiliser

Si le SAMscore est imparfait, il a le rôle primordial de sensibiliser patients et médecins généralistes au diagnostic précoce du mélanome.

Pour le patient

Le temps que le médecin généraliste consacre au dépistage du mélanome est aussi et avant tout un temps d'éducation: ceci est crucial puisque plus de la moitié des mélanomes sont détectés par le patient ou par l'entourage (24) (14). Selon Richard et al. en 2000, 70.8% des mélanomes étaient détectés par les patients plutôt que par le médecin, et parmi ceux-ci la moitié était repérée par l'entourage (22). Le patient est amené à se questionner sur son niveau de risque, celui de ses proches, à recueillir les conseils de photoprotection. Il va être informé des critères d'alerte pour les lésions cutanés, et sur la nécessité de consulter rapidement son médecin généraliste. Mis en confiance, il est probable qu'il ne tardera pas à signaler la lésion repérée. Le médecin généraliste touche une population large, il a donc la possibilité d'éduquer également les patients qui par leur âge ou leur milieu socio-économique sont peu sensibles aux campagnes d'information du grand public. Cette éducation prend du temps, et il peut être intéressant d'utiliser la fiche de SAMscore en la mettant à disposition des patients en salle

d'attente : assortie d'une plaquette d'information, elle peut déjà amener le patient à se questionner.

Pour le médecin

Il s'agit de devenir attentif à la peau des patients : le SAMScore agit comme un rappel, même s'il n'est pas utilisé de façon rigoureuse. Il a été démontré que les médecins généralistes les plus sensibilisés diagnostiquaient des mélanomes plus fins (Grange et al. (24), Geller et al. (29))

— Quelques pistes

Cette étude est une démonstration supplémentaire de l'intérêt porté par les médecins généralistes au dépistage du mélanome, et de leur volonté d'y participer activement.

Un travail de thèse a été mené durant la même période auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais par M.F. Borys et C. Millot, internes de médecine générale à Lille (49). L'étude a été menée par entretiens de groupes semi structurés, à type de Focus Groupes, auprès de 26 médecins généralistes du Nord de la France. Cette étude qualitative intitulée « Quel rôle les médecins généralistes souhaitent-ils avoir dans le dépistage du mélanome ?» met elle aussi en évidence une demande de formations plus régulières et plus pratiques de la part des médecins généralistes. Ils souhaiteraient voir se développer un réseau de soins avec les dermatologues, afin de faciliter la prise en charge rapide des mélanomes dépistés. Ils évoquent la mise en place d'un dépistage systématique annuel, qui pourrait être facilité par des rappels dans les logiciels médicaux.

Certaines pistes peuvent être explorées pour améliorer la participation des médecins généralistes au dépistage du mélanome.

Les médecins généralistes considèrent pour la plupart que leur formation initiale au diagnostic du mélanome est insuffisante (27).

Les travaux de Grange *et al.* ont fait la preuve que la formation sur photos améliorait la capacité diagnostique des médecins généralistes pour la reconnaissance du mélanome (31). Le Réseau Mélanome Ouest, soutenu par l'Institut National du Cancer, propose aux professionnels de santé un module interactif de formation sur photos (e-learning) sur le site http://www.reseau-melanome-ouest.com/melanome/evaluez-testez-ameliorer-vos-

connaissances-elearning.html. Seuls 15% des médecins généralistes connaissent l'existence de ce e-learning selon l'enquête BVA (27) : la communication autour de cet outil très efficace mériterait d'être améliorée.

Les séances de formation médicale continue rassemblant médecins généralistes et dermatologues pourraient être accrues. Notre étude a montré que les médecins généralistes étaient peu à l'aise avec l'examen cutané : il serait intéressant que les séances de formation leur présentent de façon pratique la réalisation d'un examen cutané (rappel des zones à inspecter, de l'importance du déshabillage complet, d'un éclairage adapté...)

Le message « patient à risque de mélanome = un examen cutanéo-muqueux annuel systématique » doit prendre sa place au milieu des autres dépistages réalisés quotidiennement par le médecin généraliste.

Les facteurs de risque devaient être rappelés aux médecins généralistes. Ceci peut se faire via des fiches telles celle du SAMscore, des posters pour le cabinet médical... Ces rappels doivent aussi insister sur l'attention à porter aux catégories de population les plus à risque de mélanome épais.

