



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluation des pratiques des internes de médecine générale de
Lille dans le dépistage et la prévention du mélanome cutané**

Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 2024 à 18h
au Pôle Formation

par Chloé LAURENT - LEPOUTRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Laurent MORTIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Sarah FAIZ

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jérémy WALLART

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses: celles-ci sont propres à leurs auteurs.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cette étude.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AJCC: American Joint Committee on Cancer
- ARS: Agence Régionale de Santé
- CRRMP: Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
- CHU: Centre Hospitalier Universitaire
- DERMIS: Dermatology Information System
- DES: Diplôme d'Etudes Spécialisées
- DPC: Développement Professionnel Continu
- EHS: Enseignements Hors Stages
- HAS: Haute Autorité de Santé
- INCA: Institut National du Cancer
- MP: Maladie Professionnelle
- NCI: National Cancer Institut
- PMSI: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- P1: première année de DES (2022)
- P2: deuxième année de DES (2021)
- P3: troisième année de DES (2020)
- ROSP: Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- SAMScore: Self-Assessment of Melanoma Risk Score
- SFD: Société Française de Dermatologie
- SEER: Surveillance, Epidemiology and End Results
- TNM: Tumor, Nodes, Metastasis
- UICC: International Union Against Cancer
- UV: Ultra-violets

SOMMAIRE

- Résumép6
- Introduction.....p7-30
 - I-Généralités.....p7-10
 - I.a: Le mélanocyte.....p7
 - I.b: Physiopathologie du mélanome.....p8
 - I.c: Types de mélanome.....p9
 - II-Incidence du mélanome.....p11
 - III-Pronostic du mélanome.....p12
 - IV-Facteurs de risque de mélanome.....p14
 - V-Prévention primaire.....p17
 - VI-Prévention secondaire.....p18-26
 - VI.a: Méthodes analytique et cognitive visuelles.....p20
 - VI.b: Auto-examen cutané.....p22
 - VI.c: L'examen au cabinet.....p25
 - VI.d: La dermoscopie.....p25
 - VII-Acteurs dans le dépistage du mélanome.....p27
 - VIII-Facteurs de retard au diagnostic de mélanome.....p28
- Matériel et méthodes.....p31-33
 - I. Type d'étude.....p31
 - II. Population étudiée.....p31
 - Critères d'inclusion.....p31
 - Critères de non inclusion.....p31
 - III. Composition du questionnaire.....p32
 - IV. Modalités de recueil.....p33
 - V. Période de recueil.....p33
- Résultats.....p34-61
 - I. Caractéristiques.....p34
 - II. Habitudes dans le dépistage et sensibilisation.....p38
 - III. Reconnaissance de lésions suspectes.....p47
 - IV. Ressenti des internes.....p59

- Discussion.....p63-71
 - I. Caractéristiques.....p63
 - II. Habitudes dans le dépistage et sensibilisation.....p65
 - III. Reconnaissance de lésions suspectes.....p67
 - IV. Ressenti des internes.....p69
 - V. Limites de l'étude.....p71
- Conclusion.....p72
- Annexes.....p74-77
 - I. Figures.....p74
 - II. Graphiques.....p75
 - III. Photographies.....p77
- Bibliographie.....p78

RÉSUMÉ

Contexte: En 2023, le nombre estimé de nouveaux cas de mélanome est de 18 000 en France. C'est une pathologie grave au potentiel métastatique rapide dont l'incidence a triplé ces 20 dernières années. Sa détection précoce améliore la morbi-mortalité car permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique. Les médecins généralistes, en première ligne dans le parcours de soin, jouent un rôle central dans le dépistage du mélanome. Leur implication dans la coordination avec les dermatologues et l'éducation de la population est essentielle.

Objectif: L'objectif de cette étude est d'observer les habitudes des internes de médecine générale de Lille dans le dépistage et la prévention du mélanome. Elle a pour objectif secondaire de mettre en évidence un éventuel besoin en formation complémentaire en dermatologie, ainsi que d'analyser les freins au dépistage cutané.

Méthode: Étude observationnelle descriptive transversale réalisée auprès d'une cohorte d'internes du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale de l'université de Lille 2 (Faculté Henri Warenbourg), par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire anonymisé établi sur un logiciel sécurisé et diffusé en octobre 2023. Il est composé de 4 grandes parties: caractéristiques ; habitudes dans l'examen cutané et la délivrance des messages de prévention ; reconnaissance de lésions suspectes; ressenti (besoin de formation, freins au dépistage).

Résultats: 105 internes ont répondu au questionnaire. 78% étaient des femmes. 28% étaient en première année de DES (P1), 48% en deuxième année (P2) et 24% en troisième année (P3). Moins de 20% des internes ont déjà fait un stage spécifique de dermatologie. Seulement un quart des internes estiment obtenir un rendez-vous en moins d'un mois pour un patient porteur d'une lésion suspecte. Les habitudes dans la sensibilisation du patient diminuent au fur et à mesure de l'avancement dans le DES. Les internes reconnaissent le mélanome superficiel extensif et le mélanome de Dubreuilh mais pas le mélanome nodulaire (55% des internes). Dans la grande majorité, ils se sentent concernés par le dépistage des naevus malins en soins primaires et seraient intéressés par une formation animée par un dermatologue ou médecin-expert.

Conclusion: Les messages de prévention ne sont pas assez délivrés par les internes et leurs pratiques se dégradent au fur et à mesure de l'avancement dans le DES. Former les internes, c'est former les médecins généralistes de demain en première ligne dans le dépistage du mélanome, cancer de bon pronostic si pris en charge précocement.

INTRODUCTION

Le mélanome est une pathologie grave au potentiel métastatique rapide dont l'incidence a triplé ces 20 dernières années, avec 18 000 nouveaux cas en 2023 en France (1). Son dépistage à un stade précoce améliore considérablement le pronostic.

I. Généralités

I.a- Le mélanocyte

La peau est constituée de quatre couches superposées de la surface à la profondeur : l'épiderme, la jonction dermo-épidermique, le derme et l'hypoderme.

Les cellules à l'origine du mélanome sont les mélanocytes. Ils sont situés dans la couche basale de l'épiderme (couche la plus profonde). Ils sont en minorité par rapport aux kératinocytes, cellules à l'origine d'autres types de cancers cutanés (carcinomes basocellulaires et épidermoïdes), selon un ratio 1/10.

Les mélanocytes synthétisent la mélanine. A l'aide de longues ramifications, ils font circuler les grains de mélanine jusqu'aux kératinocytes qui sont à leur contact. La mélanine est à l'origine de la pigmentation de la peau et permet la protection contre les rayonnements ultraviolets (UV). Tout le monde n'est donc pas égal dans la susceptibilité d'être atteint d'un mélanome. Chez les personnes de phototype clair, la mélanine est synthétisée en moins grande quantité et en moins bonne qualité, ce qui constitue un facteur de risque inné, et non modifiable (2).

I.b- Physiopathologie du mélanome

Dans les naevi bénins, les mélanocytes se multiplient et se regroupent entre eux de manière régulière. Dans les mélanomes, ils se multiplient anormalement et anarchiquement. A la phase précoce de développement du mélanome, les cellules cancéreuses sont limitées à la surface de la peau et s'étendent horizontalement dans l'épiderme. Avec le temps, elles progressent verticalement en profondeur (4).

Tant que la tumeur reste au sein de l'épiderme, on parle de mélanome in situ (3). Seule une chirurgie d'exérèse à ce stade permet de guérir le patient, sans risque d'évolution métastatique. Le patient nécessite toutefois un suivi dermatologique rapproché, car il devient plus à risque de développer d'autres cancers cutanés (4).

Si le mélanome n'est pas dépisté assez précocement, les cellules progressent en profondeur à travers le derme voire l'hypoderme. Si la membrane basale est franchie on parle de mélanome invasif. Les cellules cancéreuses peuvent alors envahir les vaisseaux lymphatiques et sanguins et se disséminer au niveau cutané (métastases de transit), dans les ganglions lymphatiques ou dans d'autres organes tels que les poumons, le foie, les os ou le cerveau (mélanome métastatique) (3).

Une simple exérèse chirurgicale à ce stade ne permet pas une guérison totale. D'autres traitements s'avèrent nécessaires (curage ganglionnaire, thérapie ciblée, immunothérapie, radiothérapie, chimiothérapie, exérèse de métastases), dans le cadre d'un parcours de soins individuel, validé en réunion de concertation disciplinaire, avec un suivi à vie (4).

I.c- Types de mélanome

Il existe différents types de mélanome (3,4):

- Le mélanome à extension superficielle (SSM) : Ce type de mélanome est le plus répandu (70% des cas). Il se présente sous la forme d'une tache à contours irréguliers et polycycliques, de couleur inhomogène polychrome (noir, marron, rouge, achromique). Il s'étend d'abord horizontalement puis en profondeur. Sa croissance est lente dans la plupart des cas, généralement d'un à cinq ans, suivie d'une phase d'extension plus rapide. Il apparaît fréquemment sur le cou et le tronc chez l'homme, sur les membres inférieurs chez la femme.
- Le mélanome nodulaire (MN) : Il représente entre 5 et 20% des mélanomes. Il est souvent caractérisé par la forme d'un nodule de couleur foncée, ferme et arrondi pouvant s'ulcérer, saigner ou se recouvrir d'une croûte. Sa croissance est plus rapide, en semaines ou mois, car il s'étend en profondeur d'emblée sans phase d'extension superficielle. Il peut atteindre toutes les parties de la peau y compris les zones non exposées aux UV. Son pronostic est plus péjoratif, avec un indice de Breslow plus important.

- Le mélanome de Dubreuilh: Il représente 5 à 10% des mélanomes. Il se caractérise par une tache pigmentée plus ou moins foncée, inhomogène, allant du noir au marron foncé, observée sur les zones photoexposées, le visage dans la majorité des cas, mais aussi le cou et les mains, chez le sujet âgé de plus de 50 ans. Il ressemble en première apparence à une tache de vieillesse (tache actinique ou lentigo) et peut conduire à un retard diagnostic. Sa croissance est dans la plupart des cas très lente, et le pronostic généralement plus favorable que pour les autres types de mélanomes.
- Le mélanome acrolentigineux : Il est moins fréquent, situé sur les extrémités (paumes ou plantes) sous la forme d'une tache irrégulière brune ou noire; sur les ongles (bande mélanique de plus de 6 mm de large, de pigmentation irrégulière, avec atteinte de la matrice) ou sur les zones cutanées non exposées au soleil. C'est le type de mélanome le plus fréquemment observé chez les sujets asiatiques ou à peau noire. Il est moins aisé à diagnostiquer.

Il existe également des mélanomes muqueux plus rares mais redoutables car moins visibles et très agressifs (muqueuse digestive, muqueuse génitale par exemple). Parfois, le mélanome est achromique, et donc plus difficile à dépister (4).

70 à 80% des mélanomes se développent sur peau saine. La présentation est donc celle d'une tache pigmentée nouvellement apparue, irrégulière, qui évolue dans le temps. Dans 20% des cas seulement, ils se développent à partir d'un naevus préexistant (3).

II. Incidence du mélanome

Le mélanome représente 10% des tumeurs cutanées, avec un pronostic beaucoup moins favorable que les carcinomes en raison de sa capacité à métastaser rapidement (5). Le principal facteur de risque modifiable et accessible à la prévention primaire, est l'exposition solaire intermittente et intense, notamment dans l'enfance (4).

Il touche en moyenne le sujet de 60 ans avec un âge médian de 68 ans chez l'homme et 62 ans chez la femme (1). Il peut toutefois survenir à tout âge et concerner l'adulte jeune, même s'il reste exceptionnel avant l'âge de 15 ans (4). Les hommes sont un peu plus atteints que les femmes avec un nombre de nouveaux cas de 9 109 chez l'homme et 8 813 chez la femme en 2023 (1,5).

Le mélanome est l'un des cancers dont l'incidence et la mortalité ont significativement augmenté depuis 40 ans. Son incidence a triplé ces 20 dernières années dans les pays occidentaux avec 18 000 nouveaux cas estimés en 2023 en France métropolitaine, soit environ 4% de l'ensemble des cancers incidents. On dénombre 1980 décès par an liés au mélanome en 2018, ce qui représente 1,2% des décès par cancer tous sexes confondus (5).

LOCALISATIONS DONT L'INCIDENCE AUGMENTE

Localisation	Nombre de nouveaux cas			Variation annuelle moyenne des TSM sur la période
	1990	1990-2023	Évolution	1990-2023
Mélanome de la peau	1 675	9 109	444 %	+ 3,5 %

Figure n°1: Variation annuelle moyenne des taux d'incidence standardisés sur la période entre 1990 et 2023, selon l'Institut national du cancer (Inca) (1)

III. Pronostic du mélanome

Le mélanome est un cancer de bon pronostic s'il est détecté assez tôt. Le taux de survie nette standardisée à 5 ans entre 2010 et 2015 est de 93% tout sexe confondu (91% chez l'homme, 94% chez la femme), soit un gain de 11% sur la différence entre la survie nette standardisée à 5 ans entre 1990 et 2015 (1,5). Ce gain de survie est notamment lié aux nouvelles thérapeutiques notamment l'immunothérapie comme le NIVOLUMAB, anticorps monoclonal anti-PD1.

La survie dépend de la précocité du diagnostic et du stade du mélanome au moment de son exérèse. Selon le programme américain Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) du National Cancer Institut (NCI), la survie relative à 5 ans est de 98% au stade localisé mais diminue à 62% au stade d'extension locorégionale et à 15% au stade métastatique (5).

Suite à l'exérèse de la lésion, un examen anatomopathologique est réalisé. Le pronostic du mélanome dépend principalement de trois facteurs histopronostiques: l'indice de breslow (l'épaisseur de la tumeur), la présence ou non d'ulcération et l'index mitotique (6).

A noter que le diamètre du mélanome n'a aucune corrélation avec son épaisseur. On ne peut donc pas connaître le stade de gravité d'un mélanome sur son seul aspect clinique, il faut dans tous les cas attendre son analyse histopathologique (7).