L'inscription du statut de risque du patient vis-à-vis du mélanome, et la date du dernier examen cutané, devrait devenir la règle dans les dossiers médicaux, au même titre que les éléments du suivi des maladies chroniques, des dépistages gynécologiques ou digestifs... Il serait intéressant de réaliser une évaluation des pratiques sur ce sujet.

CONCLUSION

Le mélanome est un cancer redoutable, mais le seul dont le diagnostic soit si accessible : pour diminuer la mortalité liée au mélanome, « look and see »! (Weinstock 2006 (50)) La mortalité continue de progresser alors qu'il y a lieu de penser qu'un simple examen cutané annuel par le médecin généraliste pourrait permettre de dépister la plupart des mélanomes à un stade précoce et curable. Les médecins généralistes savent reconnaître le mélanome, mais encore faut-il qu'ils aient les moyens de le voir. Si la pratique de l'examen cutané est insuffisante, malgré les recommandations de l'HAS, c'est qu'elle trouve difficilement sa place au milieu d'une activité de médecine générale. C'est aussi du côté des médecins généralistes qu'il faut rechercher les obstacles, et par là même les solutions.

Cette étude avait l'intérêt de recueillir pour la première fois l'avis des médecins généralistes sur un outil de dépistage du mélanome. Le SAMScore constitue l'une des premières propositions pour faciliter la pratique du dépistage du mélanome en médecine générale.

On constate que les recommandations de l'HAS sont approuvées par les médecins généralistes de cette étude. Au-delà d'un simple intérêt, ils se disent également motivés pour intégrer le dépistage du mélanome à leur pratique quotidienne. L'évaluation du SAMscore est très encourageante, puisque les médecins de notre étude confirment qu'il est adapté.

La surprise est de constater que le SAMScore a été très peu été utilisé : ces médecins n'ont pas modifié leur pratique. S'il permet de surmonter certains obstacles, le SAMScore se heurte encore à d'autres freins : la réalisation de l'examen cutané reste un problème. La multiplicité des missions de prévention qui incombent au médecin généraliste fait qu'il lui est difficile d'être attentif à toutes, quand le patient le sollicite le plus souvent pour une pathologie aigue.

Cette proposition est cependant un premier pas concret et essentiel de sensibilisation. Elle permet d'intégrer la recherche du mélanome aux objectifs de suivi du patient. De la même manière que le médecin généraliste se préoccupe du dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires, de la mise à jour des vaccinations, du conseil minimal chez le patient tabagique... le dépistage du mélanome pourrait devenir pour lui un réflexe. Il est probable qu'avec la pratique, le médecin généraliste améliorera peu à peu ses capacités diagnostiques vis-à-vis du mélanome et trouvera une organisation qui facilitera la réalisation d'un examen cutané annuel.

Il existe des attentes fortes des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais pour améliorer le diagnostic et la prise en charge du mélanome. On pourrait envisager de renforcer la communication entre les dermatologues et les médecins généralistes, en mettant par exemple en place à Lille un réseau « ville-hôpital » comme il en existe dans la région nantaise. Le SAMScore a démontré son intérêt en pratique quotidienne, et pourrait être utilisé dans les formations à destination des médecins généralistes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Haute autorité de santé. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandation en Santé Publique, rapport d'évaluation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
- 2. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Cancers: pronostics à long terme. Paris: Inserm; 2006 p. 163-174.
- 3. Institut national de veille sanitaire, Institut national du cancer, Réseau français des registres des cancers, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Hospices civils de Lyon. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 à 2005. Paris: InVS; 2008.
- 4. Institut national de veille sanitaire, Institut national du cancer. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice: InVS; 2011.
- 5. Institut national du cancer, Institut national de veille sanitaire. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. Boulogne-Billancourt: Inca; 2010.
- 6. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. janv 2005;41(1):28-44.
- 7. 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 Oxf Engl 1990. sept 2005;41(14):2040-2059.
- 8. 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 Oxf Engl 1990. janv 2005;41(1):45-60.
- 9. International Agency for Research on Cancer Working Group on artificial ultraviolet (UV) light and skin cancer. The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers: A systematic review. Int J Cancer J Int Cancer. 1 mars 2007;120(5):1116-1122.
- 10. 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.
- 11. 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/
- 12. Curiel-Lewandrowski C, Kim CC, Swetter SM, Chen SC, Halpern AC, Kirkwood JM, et al. Survival is not the only valuable end point in melanoma screening. J Invest Dermatol. mai 2012;132(5):1332-1337.
- 13. Geller AC, Miller DR, Swetter SM, Demierre M-F, Gilchrest BA. A call for the development and implementation of a targeted national melanoma screening program. Arch Dermatol. avr 2006;142(4):504-507.
- 14. Epstein DS, Lange JR, Gruber SB, Mofid M, Koch SE. Is physician detection associated with thinner melanomas? JAMA J Am Med Assoc. 17 févr 1999;281(7):640-643.
- 15. Aitken JF, Elwood M, Baade PD, Youl P, English D. Clinical whole-body skin examination reduces the incidence of thick melanomas. Int J Cancer J Int Cancer. 15 janv 2010;126(2):450-458.
- 16. Breitbart EW, Waldmann A, Nolte S, Capellaro M, Greinert R, Volkmer B, et al. Systematic skin cancer screening in Northern Germany. J Am Acad Dermatol. févr 2012;66(2):201-211.

- 17. Geller AC, Greinert R, Sinclair C, Weinstock MA, Aitken J, Boniol M, et al. A nationwide population-based skin cancer screening in Germany: proceedings of the first meeting of the International Task Force on Skin Cancer Screening and Prevention (September 24 and 25, 2009). Cancer Epidemiol. juin 2010;34(3):355-358.
- 18. Katalinic A, Waldmann A, Weinstock MA, Geller AC, Eisemann N, Greinert R, et al. Does skin cancer screening save lives?: an observational study comparing trends in melanoma mortality in regions with and without screening. Cancer. 1 nov 2012;118(21):5395-5402.
- Institut national du cancer. Bilan de la journée nationale 2011 de prévention et de dépistage des cancers de la peau organisée par le Syndicat National des dermatologues vénéréologues. Boulogne-Billancourt: Inca; 2012.
- 20. Haute autorité de santé. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
- 21. Geller AC. Educational and screening campaigns to reduce deaths from melanoma. Hematol Oncol Clin North Am. juin 2009;23(3):515-527, ix.
- 22. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (I): the role of patients. Int J Cancer J Int Cancer. 20 mai 2000;89(3):271-279.
- 23. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Thirion X, Wolkenstein P, et al. Melanoma and tumor thickness: challenges of early diagnosis. Arch Dermatol. mars 1999;135(3):269-274.
- 24. 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. déc 2012;167(6):1351-1359.
- 25. 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 J Int Cancer. 20 mai 2000;89(3):280-285.
- 26. C Leman, Caudy-Marqueste C, Mallet S, Richard M-A, Poujol J-L, Grob J-J. Le déshabillage du patient: une condition préalable au rôle-clé du médecin généraliste dans le dépistage du mélanome. Commun Orale Ann Dermatol Venereol. 2010;133:A97.
- 27. Institut national du cancer. Synthèse de la vague 2 du baromètre : « les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau ». Boulogne-Billancourt: Inca; 2013.
- 28. 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. janv 2011;147(1):39-44.
- 29. 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 Am Board Fam Pract. déc 2004;17(6):416-423.
- 30. Hiblot V. Perception et mise en oeuvre des recommandations de dépistage de l'obésité de l'enfant, de la maladie d'Alzheimer, du mélanome de la BPCO par les médecins généralistes marseillais. Aix-Marseille; 2007.
- 31. 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 Vénéréologie. déc 2005;132(12 Pt 1):956-961.
- 32. 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. 12 août 2013;