On détermine ensuite le stade du mélanome en s'appuyant sur le Système International de Classification du TNM (Tumor, Nodes, Métastasis) de l'International Union Against Cancer (UICC) et de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) (6):

- stades I et II : mélanome localisé avec ou sans ulcération. En fonction de l'indice de Breslow il est classé selon le TNM en stade IA, IB, IIA, IIB, IIC
- stade III: métastases locorégionales cutanées ou ganglionnaires, avec ou sans ulcération
- stade IV: métastases à distance

L'indice de Breslow est un indice histologique permettant de mesurer l'épaisseur maximale de la tumeur (en millimètres), de la couche granuleuse de l'épiderme à la partie profonde de la lésion. Il ne concerne que les mélanomes ayant atteint le derme et donc pas les mélanomes in situ (6).

C'est le facteur pronostic le plus important. Il existe une corrélation inverse entre l'indice de Breslow et la survie. En effet, le pronostic du mélanome s'aggrave avec l'augmentation de l'épaisseur de la lésion. Le taux de survie après traitement à 5 ans est de 91-95% lorsque l'indice de Breslow est inférieur à 1 mm, et de 63 à 79% lorsqu'il est compris entre 2 et 4 mm. Le taux de récurrences locales, régionales ou à distance est également corrélé à cet index. Son exérèse à un moment où il est de faible épaisseur (Breslow < 2 mm) reste la meilleure chance de guérison car permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique (7).

IV. Facteurs de risque de mélanome

L'identification des populations à risque de cancer cutané doit inciter à une surveillance du revêtement cutané plus rapprochée notamment par un auto-examen tous les 3 mois et une consultation avec un dermatologue une fois par an (8).

Il existe des facteurs de risque de cancers cutanés bien définis et reconnus par les sociétés savantes comme la Haute Autorité de Santé (HAS) (7,8), l'Inca (9,10) et la Société canadienne du cancer (11). Le médecin généraliste doit s'appliquer à les rechercher chez ses patients car ils sont souvent méconnus du grand public:

- antécédents personnels de cancers de la peau (tout type)
- antécédents familiaux au premier degré de mélanome
- phototype cutané de type I ou II : blond/roux, éphélides, yeux clairs
- antécédents de coup de soleil avec brûlures au second degré, particulièrement au cours de l'enfance ou l'adolescence (avant 35 ans)
- naevus multiples (au moins 40) ou atypiques (au moins 2), naevus congénital géant de plus de 20 cm de diamètre
- mode de vie: pays avec forte exposition aux UV (Australie, Nouvelle-Zélande), profession en extérieur (agriculteur, travailleur du bâtiment), loisirs (surf)
- exposition régulière aux UV artificiels (cabine de bronzage, profession de sidérurgie, soudure, radiologie médicale ou industrielle)
- immunodépression constitutionnelle ou acquise (traitement immunosuppresseur, infection VIH)
- la présence de kératoses actiniques/ dommages actiniques

10% des mélanomes sont des formes familiales. On peut citer certaines affections héréditaires rares qui peuvent accroître le risque de mélanome: le xeroderma pigmentosum, le syndrome de Werner, le rétinoblastome, ainsi qu'une mutation du gène CDKN2A (11).

Facteurs de risque	Risque relatif
Ephélides	1,99
Cheveux blonds ou roux	2
Phototype I	2,25
Phototype II	1,99
Nombre de naevus communs (40-50)	1,96 à 2,3
Kératose actinique	3
Antécédents familiaux de mélanome	2

Figure n°2: Risques relatifs de mélanome en fonction des facteurs de risque (8)

Les facteurs de risque possédant un risque relatif plus élevé sont ceux sur lesquels on ne peut pas agir en prévention primaire, à savoir les facteurs génétiques et phénotypiques (8). En revanche, il est primordial de sensibiliser la population sur le risque lié à l'exposition solaire ou aux UV artificiels, seul facteur de risque modifiable et étant impliqué dans 80% des cancers cutanés (17).

Certains cancers cutanés peuvent être déclarés en maladie professionnelle (MP) en vue d'une reconnaissance éventuelle donnant droit à une indemnisation du préjudice subi. Il n'y a pas de tableau spécifique concernant l'exposition professionnelle aux UV, entraînant un sous-repérage et une sous-déclaration. L'utilisation d'un auto-questionnaire pour repérer les professions exposées à des cancérogènes cutanés permettrait de faciliter la demande de reconnaissance en MP auprès du comité régional de reconnaissance en MP (CRRMP) (16).

Le Réseau mélanome Ouest a mis au point un outil simple permettant de repérer les patients à haut risque de mélanome: le Self-Assessment of Melanoma Risk Score (SAMScore). L'étude française prospective COPARIME de 2009 incluant 8000 patients a par la suite confirmé l'efficacité d'un dépistage ciblé basé sur l'auto-sélection de patients à risque selon le SAMScore (13). En effet, pour détecter un nouveau cas de mélanome, il faudrait dépister 11 fois moins de patients qu'avec un dépistage non ciblé. Le patient peut renseigner lui-même le questionnaire mais il doit être validé par un médecin. Il se base sur l'âge et 7 critères: éphélides, nombre de naevus supérieur à 20 sur l'ensemble des deux bras, phototype I ou II, antécédents de coup de soleil/brûlures dans l'enfance/adolescence, résidant ou ayant résidé plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement, antécédents personnels ou familiaux du 1er degré de mélanome (14). Le patient est à risque élevé (SAMScore positif) s'il est dans au moins une de ces 3 situations:

- 1- il a répondu oui à au moins 3 des 7 questions
- 2- il a moins de 60 ans et plus de 20 naevus sur l'ensemble des 2 bras (du poignet à l'épaule)
- 3- il a plus de 60 ans et des éphélides

V. Prévention primaire

L'objectif de la prévention primaire est d'éviter l'exposition solaire, principal facteur de risque de mélanome en sensibilisant la population aux risques liés aux UV.

La HAS (8), l'Inca (17) et la société française de dermatologie (SFD) (15) ont établi des conseils à donner et à répéter régulièrement aux patients:

- Éviter l'exposition solaire entre 12 et 16h en métropole (10-14h en Outre-mer)
- Ne pas exposer les nourrissons et jeunes enfants directement au soleil (utiliser un parasol anti-UV)
- Se protéger par des vêtements couvrants (chapeau, tee-shirt, pantalon, lunettes de soleil)
- Appliquer une crème solaire indice 50 anti-UVA et UVB sur les mains et le visage à renouveler toutes les 2h et après chaque baignade
- Ne pas dépasser 1h d'exposition solaire par jour et privilégier les coins d'ombre
- Ne pas s'exposer après l'application de produits parfumés ou lors de la prise de médicaments photosensibilisants
- L'utilisation de crème solaire ne doit pas inciter à rester plus longtemps au soleil. Il a été démontré que ces produits ne diminuent pas le risque de mélanome (8).

Le 3ème plan cancer 2014-2019 (20) avait pour objectif de:

- renforcer la sensibilisation de la population sur les risques d'exposition aux UV artificiels et naturels avec des campagnes de prévention sur les risques UV
- renforcer l'encadrement de la mise à disposition des appareils de bronzage (décret du 27 décembre 2023)
- renforcer la prévention pour les professionnels exposés aux UV naturels (profession agricole ou du bâtiment), former à la prévention les animateurs et encadrants des activités parascolaires et sportives

VI. Prévention secondaire

La prévention secondaire consiste à identifier la maladie à son stade le plus précoce possible. On ne peut pas dépister au vrai sens du terme un mélanome car on ne peut pas l'identifier avant l'apparition de la lésion. Toutefois on peut le détecter au plus tôt en effectuant un examen régulier de la peau (19).

En 2006, puis de nouveau en 2013, la HAS considérait que le mélanome cutané ne répondait pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé. En effet, il était estimé que le dépistage du mélanome en population générale ne diminuait pas la mortalité (8). La HAS évoquait notamment l'absence de lésion précancéreuse identifiable dont on peut prédire la gravité, la faible prévalence du mélanome, ainsi que le rapport coût/efficacité impossible à évaluer du fait de données manquantes (24). En l'état actuel des connaissances, la HAS recommande toujours un dépistage ciblé sur des populations identifiées comme à risque (8).

La stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030) prévoit d'étudier l'opportunité d'un dépistage organisé pour "d'autres cancers de mauvais pronostic ou constituant une priorité de santé" comme le cancer du poumon, le cancer de la prostate et le mélanome (21).

En 2008, la prise en charge du mélanome invasif aurait généré un coût de 42 millions d'euros pour les hospitalisations, séances de chimiothérapie, soins palliatifs et hospitalisations, et 194 millions d'euros pour les patients en affection longue durée (ALD) selon les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), constituant un véritable problème de santé publique (8). La prise en charge d'un mélanome métastatique coûterait 32 fois plus cher qu'un mélanome non invasif en raison des traitements nécessaires et des complications (22). Un rapport de l'Académie Nationale de Médecine de 2023 a estimé un coût de prise en charge à 269 682 euros par patient atteint de mélanome métastatique en 2017 soit un coût multiplié par 165 depuis 2004 en raison notamment des nouveaux traitements onéreux (immunothérapie par exemple) et à une survie prolongée (23).

Il a été démontré que les campagnes d'incitation au diagnostic précoce ont un impact positif, avec une augmentation du nombre de mélanomes dépistés et une diminution de l'épaisseur des mélanomes dont on a fait l'exérèse (7). Cet effet est cependant limité dans le temps (6 mois à 2 ans) (22). Il existe des campagnes de prévention organisées chaque année dans plusieurs villes de France, notamment au CHRU de Lille. Ce sont des journées ou semaines dédiées à la sensibilisation de la population, au dépistage et à la prévention des cancers cutanés, avec notamment un examen gratuit par des dermatologues, la distribution de flyers, ect.

Dès l'apparition d'une nouvelle lésion, ou d'une modification d'un naevus préexistant, le patient doit être incité à consulter rapidement son médecin traitant afin qu'il l'oriente vers un dermatologue. Le médecin traitant doit donc être en mesure de reconnaître une lésion suspecte (7,19).

VI.a- Méthodes analytique et cognitive visuelles

La méthode ABCDE est la méthode analytique visuelle de référence en France dans le dépistage précoce des mélanomes. Cet acronyme a été inventé en 1985 comme ABCD puis étendu en 2004 à ABCDE (24). Elle permet de repérer les lésions suspectes sur une association de critères cliniques dans le cadre de l'auto-examen cutané ou de l'examen par le praticien (7,13, 15, 19).

- A: asymétrie: *forme ni ronde, ni ovale, les reliefs ne sont pas répartis de manière homogène autour du centre*
- B: bords irréguliers, *mal délimités, dentelés, polycycliques*
- C: couleur inhomogène: *plusieurs teintes dans le même naevus (du brun clair au noir foncé), des zones blanches, des zones rouges inflammatoires, des zones cicatricielles bleutées*
- D: diamètre > 6 mm
- E: évolution : changement d'aspect dans le temps (forme, taille, couleur, épaisseur)

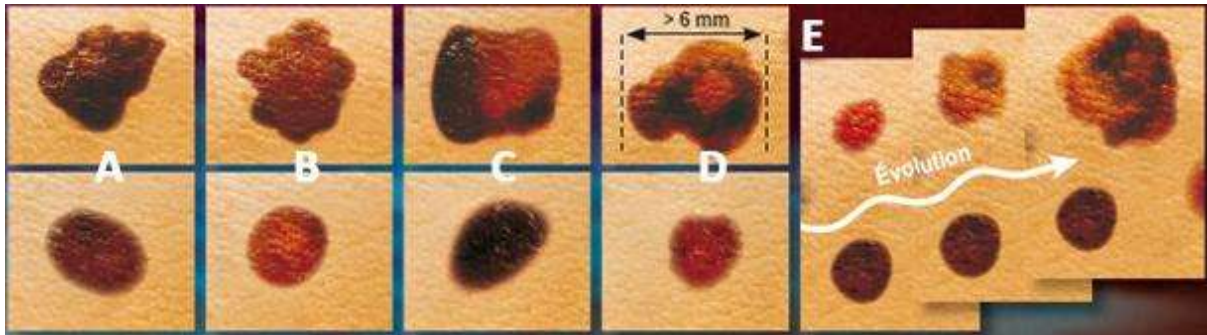


Figure n°3: Critères ABCDE dans le dépistage du mélanome, Pascal Marseaud (19)

La présence d'un ou plusieurs de ces critères n'implique pas obligatoirement la présence d'un mélanome mais doit conduire le patient à consulter son médecin traitant ou dermatologue le plus rapidement possible (19). La présence de deux de ces critères doit faire considérer la lésion comme suspecte, en sachant que le critère E est le plus pertinent et suffit à lui-même (7, 24).

La principale difficulté consiste à reconnaître les changements précoces d'une lésion et de se souvenir de son aspect original. De plus, certains mélanomes peuvent être symétriques, avec des bords réguliers, d'une seule couleur et de petite taille, surtout à un stade précoce (24).

La règle du "vilain petit canard" est une méthode cognitive visuelle complémentaire des critères ABCDE. Elle se fonde sur le concept selon lequel chez un individu donné, les naevus ont tendance à se ressembler, avec un aspect d'ensemble homogène. Une lésion est considérée comme suspecte si elle se démarque des autres et doit ainsi attirer l'attention du patient ou du praticien (7,19, 24).

La liste révisée des sept points du groupe de Glasgow est une autre technique analytique visuelle, moins répandue en France. Elle prend en compte trois critères majeurs (changement de taille, de forme, de couleur d'une lésion connue, croissance d'une lésion nouvelle), et quatre critères mineurs (7 mm de plus grand diamètre, inflammation, ulcération ou saignement, changement dans la sensibilité de la lésion) (25).

Les études sur les performances diagnostiques de l'examen clinique pour le diagnostic du mélanome cutané sont peu précises, avec des intervalles de confiance large, réalisées auprès de médecins expérimentés. La sensibilité est estimée entre 57 et 95 %, la spécificité entre 28 et 75 %. Elle dépend du niveau d'expérience et de la formation du praticien à la reconnaissance de la sémiologie du mélanome (25).

VI.b- L'auto-examen cutané

Selon l'Inca (15), la SFD (18) et la HAS (19), il est recommandé pour tous les patients de s'auto-examiner la peau tous les 3 mois, afin de consulter au plus vite en cas de nouvelle lésion, ou de modification d'aspect d'un naevus préexistant. Dans deux cas sur trois, les cancers de la peau sont découverts par le patient, d'où l'intérêt de l'informer sur les modalités de l'auto-examen (18).