- 33. Jackson A, Wilkinson C, Ranger M, Pill R, August P. Can primary prevention or selective screening for melanoma be more precisely targeted through general practice? A prospective study to validate a self administered risk score. BMJ. 3 janv 1998;316(7124):34-38; discussion 38-39.
- 34. Fortes C, Mastroeni S, Bakos L, Antonelli G, Alessandroni L, Pilla MA, et al. Identifying individuals at high risk of melanoma: a simple tool. Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. sept 2010;19(5):393-400.
- 35. Fears TR, Guerry D 4th, Pfeiffer RM, Sagebiel RW, Elder DE, Halpern A, et al. Identifying individuals at high risk of melanoma: a practical predictor of absolute risk. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 1 août 2006;24(22):3590-3596.
- 36. Cho E, Rosner BA, Feskanich D, Colditz GA. Risk factors and individual probabilities of melanoma for whites. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 20 avr 2005;23(12):2669-2675.
- 37. Quéreux G, Nguyen J-M, Volteau C, Lequeux Y, Dréno B. Creation and test of a questionnaire for self-assessment of melanoma risk factors. Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. janv 2010;19(1):48-54.
- 38. Quéreux 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 Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. mai 2011;20(3):217-224.
- Quéreux 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 Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. nov 2012;21(6):588-595.
- 40. Rat C, Gravier E, Quereux G, Senand R, Dreno B, Nguyen J-M. Cohorte de patients à risque de mélanome (COPARIME): premiers résultats. Ve Congrès Int DÉpidémiologie Épidémiologie Santé Mond Brux 12-14 Sept 2012. sept 2012;60, Supplement 2(0):S114.
- 41. Le Breton-Lerouvillois C. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais. Situation au 1er Juin 2011. Ordre national des médecins. Conseil national de l'ordre;
- 42. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Gauthier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES; 2011.
- 43. Sladden MJ, Ward JE, Del Mar CB, Lowe JB. Skin cancer screening by Australian family physicians: variation with physician beliefs and geographic locality. Am J Prev Med. août 1999;17(2):142-146.
- 44. Geller AC, Swetter SM, Brooks K, Demierre M-F, Yaroch AL. Screening, early detection, and trends for melanoma: current status (2000-2006) and future directions. J Am Acad Dermatol. oct 2007;57(4):555-572; quiz 573-576.
- 45. 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-Alpes-Côte d'Azur. Prat Organ Soins. 38(4):259-268.
- 46. Ganry O, Boche T. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie : résultats d'une enquête de type déclarative. Bull Cancer (Paris). 1 oct 2004;91(10):785-791.
- 47. El Sawy AA. Le vécu du dépistage par le médecin généraliste. Bull Cancer (Paris). 1996;83(9):761-763.
- 48. HAS. Mélanome cutané: la détection précoce est essentielle. Actual Prat Webzine HAS. mai 2013;(49):http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1528201.
- 49. Borys Marie-Fanny, Millot Céline. Quel rôle le médecin généraliste souhaite-t-il avoir dans le dépistage du mélanome ? [Lille]; 2013.

50.	Weinstock MA. 2006;19(1):26-31	Cutaneous .	melanoma:	public	health	approach	to early	detection.	Dermatol	Ther.	févr

ANNEXES

Annexe 1 : fiche SAMScore recto

DEPISTAGE DU MELANOME CHEZ LES SUJETS A RISQUE

Le sujet est considéré à risque de mélanome s'il a au moins

- 1 critère de risque majeur, ou
- 3 critères de risque mineurs
- = 1 examen complet de la peau et des muqueuses annuel

Pour les sujets de moins de 60 ans :

- ⇒ Le critère majeur est la présence de > 20 naevi sur les bras
- ⇒ Les critères mineurs sont ceux figurant dans le questionnaire au verso (pour le phototype : 1 ou 2 est un critère mineur)

Pour les sujets de 60 ans et plus :

- ⇒ Le critère majeur est la présence de taches de rousseur
- ⇒ Les critères mineurs sont ceux figurant dans le questionnaire au verso (pour le phototype : 1 ou 2 est un critère mineur)

emi.grasset@gmail.com

Annexe 2 : fiche SAMScore verso

1. Dans quel « g	requipe - Noue of secon		
□ Phototype I : p			clairs (bleus ou verts), incapacité à
	ups de soleils constants		
			lairs (bleus ou verts), coups de soleil
fréquents.			
•			bruns, yeux bruns, parfois clairs.
	peau mate, cheveux for eau brun foncée, cheve	•	
	peau noire, cheveux noi		
	cu plus d'un an dans (JSA, Australie) ?	un pays à fort ensole 🛭 gyj	eillement (Afrique, Moyen Orient, Dom
	-		également appelé « grain de beauté
	s'agit d'un cancer de la tion de la peau) ?		int aux dépens des cellules responsab
de la piginentat	ion de la peau) ?	□ gyj	L HOII
		(narent enfant frèr	e ou sœur) a-t-il déjà eu un mélanome
5. Un membre d	ie votre ramilie procne	(parent, emant, ner	