L'auto-examen dure une quinzaine de minutes. Il nécessite d'être complètement nu avec un bon éclairage et l'aide d'un miroir. Il est recommandé de solliciter une personne de l'entourage afin d'examiner les parties du corps inaccessibles à la vue (cuir chevelu, dos, face postérieure des membres). Toutes les parties du corps doivent être examinées y compris les parties les plus intimes (7, 18, 19):

- 1ère étape: examen direct à l'oeil nu (mains, pieds, ongles, sillons interdigitaux, ect)
- 2ème étape: examen avec l'aide d'un miroir sur pied : examen de la peau de haut en bas les bras levés à la verticale, le miroir tourné du côté gauche puis droit
- 3ème étape: examen à l'aide d'un miroir amovible: examen des zones inaccessibles à la vue: assis sur un tabouret, le patient surélève chaque membre pour en examiner les parties externes et postérieures, examen de la nuque, du dos, du cuir chevelu, des oreilles et de la région génitale, idéalement avec l'aide d'une personne proche

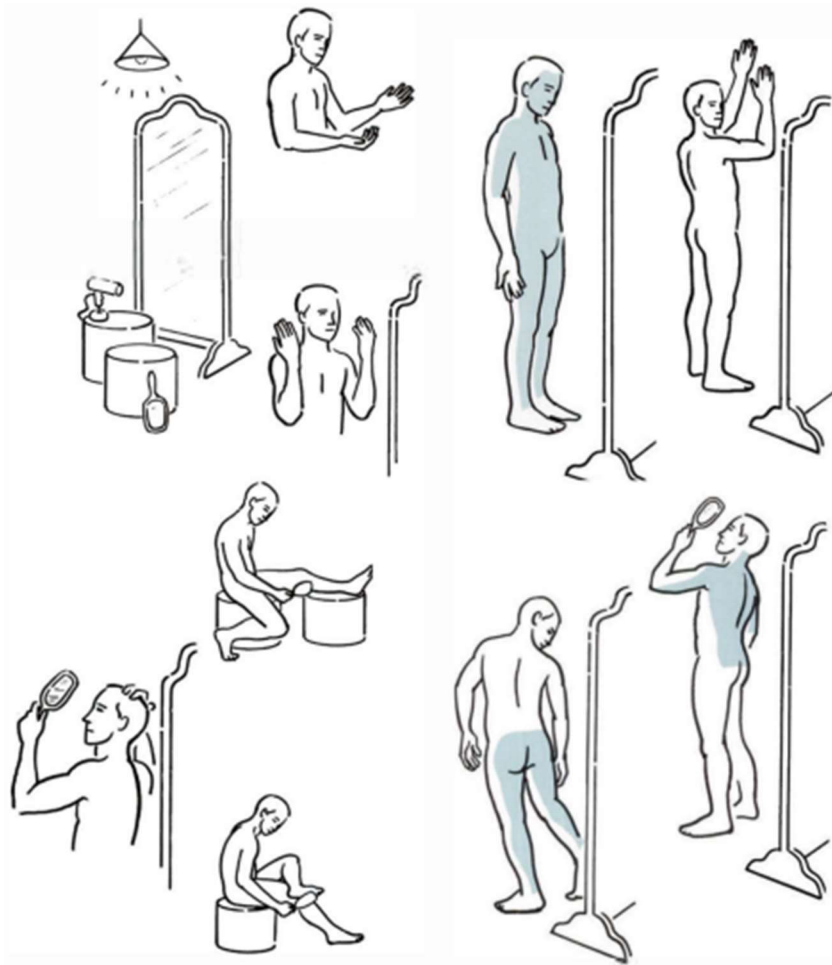


Figure n°4: Auto-examen de la peau (34)

L'efficacité de l'auto-examen cutané est augmentée par l'utilisation de photographies du corps. La comparaison des clichés permet de détecter plus précocement les changements d'une lésion préexistante (18,34). Mesurer le diamètre de certains naevus atypiques peut également être utile pour mieux repérer une évolution en taille (18).

VI.c- L'examen au cabinet

L'examen du patient au cabinet doit nécessiter au moins 15 minutes, si possible dans une consultation dédiée. Le patient doit être complètement déshabillé et examiné dans une pièce bien éclairée. L'ensemble du revêtement cutané doit être analysé y compris les plis, espaces interdigitaux et les organes génitaux (7).

VI.d- La dermoscopie

Les recommandations internationales recommandent l'utilisation d'un dermatoscope pour le dépistage du mélanome. Cette technique non invasive supprime les reflets liés à la couche cornée de l'épiderme grâce à une lentille grossissante (X10) avec une source de lumière polarisée ou non (25).

La dermoscopie couplée à l'examen clinique augmente la performance diagnostique avec une sensibilité comprise entre 83 et 95 % et une spécificité comprise entre 70 et 83 % (25). Elle permettrait ainsi de détecter 20% de mélanomes en plus et de diminuer de 42% le nombre d'exérèses inutiles par rapport à l'examen à l'œil nu, chez les dermatologues expérimentés (26). Cette technique nécessite une formation des médecins à la sémiologie des images dermoscopiques (25,26). Elle ne permet pas une certitude diagnostique notamment pour différencier un mélanome d'un naevus atypique, le diagnostic restant histologique (22,25).

La téléexpertise permet à un professionnel de santé de solliciter l'avis d'un spécialiste à distance par l'intermédiaire d'outils de communication sécurisés. Pour le médecin en soins primaires cela permet d'avoir un avis expert plus rapidement tout en facilitant les échanges. Pour le patient, cela permet une diminution du délai de consultation et un meilleur accès aux soins (28). Ce n'est en revanche pas un outil adapté pour le patient en auto-examen en raison de la formation nécessaire (34). Depuis la pandémie de covid-19, la téléexpertise prend une place de plus en plus importante, notamment dans les zones en sous-densité médicale comme en Nouvelle-Aquitaine. Dans ce contexte s'est développé en 2018 le projet SmartDerm, réseau de téléexpertise, soutenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS) (28).

Une approche émergente consiste à utiliser l'intelligence artificielle pour diagnostiquer le mélanome à partir d'une image de dermoscopie collectée par un médecin en soins primaires. L'image est ensuite téléchargée sur un logiciel et analysée selon une base de données. Selon une étude américaine récente, ces programmes ont une sensibilité équivalente à l'examen dermoscopique par un dermatologue (27).

VII. Acteurs dans le dépistage du mélanome

Plusieurs acteurs interviennent dans le dépistage du mélanome (19):

- le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte qu'il a repérée par l'auto-examen cutané
- le médecin traitant qui identifie les patients à risque ou qui constate une lésion suspecte lors d'une consultation
- le dermatologue qui confirme la suspicion de mélanome et qui en fait l'exérèse
- l'anatomopathologiste qui confirme le diagnostic et la gravité du mélanome

Rôle du patient:

- assurer la protection solaire pour soi-même et pour ses enfants
- pratiquer l'auto-dépistage
- consulter rapidement un médecin si évolution ou apparition d'une nouvelle lésion cutanée

Rôle principal du médecin traitant:

- identifier les patients à risque de cancers cutanés
- informer sur les risques liés à l'exposition solaire
- inciter à faire un auto-examen cutané une fois par trimestre en informant sur les critères de malignité
- inciter à l'examen cutané une fois par an par un dermatologue si à risque de mélanome
- identifier des lésions suspectes et adresser sans délai à un dermatologue

Rôle du dermatologue :

- formation spécifique et expérience pratique dans le dépistage du mélanome avec la dermoscopie
- confirmer la suspicion de mélanome et pratiquer une exérèse de la lésion
- annoncer le diagnostic dès qu'il est confirmé par l'examen anatomopathologique
- élaboration d'un plan de soins en fonction de l'histologie ainsi que les délais de suivi

D'autres professionnels de santé au contact du patient, notamment les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, sont de plus en plus sollicités pour le dépistage du mélanome (19). L'INCA a élaboré des fiches d'information à leur attention (29).

VIII. Facteurs de retard au diagnostic de mélanome

La HAS a mis en évidence de multiples facteurs de retard au diagnostic de mélanome cutané (24,19).

Liés au patient:

- la méconnaissance de l'urgence
- l'apparente non évolutivité de la lésion
- l'absence de signes généraux au stade précoce
- l'absence de douleur
- l'information insuffisante à la détection et à la prévention
- le manque de motivation ou la peur du résultat

Liés au médecin généraliste:

- manque de formation sur cette thématique ou non répétée dans le temps
- examen du patient sans déshabillage complet: seulement 24 % des médecins généralistes déclarent faire un examen cutané complet incluant l'examen des organes génitaux externes (17)
- connaissance des critères d'identification d'une lésion suspecte mais pas leur hiérarchisation
- mauvaise identification des patients à risque par manque de connaissance des facteurs de risque

Renforcer la formation des médecins au diagnostic précoce, à la séméiologie de mélanomes et à l'identification des patients à risque est essentiel. Les données de la littérature ont révélé que leur formation améliore leur pertinence diagnostique à condition de la renouveler à intervalle régulier (19).

Liés au dermatologue:

Le dermatologue est le second spécialiste le moins accessible en France après l'ophtalmologue, avec un délai de consultation moyen de 61 jours. Les délais sont moindres en cas d'aggravation ou d'apparition de nouveaux symptômes: 35 jours en moyenne, ce qui est tout de même alarmant compte tenu du potentiel évolutif rapide du mélanome (30).

La spécialité a une densité moyenne en France de 3,4 dermatologues pour 100 000 habitants (31), avec de grandes disparités démographiques sur le territoire national (24). Dans le département du Nord notamment, entre 2010 et 2023, la densité a chuté de 17,6%, et plus d'un tiers des dermatologues ont plus de 60 ans (30).

De plus, depuis 2005, le parcours de soins coordonné impose au patient de consulter son médecin traitant avant de consulter un spécialiste pour bénéficier d'un remboursement optimal de 70% pour les dermatologues conventionnés secteur 1. Sans courrier d'adressage, le patient sera considéré comme hors parcours de soins coordonné et l'assurance maladie remboursera 30% contre 70%, ce qui constitue un frein à l'accès de consultation spécialisée. Le rôle des médecins généralistes situés en première ligne prend donc de l'ampleur en lien avec cette législation. Les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes sont également un frein économique potentiel dans l'accès aux soins (24).

Liés au type de mélanome:

Certaines caractéristiques liées au mélanome sont associées à un taux de survie à 5 ans plus bas (17):

-mélanome nodulaire qui a une croissance plus rapide

-diagnostic à un stade tardif : indice de breslow et index mitotiques élevés, présence d'ulcérations

-plus fréquents chez les hommes, sujets âgés >65 ans et patients ayant un petit nombre de naevus et peu d'éphélides

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

Cette étude est une étude observationnelle descriptive transversale, une enquête de pratique réalisée auprès d'une cohorte d'internes de médecine générale dans la Faculté de Lille Henri Warenbourg.

II. Population étudiée

Critères d'inclusion

Pour participer à l'étude, le seul critère nécessaire était de faire partie de l'une des trois promotions du DES de médecine générale au sein de la faculté de médecine de Lille 2 (promotion 2020, 2021 ou 2022).

Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude les internes d'une autre spécialité médicale, et les internes de médecine générale d'une faculté autre que Lille 2.

III. Composition du questionnaire

Il s'agit d'un auto questionnaire élaboré sur Lime Survey.

Il est composé de 36 questions et subdivisé en quatre parties:

- 1ère partie: caractéristiques des internes (10 questions)
- 2ème partie: fréquences et modalités de sensibilisation du patient et dépistage cutané (10 questions)
- 3ème partie: reconnaissance de lésions suspectes (8 questions)
- 4ème partie: freins au dépistage / ressenti sur le manque de formation (8 questions)

Le questionnaire a été exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données.

Dans la partie prévention primaire/dépistage, l'interne pouvait choisir une réponse unique parmi cinq propositions sur la fréquence de sensibilisation : jamais, rarement, parfois, souvent, toujours.

La partie « Reconnaissance de lésions suspectes » est composée de huit photographies dont sept proviennent du site Dermatology Information System (DermIS), qui est une banque d'images en ligne illustrant de multiples pathologies de dermatologie. Les patients sont anonymisés. Les accords nécessaires ont été obtenus afin de pouvoir exploiter leurs images dans le cadre de l'étude. La 8ème photographie a été généreusement transmise par Dr Anne-Cécile Gressert après accord du patient.

L'interne pouvait choisir une ou plusieurs réponses (choix multiple) concernant l'aspect de la lésion et sa prise en charge: lésion bénigne, surveillance, lésion suspecte ou orientation du patient vers un dermatologue. Il n'y avait aucune information concernant le contexte, notamment l'âge du patient ou l'évolutivité de la lésion.

La prise en charge attendue pour chaque cas se base sur les recommandations médicales en dermatologie. En toutes circonstances de doute diagnostique, l'interne, futur médecin généraliste, doit se référer à un spécialiste.

IV. Modalités de recueil

Le questionnaire a été diffusé dans des groupes de promotion d'internes du DES de médecine générale de Lille. Les réponses ont ensuite été réceptionnées sur un espace personnel administrateur. Les réponses étaient toutes anonymisées.

V. Période de recueil

L'envoi du questionnaire s'est déroulé entre le 1er septembre et le 1er novembre 2023, avec deux relances. Les réponses des participants ont été acceptées de la période d'envoi jusqu'au mois de décembre 2023.

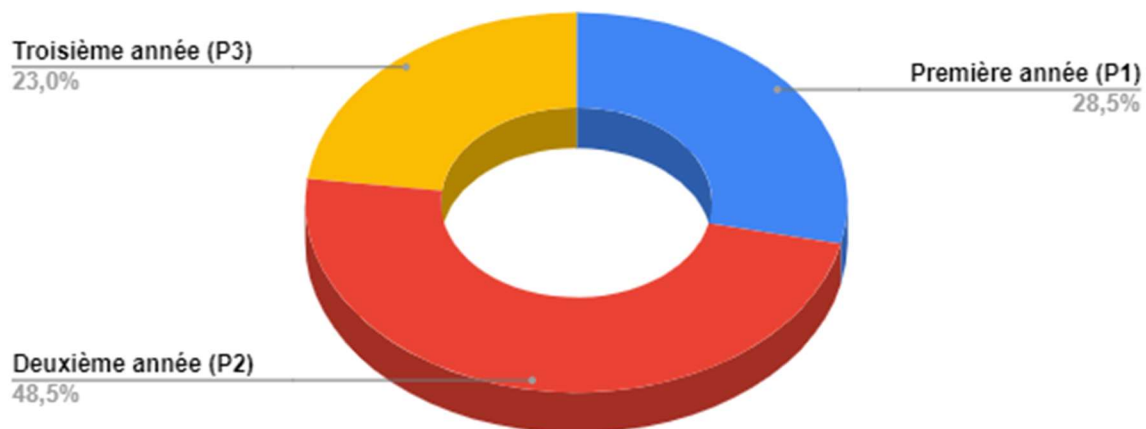
RÉSULTATS

I. Caractéristiques

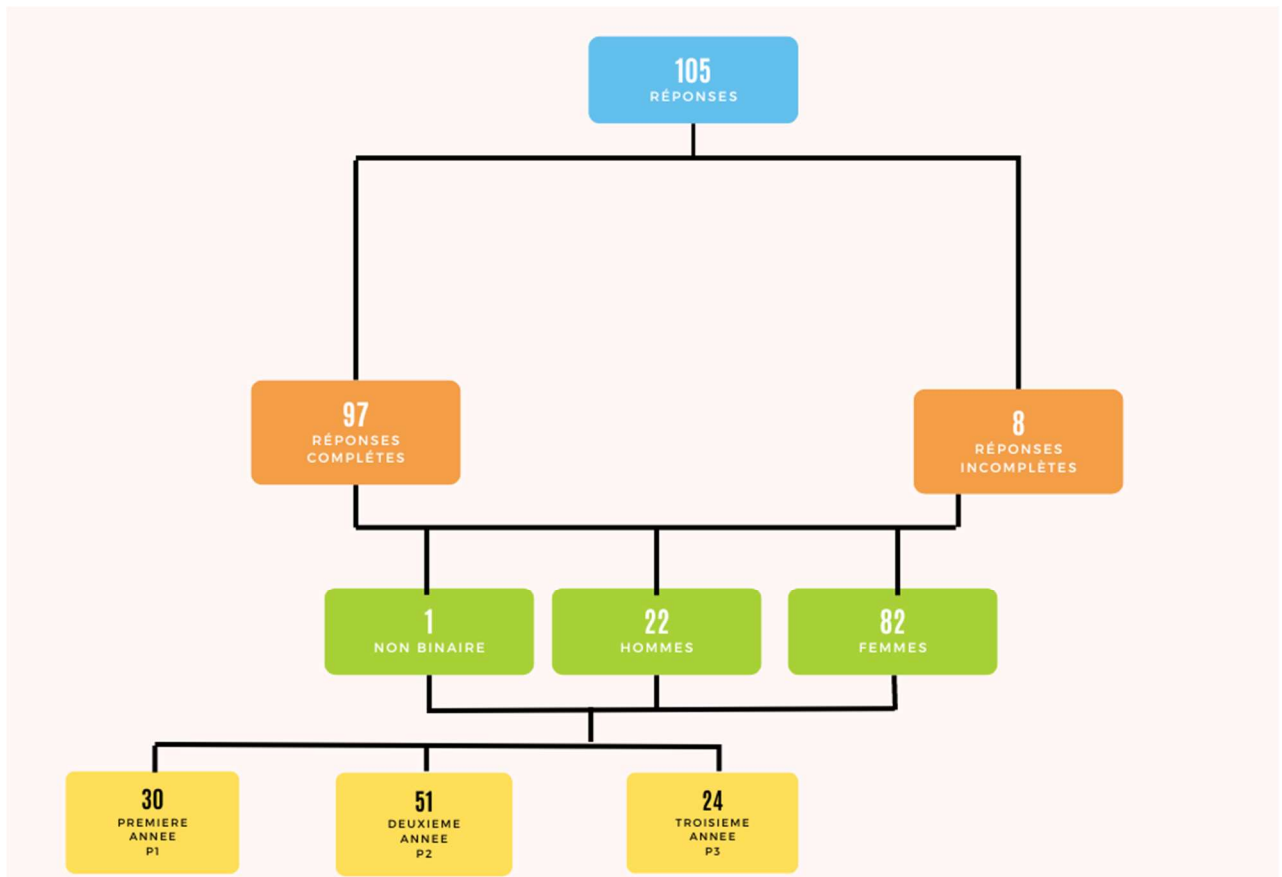
Pour l'analyse des données, nous noterons P1 la promotion de 1ère année d'internat 2022 (semestre 1 et 2), P2 la promotion de 2ème année d'internat 2021 (semestre 3 et 4) et P3 la promotion de 3e année d'internat 2020 (semestre 5 et 6).

105 internes de médecine générale ont répondu au questionnaire. 97 réponses étaient complètes. 8 étudiants ont répondu uniquement à la première partie "caractéristiques". Les données ont tout de même été analysées. Au total, 105 réponses ont donc été exploitées.

28,5% étaient en première année de DES (P1), 48,5% en deuxième année (P2) et 23% en troisième année (P3). 78% étaient des femmes.

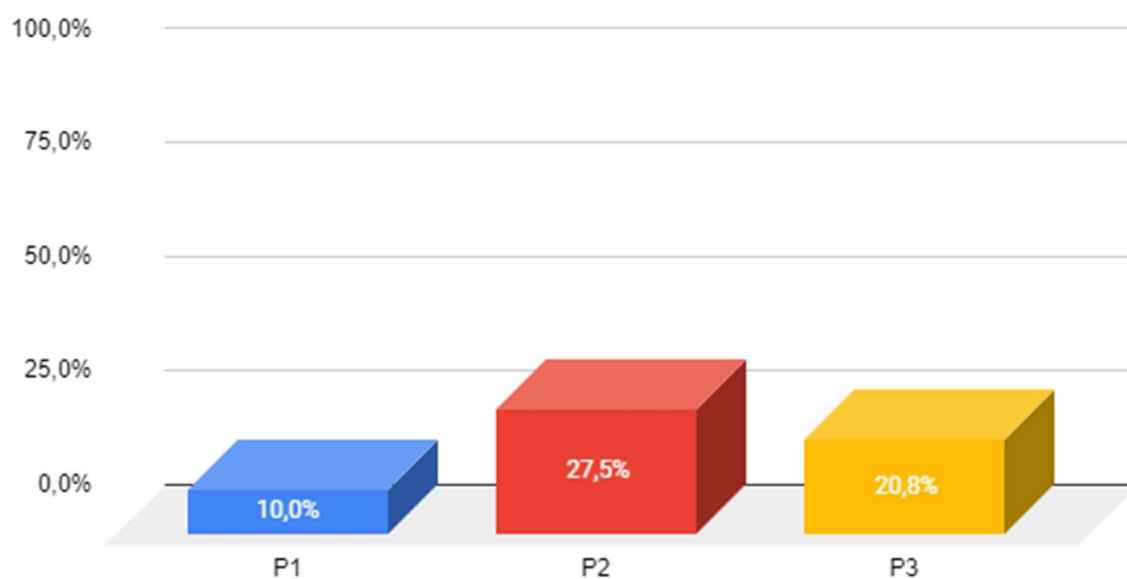


Graphique n°1: Répartition des internes dans les 3 promotions



Graphique n°2: Flow Chart représentant les caractéristiques des internes dans l'étude

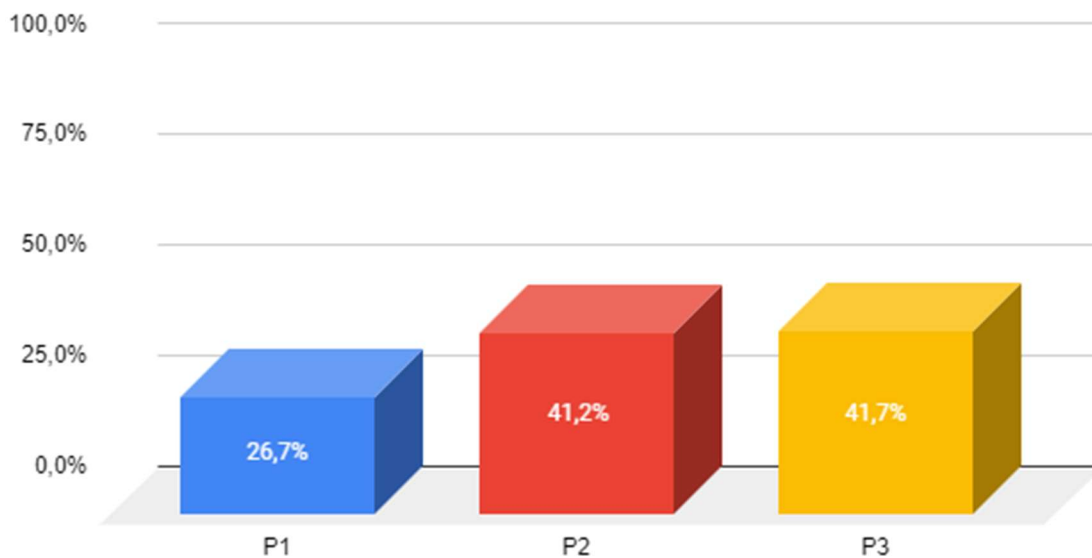
17,4% ont déjà effectué des remplacements (aucun P1, 11,8% des P2, 50% des P3).



Graphique n° 3: Pourcentage des internes ayant effectué un stage en dermatologie

Tous ont déjà effectué un stage en ambulatoire mais seulement 20,9% ont déjà fait un stage spécifique de dermatologie (10% des P1, 27,5% des P2 et 20,8% des P3).

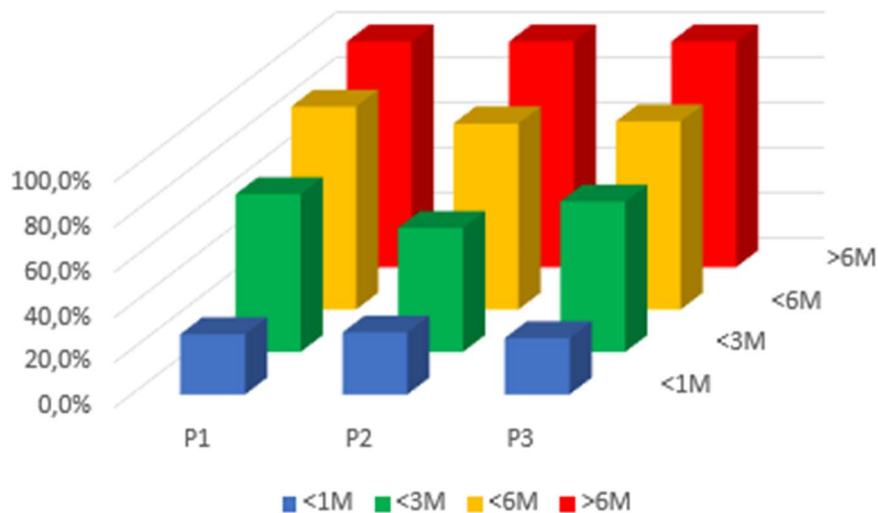
96,2% n'ont jamais suivi de formation en dermatologie (93% des P1, 96% des P2, 100% des P3). Le pourcentage d'internes ayant suivi une formation spécifique diminue au fur et à mesure de l'avancement dans le DES.



Graphique n° 4: Pourcentage d'internes ayant déjà effectué des biopsies cutanées selon la promotion

37,1% ont déjà effectué des biopsies cutanées (26,7% des P1, 41,2% des P2 et 41,7% des P3).

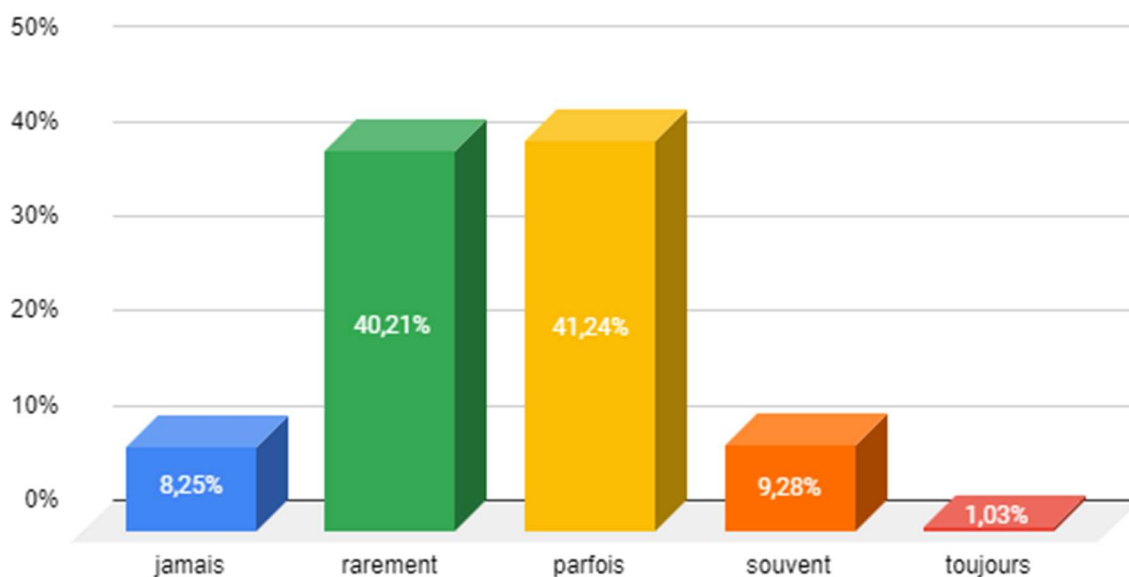
75,2% ont déjà eu au moins un patient porteur d'une lésion suspecte au cabinet sans tendance significative entre les promotions. (76,7% des P1, 74,5% des P2 et 75% des P3).



Graphique n°5: Délai moyen pour l'obtention d'une consultation de dermatologie pour un patient porteur d'une lésion suspecte selon la promotion d'interne

Un peu plus d'un quart des internes (26,7%), toute promotion confondue estiment pouvoir obtenir une consultation spécialisée de dermatologie dans un délai de moins d'un mois pour un patient porteur d'une lésion suspecte (26,7% des P1, 27,5% des P2, 25% des P3). 61,9% estiment l'obtenir dans un délai de moins de 3 mois (70% des P1, 55% des P2, 66,70% des P3), 84,8% dans un délai de moins de 6 mois (90% des P1, 82,5% des P2, 83,4% des P3), 100% dans un délai de plus de 6 mois. 15,2% des internes ne parviennent pas à obtenir une consultation en moins de 6 mois.