$\label{eq:Annexe} \textbf{Annexe 3: questionnaire final}$

THESE: DEPISTAGE CIBLE DU MELANOME EN MEDECINE GENERALE

	Vous êtes un homme ☐ une femme		
2.	Quel est votre âge ? ans		
	Quel est votre milieu d'exercice ? Urbain Semi-rural Rural		
4.	Combien de patients recevez-vous chaque jour,	en moyenne ?	patients
	Pensez-vous que le principe d'un dépistage du intéressant ? Oui Non	mélanome par l	e médecin généraliste est
	Etes-vous prêt(e) à intégrer le dépistage c quotidienne de médecine générale ? Oui Non	iblé du mélano	me dans votre pratique
	Pensez-vous que le SAMScore est un outil intére cadre du dépistage du mélanome ? Oui Non	essant pour le m	édecin généraliste dans le
	Chaque jour, vous avez utilisé le SAMScore de patients.	manière rigoure	use chez environ
9.	Donnez votre niveau d'accord avec les proposition	ons suivantes :	
	AScore est pratique à utiliser ait d'accord O plutôt d'accord O ni d'accord ni pas d'accord O) plutôt pas d'accord	O pas du tout d'accord
	des difficultés à comprendre les critères du SAMS ait d'accord O plutôt d'accord O ni d'accord ni pas d'accord O		O pas du tout d'accord
•	sentation du SAMScore (fiche plastifiée) est adap ait d'accord O plutôt d'accord O ni d'accord ni pas d'accord O		O pas du tout d'accord
	r les patients selon le SAMScore est rapide ait d'accord O plutôt d'accord O ni d'accord ni pas d'accord O) plutôt pas d'accord	O pas du tout d'accord
	er un examen cutané systématique chez les patier ait d'accord O plutôt d'accord O ni d'accord ni pas d'accord O		oose problème O pas du tout d'accord
	fficile d'organiser la prise en charge des lésions d ait d'accord O plutôt d'accord O ni d'accord ni pas d'accord O	•	O pas du tout d'accord
•	tients acceptent bien qu'on leur propose un dépis ait d'accord O plutôt d'accord O ni d'accord ni pas d'accord O	-	1e O pas du tout d'accord
	ation d'une cotation d'un acte de dépistage des	s cancers cutan	és en médecine générale
O Tout à fa	ait d'accord O plutôt d'accord O ni d'accord ni pas d'accord O	plutôt pas d'accord	O pas du tout d'accord

Annexe 4 : entretien téléphonique d'information des médecins généralistes

Bonjour, je suis médecin généraliste remplaçant. Je vous sollicite dans le cadre d'un travail que j'effectue en collaboration avec les dermatologues du CHRU de Lille et portant sur le dépistage du mélanome en médecine générale.

Vous êtes sans doute sensibilisé au mélanome, peut être certains de vos patients en ont-ils présenté un. C'est en tout cas une pathologie que sont de plus en plus amenés à rencontrer les généralistes, puisque l'incidence du mélanome a été multipliée par 2 sur ces 15 dernières années en France, et qu'aujourd'hui la mortalité continue d'augmenter.

Comme vous le savez, le pronostic de ce cancer des mélanocytes est directement lié à son épaisseur, avec un risque métastatique important si l'indice de Breslow dépasse le millimètre. Il n'y pas de traitement curatif efficace au stade métastatique.

Tout l'enjeu est de dépister précocement ces mélanomes, et l'exérèse si elle est réalisée à un stade précoce est très efficace

Selon le rapport HAS de 2006, le dépistage du mélanome doit faire partie des (nombreuses!) missions du médecin généraliste. Et cela parce le diagnostic est facile, mais souvent trop tardif, et que les sujet les plus à risque de mélanome métastatique se comptent souvent parmi des populations qui par leur âge, leur milieu social, leurs ressources financières mais aussi leurs croyances ne consulteront pas les dermatologues. C'est donc nous qui sommes en 1ere ligne.

Le dépistage du mélanome ne peut passer que par un <u>examen de la peau et des muqueuses</u> <u>attentif et complet</u>, à la recherche de lésions suspectes.

Les études ont montré que l'examen réalisé par les MG a une bonne sensibilité, et que nous sommes tout à fait capables de réaliser ce « tri » et d'adresser ensuite au dermatologue.

Le problème principal est évidemment celui du temps, qui nous manque tellement dans nos journées de médecine générale où les missions de dépistage sont déjà nombreuses...

Ainsi que le recommande l'HAS, il doit donc s'agir d'un <u>dépistage systématique ciblé</u> sur certains patients, repérés comme étant les plus à risque.

Les facteurs de risque du mélanome sont maintenant bien connus, mais comment les utiliser rapidement en médecine générale pour pouvoir classer les patients comme à risque augmenté ou non?