II. Habitudes dans le dépistage et la sensibilisation



Graphique n°6: Fréquence de sensibilisation du patient à la protection solaire par l'ensemble des internes

La majorité des internes, toute promotion confondue, ne donnent que parfois (41,2%) ou rarement (40,2%) des conseils sur la protection aux rayonnements solaires, sans tendance significative entre les promotions. Moins de 10% des internes les donnent souvent ou toujours.

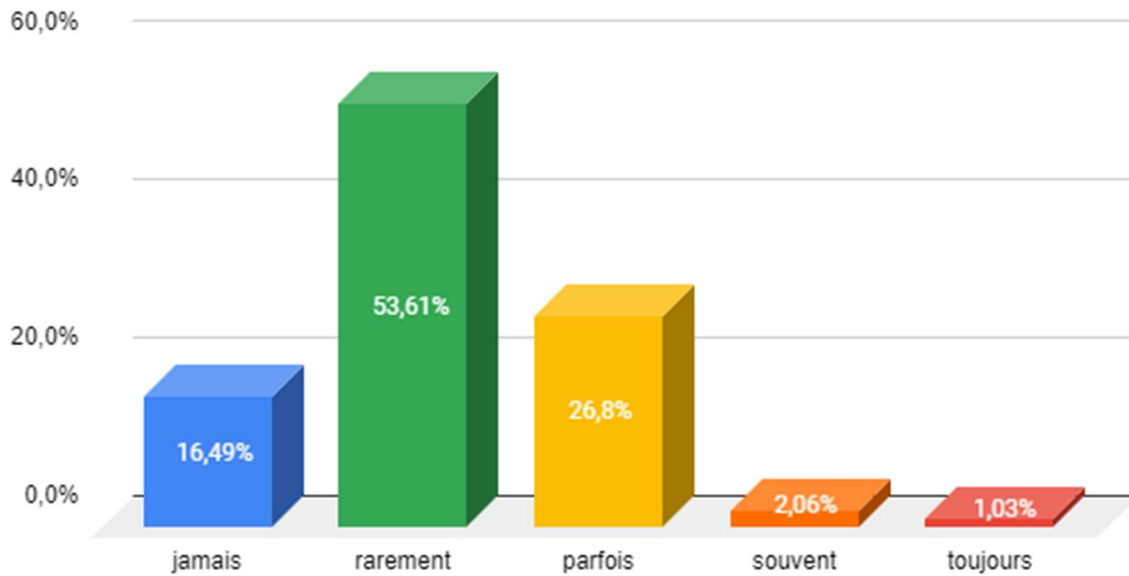
-toujours: 0% des P1, 2% des P2, aucun P3

-souvent: 14% des P1, 13% des P2, aucun P3

-parfois: 34% des P1, 41,5% des P2, 48% des P3

-rarement: 38% des P1, 39% des P2, 43,5% des P3

-jamais: 14% des P1, 4,5% des P2, 8,5% des P3



Graphique n°7: Fréquence d'éducation du patient à l'auto-examen cutané par l'ensemble des internes

La plupart des internes (53,6%), toute promotion confondue, ne sensibilisent que rarement le patient sur l'auto-examen cutané. 26,8% sensibilisent parfois les patients, et 16,5% jamais. Seulement 2% le font souvent sans tendance significative entre les trois promotions.

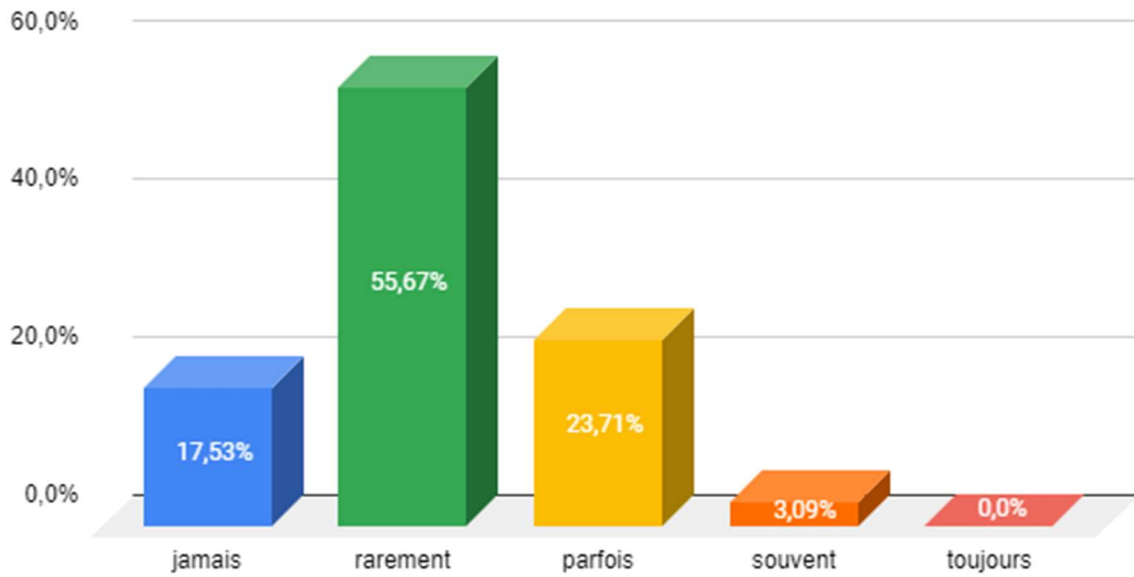
-toujours: aucun P1, 2,2% des P2, aucun P3

-souvent: 7,4% des P1, aucun P2, aucun P3

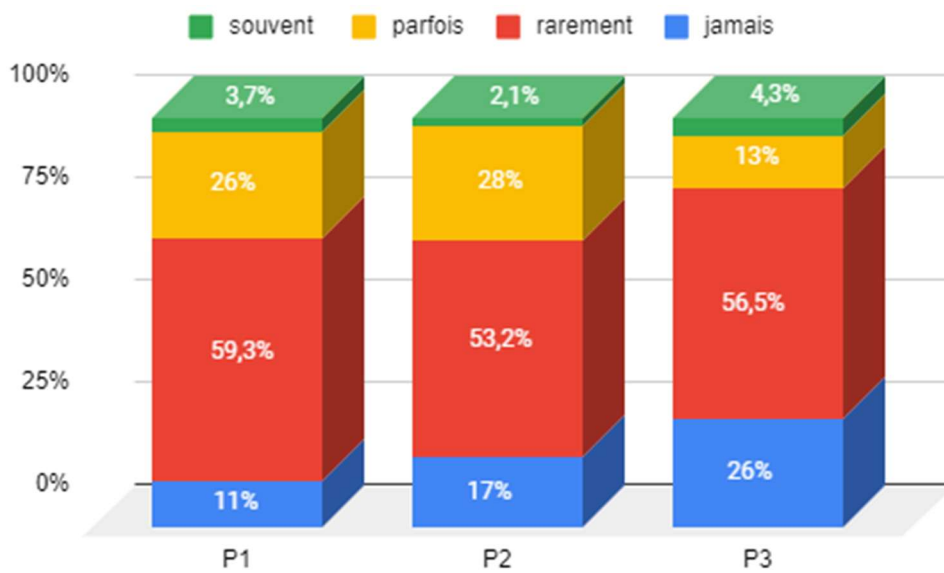
-parfois: 26% des P1, 25,5% des P2, 31% des P3

-rarement: 44,4% des P1, 57,4% des P2, 56% des P3

-jamais: 22,2% des P1, 14,9% des P2, 13% des P3



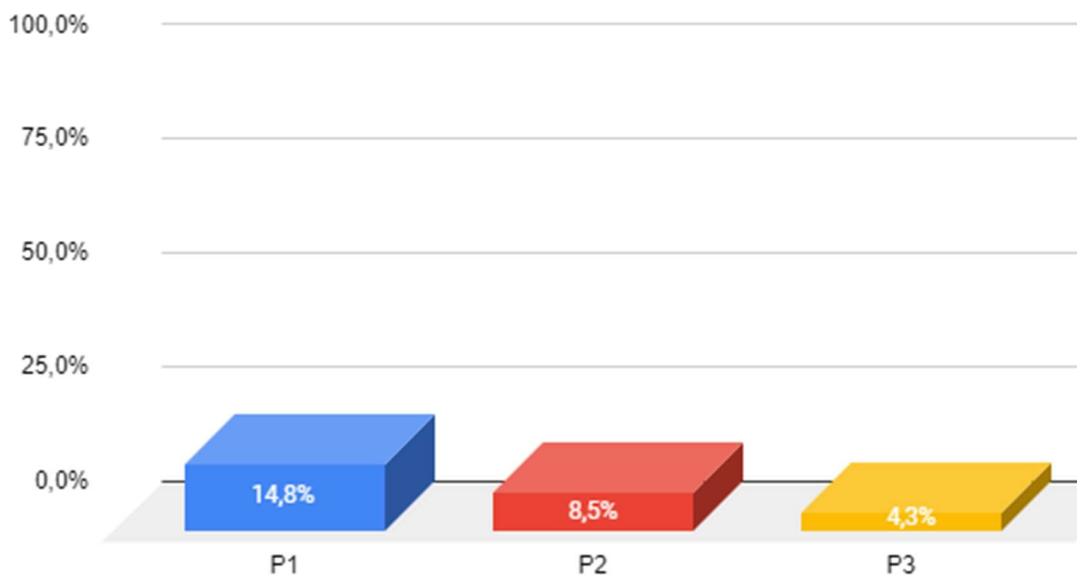
Graphique n°8: Fréquence de recherche des facteurs de risque de mélanome par l'ensemble des internes



Graphique n°9: Fréquence de recherche des facteurs de risque de mélanome par les internes selon leur promotion

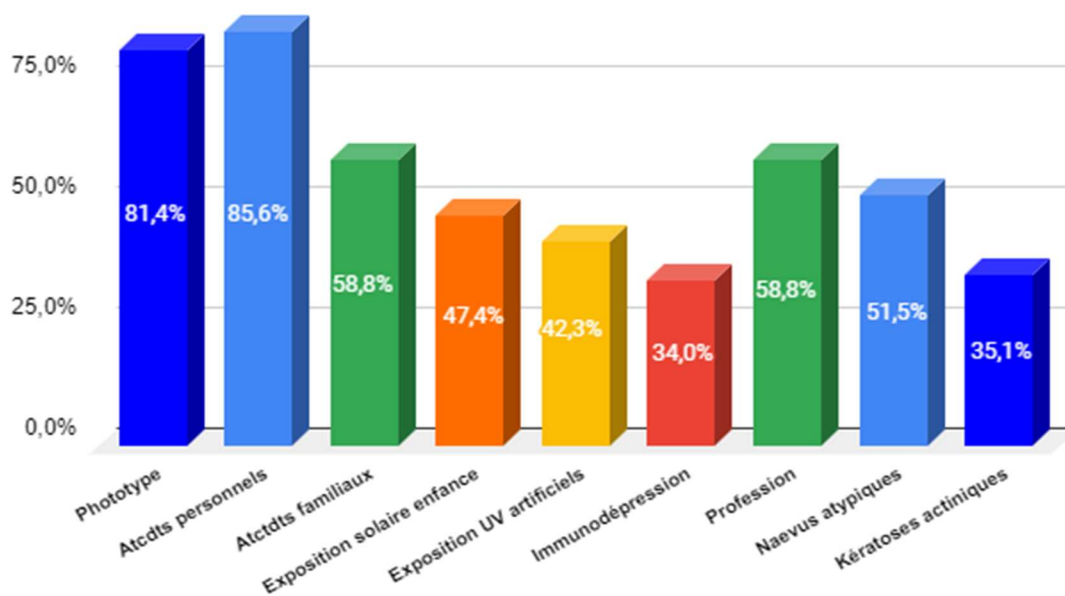
La majorité des internes (55,7%) recherchent rarement les facteurs de risque de cancers cutanés des patients qu'ils reçoivent en consultation. 23,7% les recherchent parfois. Seulement 3% des internes recherchent souvent les facteurs de risque. Aucun interne ne les recherche toujours.

11% des P1, 17% des P2 et 26% des P3 ne recherchent jamais les facteurs de risque. On remarque que les internes recherchent de moins en moins les facteurs de risque de mélanome au fur et à mesure de l'avancée dans leur DES.

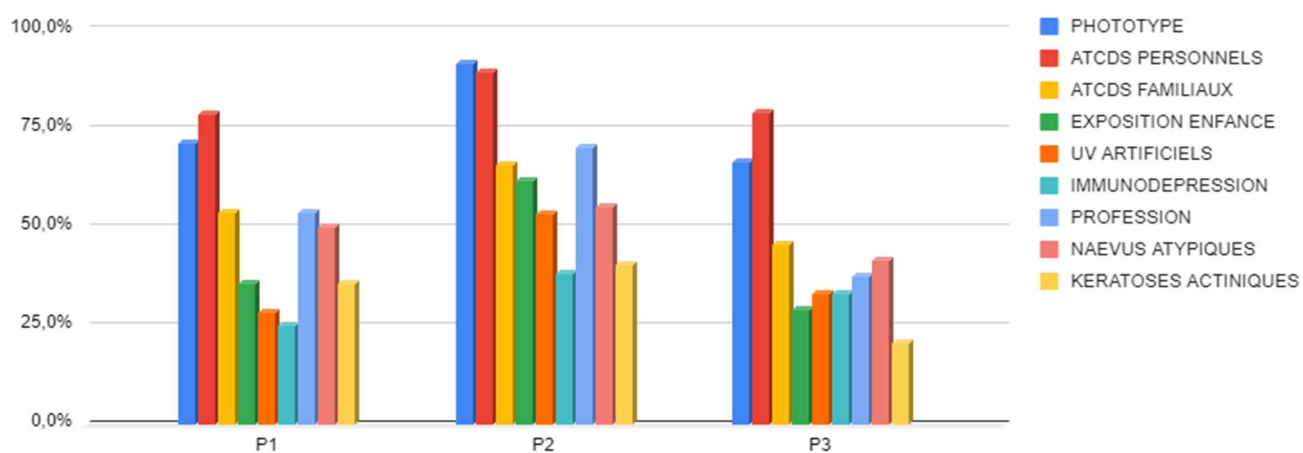


Graphique n°10: Pourcentage d'internes dont les facteurs de risque de mélanome apparaissent dans le dossier médical du patient

Plus de 90% des internes ne font pas apparaître les facteurs de risque de cancer cutané dans le dossier médical du patient. Seulement 9% des internes (14,8% des P1, 8,5% des P2 et 4,3% des P3) ont l'habitude de le faire. Ce pourcentage décroît au fur et à mesure de l'avancement dans l'année d'étude.

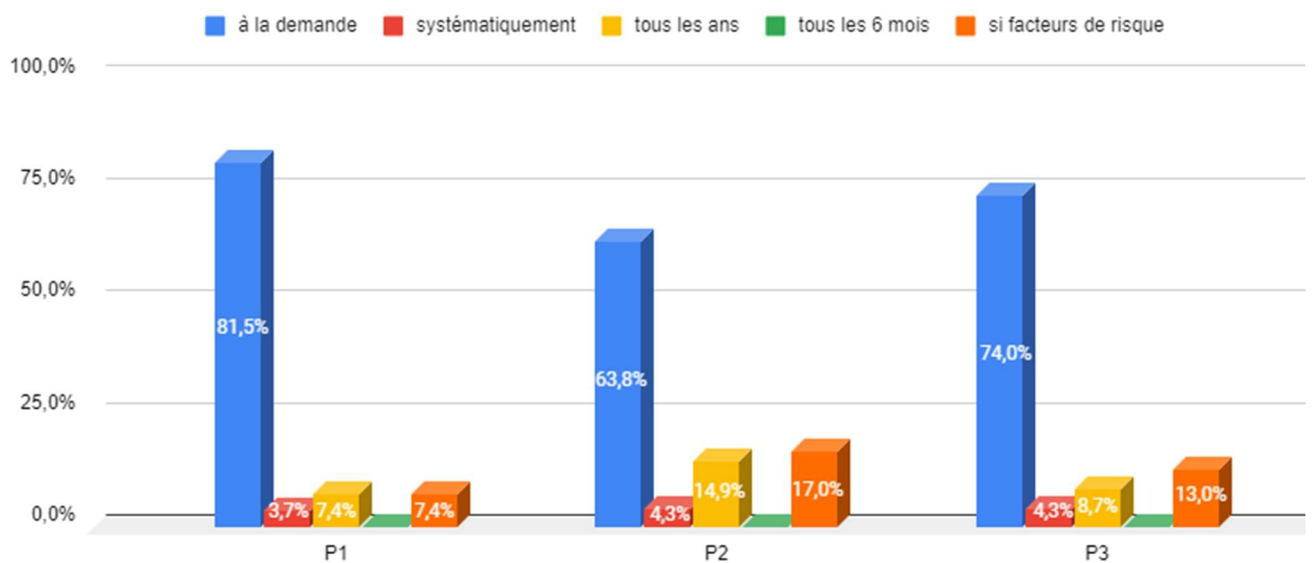


Graphique n°11: Facteurs de risque de mélanome recherchés par l'ensemble des internes



Graphique n°12: Facteurs de risque de mélanome recherchés par les internes selon leur promotion

La majeure partie des internes recherchent comme facteurs de risque de mélanome le phototype du patient (81,4%) et les antécédents personnels de cancers cutanés (85,6%). 58,8% des internes recherchent les antécédents familiaux du patient et leur profession. En revanche, seulement 34% des internes recherchent l'immunodépression (constitutionnelle ou acquise) comme facteur de risque (25% des P1, 38.5% des P2, 33.5% des P3).



Graphique n°13: Fréquence d'examen cutané du patient lors d'une consultation de médecine générale

71,1% des internes font un examen cutané uniquement à la demande du patient, 4,1% le font systématiquement quel que soit le motif de consultation, 11,3% tous les ans, 13,4% uniquement s'il présente des facteurs de risque et aucun tous les 6 mois.

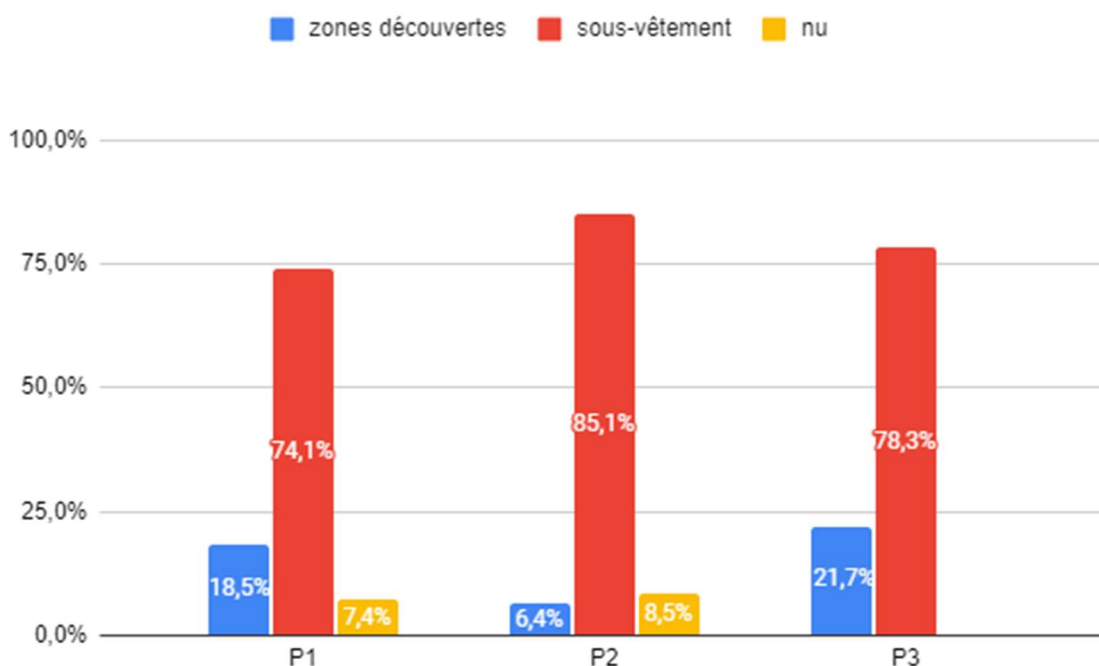
-à la demande: 81,5% des P1, 63,8% des P2, 74% des P3

-systématiquement: 3,7% des P1, 4,3% des P2, 4.3% des P3

-tous les ans: 7,4% des P1, 14,9% des P2, 8,7% des P3

-tous les mois: aucun interne

-si facteurs de risque uniquement: 7,4% des P1, 17% des P2, 13% des P3



Graphique n°14: Conditions de réalisation d'un examen cutané au cabinet par les internes

80,4% des internes examinent leurs patients en sous-vêtement, 13,4% sur les zones découvertes, et seulement 6,2% les examinent nus intégralement. Aucun des P3 n'examine leurs patients nus et 21,7% uniquement sur les zones découvertes.

-zones découvertes: 18,5% des P1, 6,4% des P2, 21,7% des P3

-sous-vêtement: 74,1% des P1, 85,1% des P2, 78,3% des P3

-nu: 7,4% des P1, 8,5% des P2, aucun P3

Dans la grande majorité des cas, toutes promotions confondues, les internes ont l'habitude d'examiner leurs patients en sous-vêtement, uniquement s'ils sont demandeurs d'un examen cutané.

97,94% des internes estiment connaître le critère ABCDE: 96,3% des P1, 97,9% des P2, 100% des P3

-A asymétrie : 98% des internes: 90% des P1, 100% des P2, 95,5% des P3

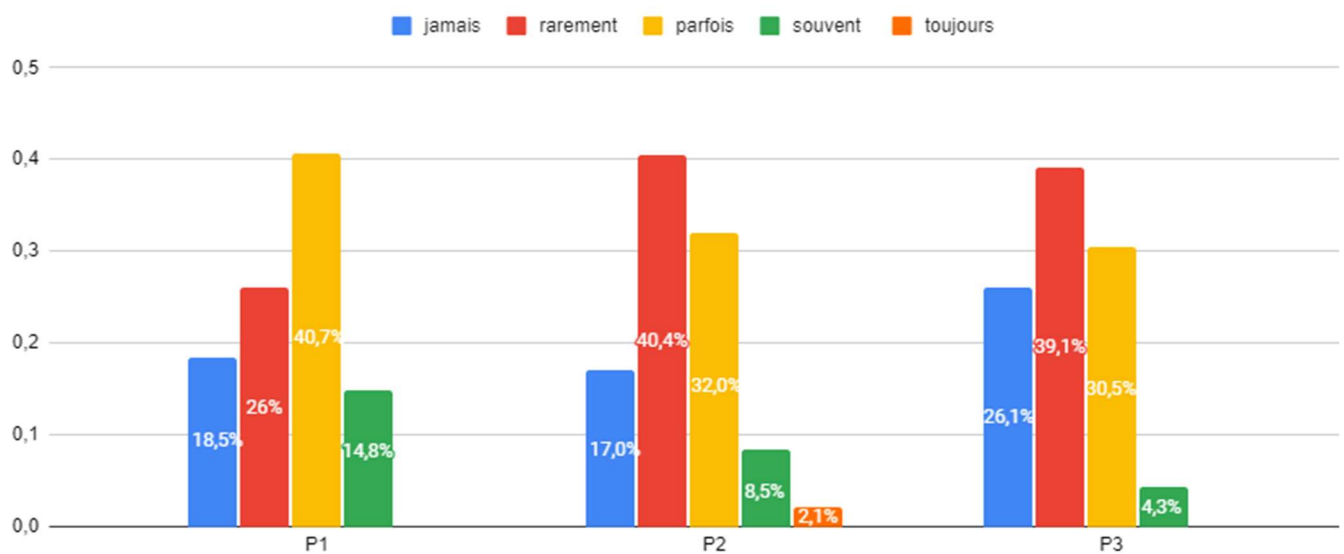
-B bleuté : aucun interne

-C contours: 47,4% des internes: 29,5% P1, 49% des P2, 65% des P3

-D diamètre: 82,5% des internes: 85% P1, 81% des P2, 82,5% des P3

-E évolution: 96,9% des internes : 96% P1, 98% P2, 95,5% P3

Les internes semblent maîtriser les critères de la méthode ABCDE.



Graphique n°15: Fréquence de sensibilisation du patient à la règle ABCDE par les internes

36% des internes informent rarement les patients sur la règle ABCDE, 34% parfois, 19,6% jamais et 9,3% souvent, 1% toujours.

-jamais: 18,5% des P1, 17% des P2, 26,1% des P3

-rarement: 26% des P1, 40,4% des P2, 39,1% des P3

-parfois: 40,7% des P1, 32% des P2, 30,5% des P3

-souvent: 14,8 P1, 8,5% P2, 4.3% P3

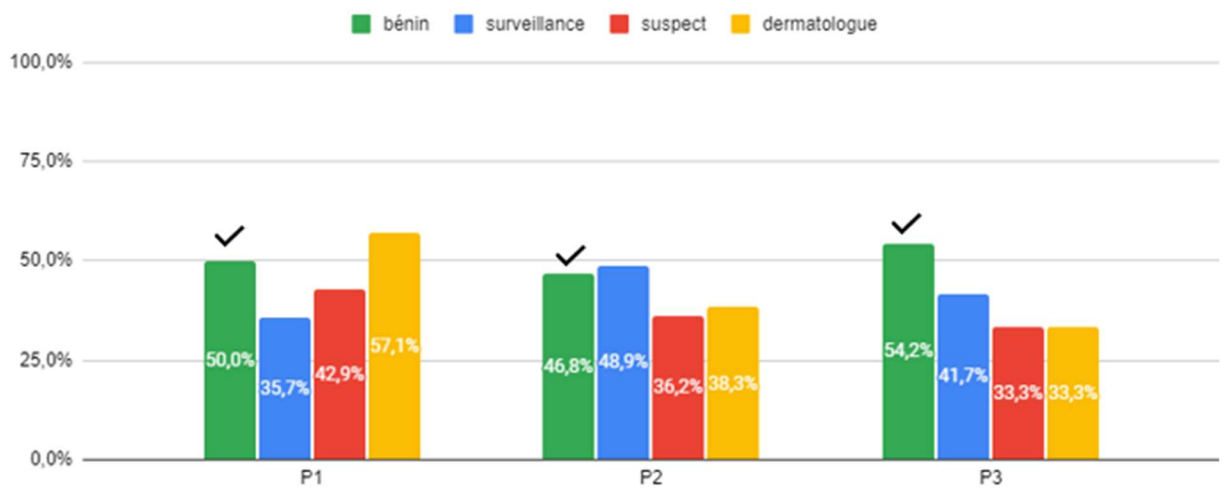
-toujours: aucun P1, 2,1% des P2, aucun P3

La majeure partie des P1 informent parfois les patients sur le critère ABCDE. En revanche, les P2 et P3 sensibilisent rarement les patients. Le pourcentage d'internes informant souvent les patients décroît avec l'année d'étude : 14,8% des P1, 8,5% des P2 et 4,3% des P3. Plus d'un quart des P3 (26,1%) ne le font jamais. Les P1 semblent davantage sensibiliser les patients aux critères ABCDE que les P2 et P3.