<u>Un score (SAMScore)</u> a été établi par l'équipe de dermatologie du CHU de Nantes, qui travaille en lien étroit avec les médecins généralistes au sein d'un réseau ville hôpital. Ce SAMscore est réalisable en moins de 5 min grâce à 5 questions simples et un examen des bras du patient. Il a été validé pour être auto rempli par le patient. 3 études récentes ont prouvé qu'il sélectionne efficacement une population dans laquelle on compte 11 fois plus de mélanome

Je vous propose, si vous êtes d'accord, de vous envoyer ce SAMScore sous la forme d'une fiche plastifiée pour en tester l'utilisation lors de vos consultations.

La stratégie suivante vous est donc proposée pour votre pratique quotidienne: lors d'une consultation de routine, utilisez le SAMscore pour classer les patients comme à risque augmenté de mélanome, ou à risque standard. Notez leur statut dans votre dossier médical. Pour les patients à risque, prévoir 1 examen de la peau et des muqueuses/an. Les patients porteurs de lésions suspectes sont à adresser au dermatologue de votre secteur.

Acceptez-vous que je vous envoie ce SAMscore? Merci pour le temps que vous avez bien voulu m'accorder.

Annexe 5 : exemples de missions de prévention

du médecin généraliste

(D'après la Société française de santé publique, 2008)

Vaccination

Repérage d'addiction (alcool, cannabis)

Conseils minimaux pour le tabagisme

Dépistage opportuniste (facteurs de risques cardiovasculaires, maladies sexuellement transmissibles...)

Participation aux dépistages organisés (cancer du sein et colorectal)

Réalisation de dépistages individuels selon des référentiels établis (frottis cervico-utérin, cancer de la prostate...)

Dépistage orienté dans le cadre des consultations de prévention aux différents âges de la vie (adolescence, 70 ans...)

Synthèse annuelle pour certaines maladies

Traitement visant à réduire l'apparition de complications ou des rechutes

Éducation du patient (diabète, asthme...)

Conseils d'hygiène de vie dans le cadre de l'alimentation des nourrissons, des jeunes enfants,

Conseils en matière de comportements en lien avec les risques routiers (casques /deux roues), les risques sportifs ou au travail, les voyages...

Aide au choix d'une méthode contraceptive

Éducation à la vie sexuelle

Accompagnement à la parentalité

Démarche pré-conceptionnelle...

AUTEUR: Grasset Emilie

Date de Soutenance: 18 Décembre 2013

Titre de la Thèse : Dépistage du mélanome en Médecine Générale et évaluation du SAMScore par

les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : *DES de médecine générale*

Mots-clés: Mélanome, Dépistage ciblé, Médecine générale, SAMScore

Résumé:

Introduction : Le mélanome est le cancer qui a connu la plus forte progression ces 30 dernières années. Son diagnostic précoce est le seul moyen d'en réduire la mortalité. En France, la Haute Autorité de Santé recommande une stratégie de dépistage ciblé, dont le médecin généraliste est le pivot. Les médecins généralistes sont-ils prêts à pratiquer ce dépistage systématique ? Le SAMScore, outil de sélection des patients à haut risque de mélanome, est-il adapté à leur pratique ?

Matériel et méthode : Etude descriptive, prospective et quantitative réalisée auprès de 130 médecins généralistes-Maitres de Stages des Universités exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais

Résultats : 84% des médecins généralistes de l'échantillon se déclarent prêts à intégrer le dépistage ciblé du mélanome à leur pratique quotidienne. L'outil SAMscore est adapté : ils le trouvent pratique, rapide d'utilisation, mais la compréhension des critères est peu évidente pour 20% d'entre eux. Le SAMscore a cependant été très peu utilisé : ¾ des médecins ont classé moins de 2 patients par jour. La réalisation de l'examen cutané reste un obstacle pour 35% des médecins. Seuls 44% des médecins déclarent que la création d'une cotation d'un acte de dépistage des cancers cutanés en médecine générale modifierait leur pratique.

Conclusion : Cette étude confirme l'intérêt porté par les médecins généralistes au diagnostic précoce du mélanome. Pour parvenir à une pratique de dépistage systématique, il est essentiel de poursuivre la sensibilisation: le SAMScore est un outil adapté pour remplir ce rôle.

Composition du Jury:

Président: Pr Raymond Glantenet

Assesseurs: Pr Laurent Mortier

Pr Gaëlle Quéreux Dr Antoine Deleplanque

Dr Cyril Maire