III. Reconnaissance de lésions suspectes



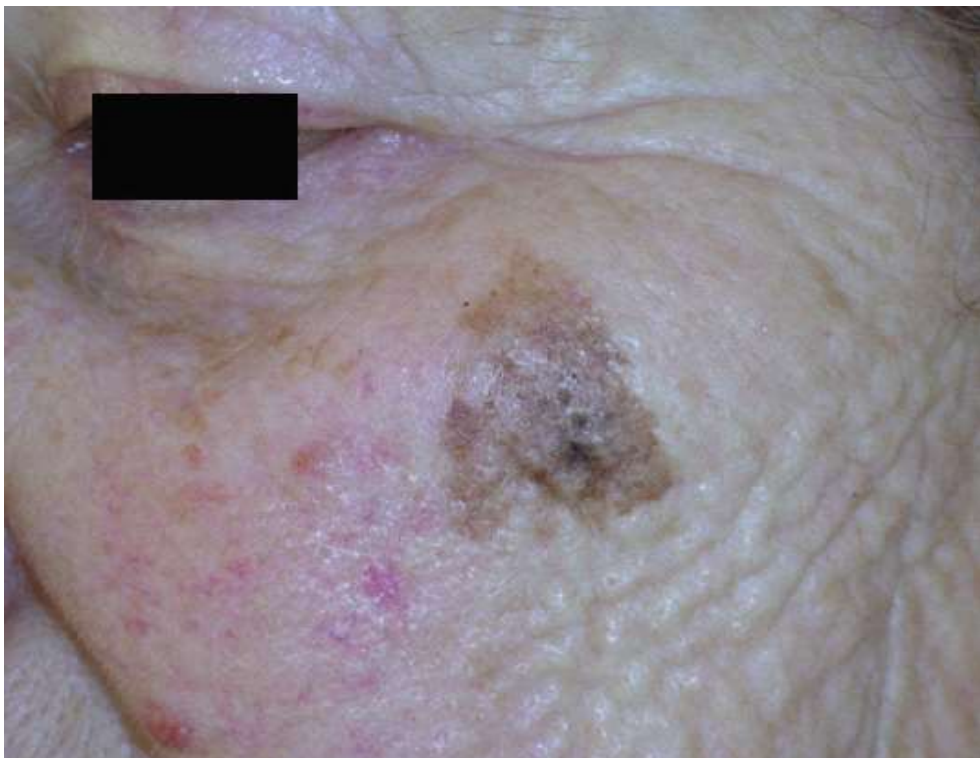
Photographie n°1: Patiente de 86 ans, kératose séborrhéique de la glande mammaire - Dermatology Information System (DermIS)



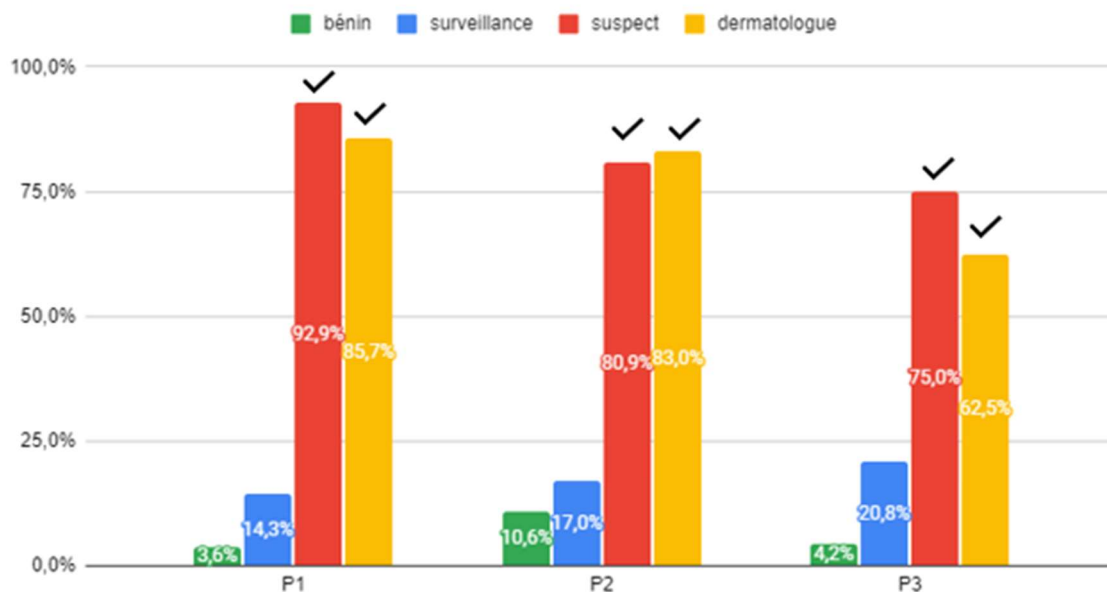
Graphique n°16: Réponses des internes pour la photographie n°1

La réponse attendue est : "Lésion bénigne". La moitié des internes ont bien répondu sans tendance significative entre les promotions d'étude. Le pourcentage d'internes considérant la lésion comme suspecte diminue au fur et à mesure de l'avancement du DES.

*50% des P1, 46,8% des P2, 54,2% des P3 considèrent la lésion comme bénigne
35,7% des P1, 48,9% des P2, 41,7% des P3 effectuent une surveillance au cabinet
42,9% des P1, 36,2% des P2, 33,3% des P3 considèrent la lésion comme suspecte
57,1% des P1, 38,3% des P2, 33,3% des P3 orientent le patient vers un dermatologue*



Photographie n°2: Patiente Européenne, mélanome de Dubreuilh sur la joue- DermIS



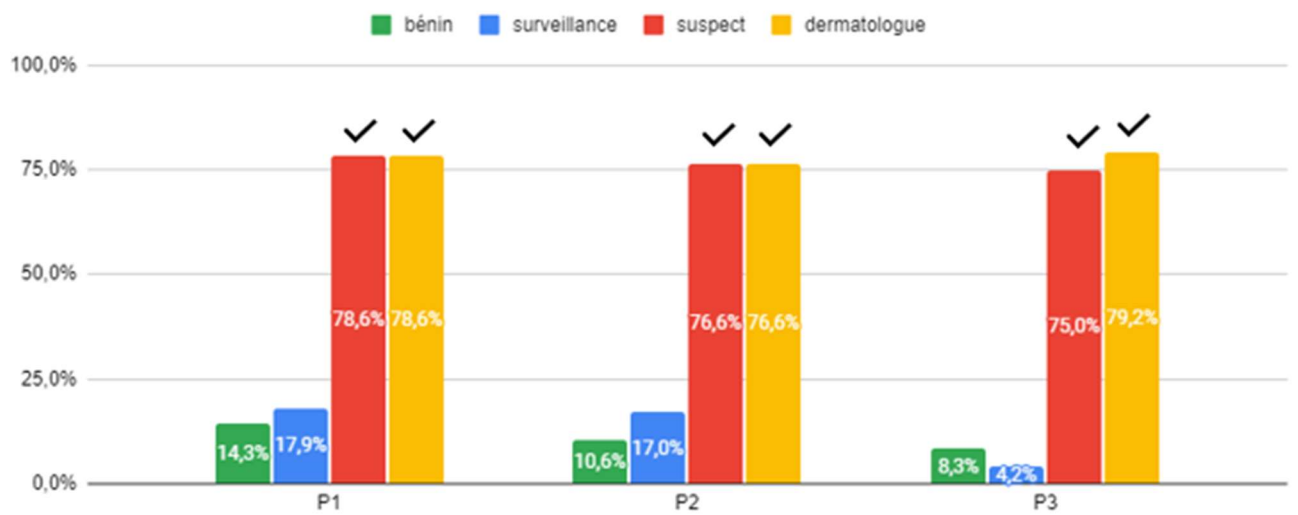
Graphique n°17: Réponses des internes pour la photographie n°2

La réponse attendue est “Lésion suspecte de malignité” et “J’oriente rapidement le patient vers un dermatologue”. La grande majorité des internes ont bien répondu et ont reconnu le caractère suspect de la lésion, sans tendance significative entre les promotions.

*3,6% des P1, 10,6% des P2, 4,2% des P3 considèrent la lésion comme bénigne
 14,3% des P1, 17% des P2, 20,8% des P3 surveillent la lésion au cabinet
 92,9% des P1, 80,9% des P2, 75% des P3 considèrent la lésion comme suspecte
 85,7% des P1, 83% des P2, 62,5% des P3 orientent la patiente vers un dermatologue*



Photographie n°3: Mélanonychie longitudinale - DermIS



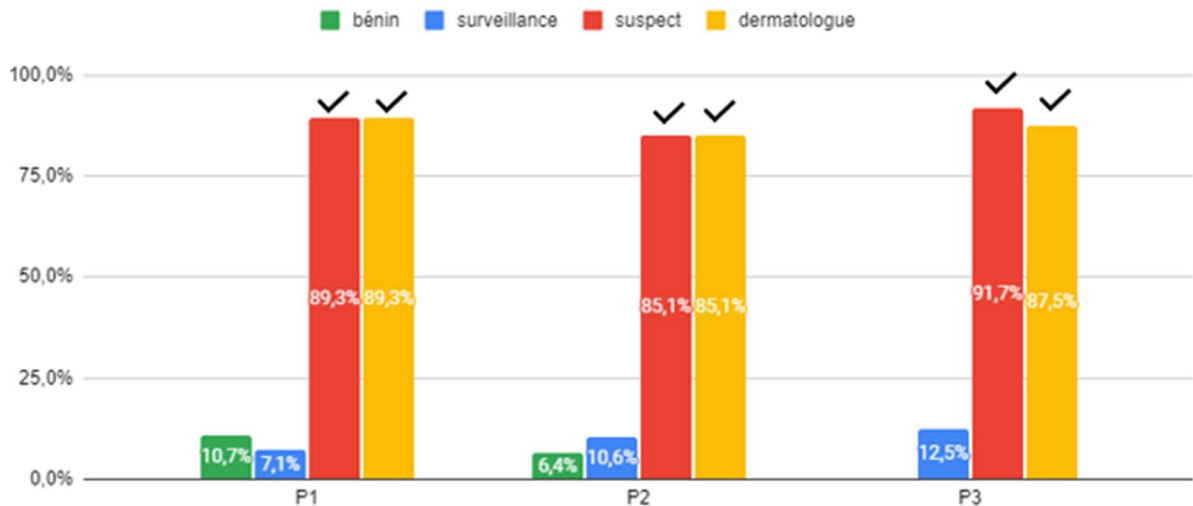
Graphique n°18: Réponses des internes pour la photographie n°3

La réponse attendue est “Lésion suspecte de malignité” et “J’oriente rapidement vers un dermatologue”. La majeure partie des internes ont bien répondu à cette question et considèrent la lésion de mélanonychie comme suspecte, sans tendance significative entre les promotions. Le faible pourcentage d’internes considérant la lésion comme bénigne décroît au fur et à mesure de l’année d’étude.

*14,3% des P1, 10,6% des P2, 8,3% des P3 considèrent la lésion comme bénigne
17,9% des P1, 17% des P2, 4,2% des P3 surveillent la lésion au cabinet
78,6% des P1, 76,6% des P2, 75% des P3 considèrent la lésion comme suspecte
78,6% des P1, 76,6% des P2, 79,2% des P3 orientent le patient vers un dermatologue*



Photographie n°4: Patiente de 49 ans - Mélanome superficiel extensif - DermIS



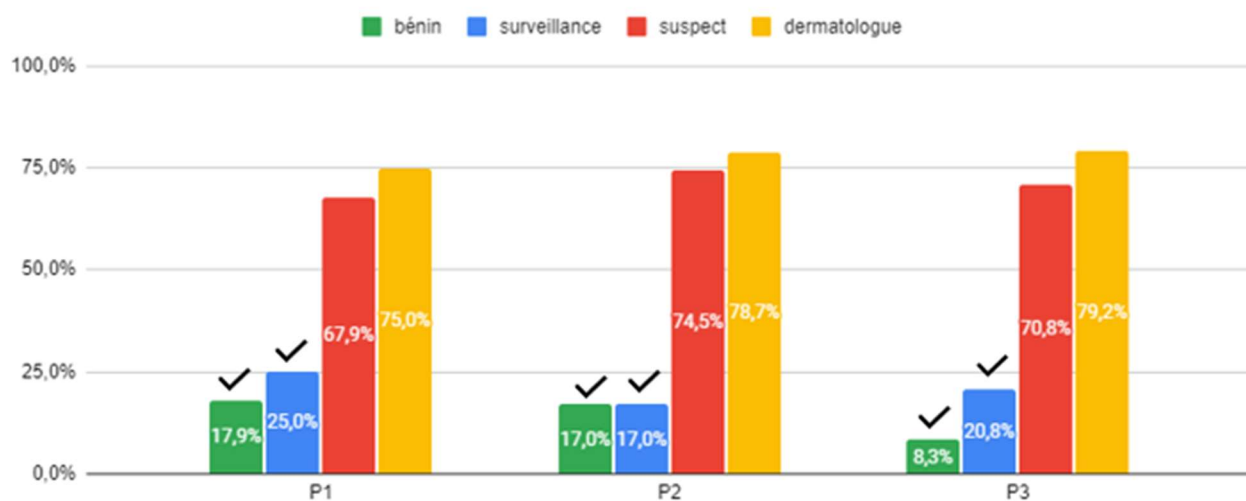
Graphique n°19: Réponses des internes pour la photographie n°4

La réponse attendue est “Lésion suspecte de malignité” et “J’oriente rapidement vers un dermatologue”. La plupart des internes, quelle que soit l’année d’étude ont bien répondu à cette question et reconnaissent le mélanome superficiel extensif comme une lésion suspecte. Le faible pourcentage d’internes considérant la lésion comme bénigne décroît au fur et à mesure de l’année d’étude.

*10,7% des P1, 6,4% des P2, aucun des P3 considèrent la lésion comme bénigne
 7,1% des P1, 10,6% des P2, 12,5% des P3 surveillent la lésion au cabinet
 89,3% des P1, 85,1% des P2, 91,7% des P3 considèrent la lésion comme suspecte
 89,3% des P1, 85,1% des P2, 87,5% des P3 orientent la patiente vers un dermatologue*



Photographie n°5: Patient Européen de 25 ans - Naevus de Sutton – DermIS



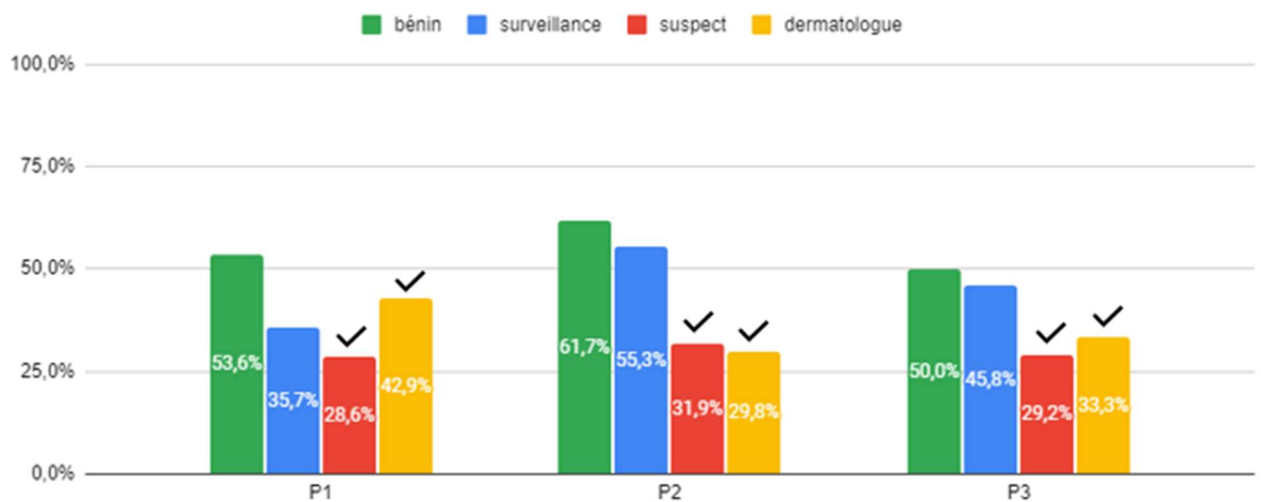
Graphique n°20: Réponses des internes pour la photographie n°5

La réponse attendue est “Lésion bénigne” et “Surveillance simple au cabinet”. La majeure partie des internes ont mal répondu à la question et considèrent la lésion comme suspecte de malignité, sans tendance significative entre les promotions.

17,9% des P1, 17% des P2, 8,3% des P3 considèrent la lésion comme bénigne
 25% des P1, 17% des P2, 20,8% des P3 surveillent la lésion au cabinet
 67,9% des P1, 74,5% des P2, 70,8% des P3 considèrent la lésion comme suspecte
 75% des P1, 78,7% des P2, 79,2% des P3 orientent le patient vers un dermatologue



Photographie n°6: Patiente de 70 ans - Mélanome nodulaire partie inférieure de la jambe - DermIS



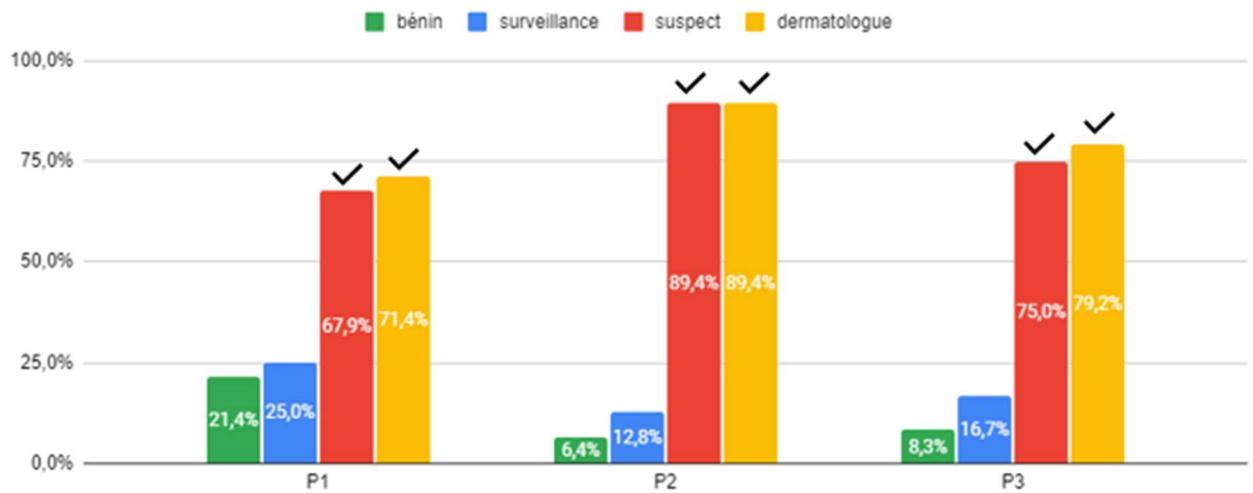
Graphique n°21: Réponses des internes pour la photographie n°6

La réponse attendue est “Lésion suspecte de malignité” et “J’oriente rapidement vers un dermatologue”. La majorité des internes (55%) ont mal répondu à la question et considèrent le mélanome nodulaire comme une lésion bénigne. Moins d’un tiers des internes ont bien répondu “Lésion suspecte de malignité” sans tendance significative entre les promotions (29,9%).

*53,6% des P1, 61,7% des P2, 50% des P3 considèrent la lésion comme bénigne
35,7% des P1, 55,3% des P2, 45,8% des P3 surveillent la lésion au cabinet
28.6% des P1, 31,9% des P2, 29,2% des P3 considèrent la lésion comme suspecte
42,9% des P1, 29,8% des P2, 33,3% des P3 orientent la patiente vers un dermatologue*



Photographie n°7: Patiente Européenne - Mélanome superficiel extensif - DermIS



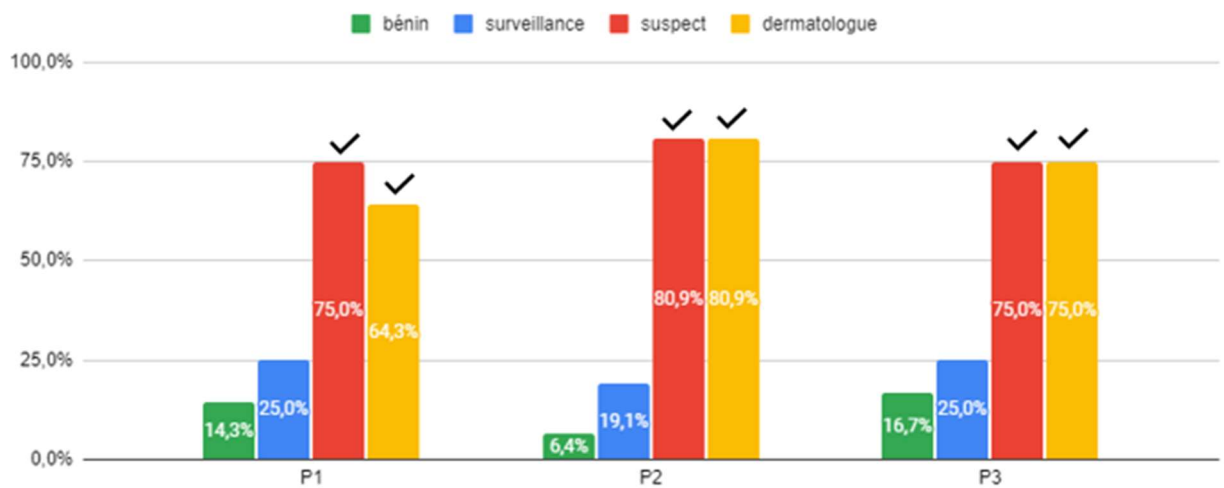
Graphique n°22: Réponses des internes pour la photographie n°7

La réponse attendue est “Lésion suspecte de malignité” et “J’oriente rapidement vers un dermatologue”. La plupart des internes ont bien répondu à la question et considèrent le mélanome superficiel extensif comme une lésion suspecte de malignité. Les P1 semblent davantage considérer la lésion comme bénigne (21,4%) que les P2 et P3 (respectivement 6,4% et 8,3%).

*21,4% des P1, 6,4% des P2, 8,3% des P3 considèrent la lésion comme bénigne
 25% des P1, 12,8% des P2, 16,7% des P3 surveillent la lésion au cabinet
 67,9% des P1, 89,4% des P2, 75% des P3 considèrent la lésion comme suspecte
 71.4% des P1, 89,4% des P2, 79,2% des P3 orientent la patiente vers un dermatologue*



Photographie n°8: Mélanome superficiel extensif, face externe de la cuisse - Dr Anne-Cécile Gresset



Graphique n°23: Réponses des internes pour la photographie n°8

La réponse attendue est “Lésion suspecte de malignité” et “J’oriente rapidement vers un dermatologue”. La majorité des internes ont bien répondu à la question sans tendance significative entre les promotions.

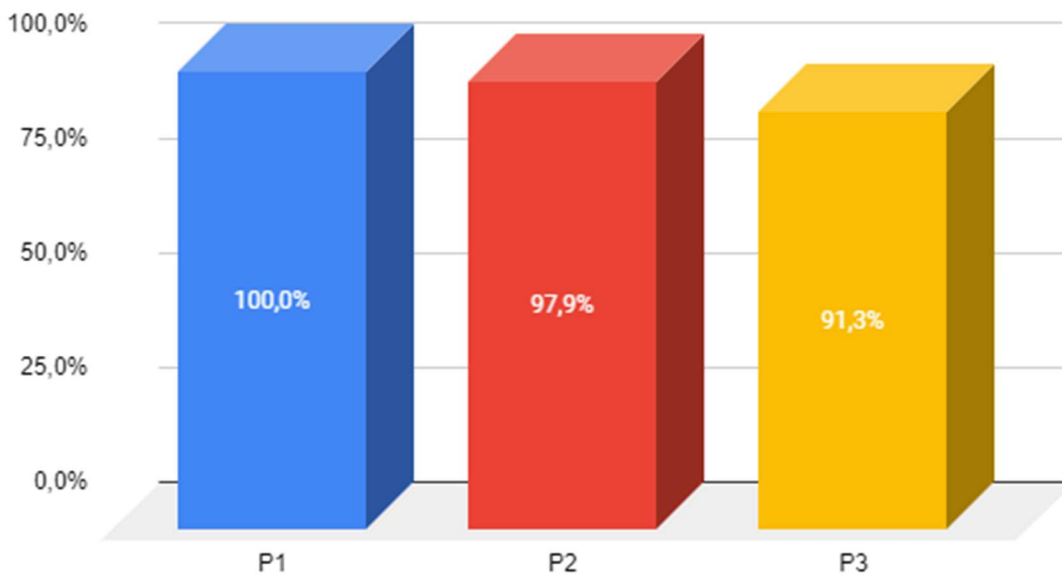
14,3% des P1, 6,4% des P2, 16,7% des P3 considèrent la lésion comme bénigne

25% des P1, 19,1% des P2, 25% des P3 surveillent la lésion au cabinet

75% des P1, 80,9% des P2, 75% des P3 considèrent la lésion comme suspecte

64,3% des P1, 80,9% des P2, 75% des P3 orientent le patient vers un dermatologue

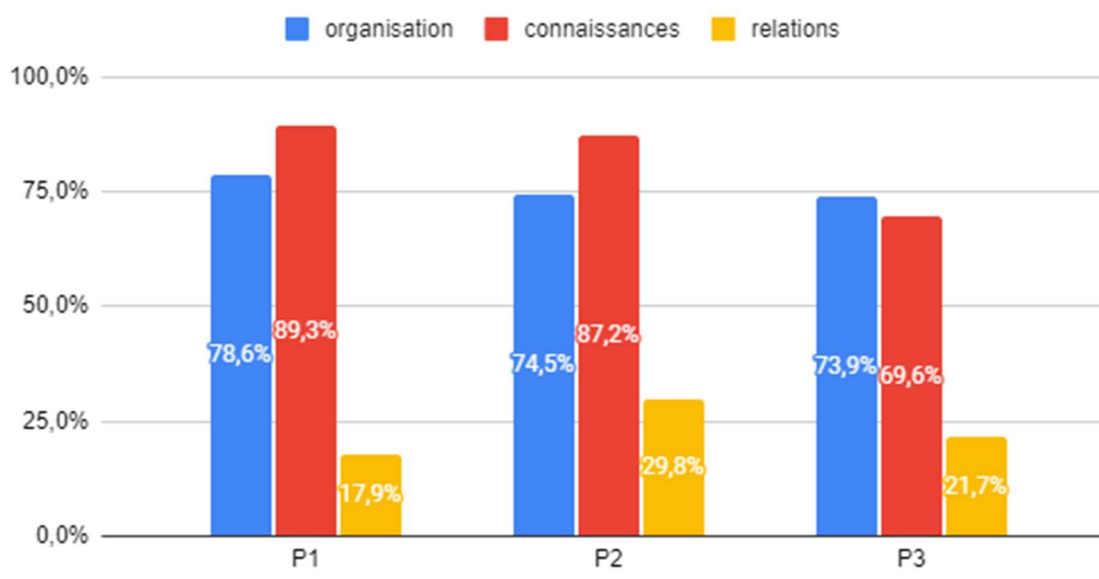
IV. Ressenti des internes



Graphique n°24: Pourcentage d'internes se sentant concernés par le dépistage du mélanome

96,4% des internes se sentent concernés par le dépistage des naevus malins en soins primaires (100% des P1, 97,9% des P2, 91,3% des P3). Les internes semblent se sentir de moins en moins concernés par le dépistage du mélanome au fur et à mesure de leur avancement dans le DES.

78,4% estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires pour dépister les lésions malignes au cabinet (25% des P1, 13% des P2, 27% des P3).



Graphique n°25: Réponses des internes concernant les freins à l'examen cutané du patient au cabinet

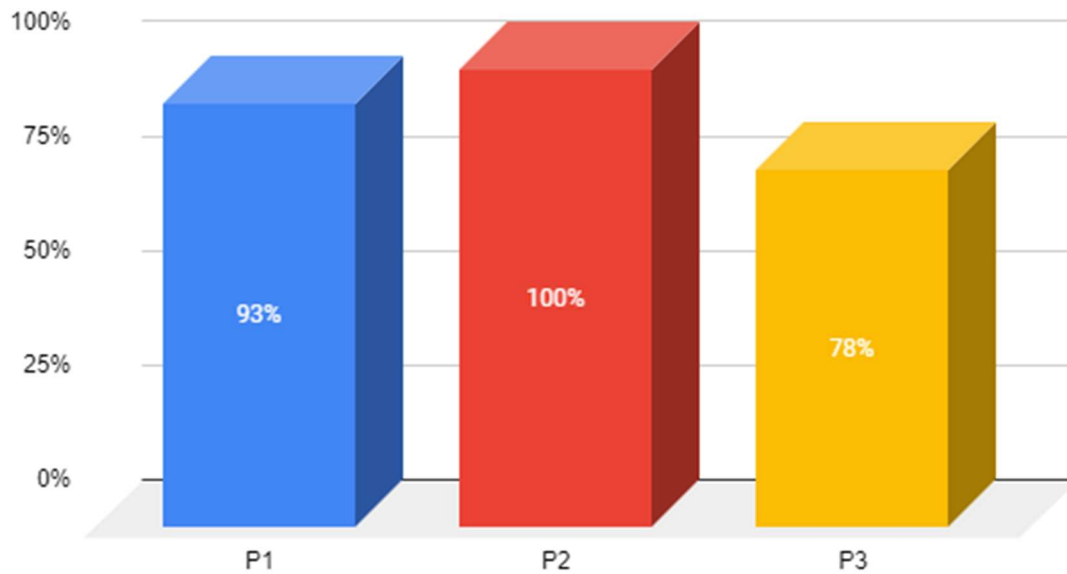
84,5% des internes trouvent difficile d'examiner le revêtement cutané d'un patient lors d'une consultation (93% des P1, 76,5% des P2, 91% des P3):

-76,3% à cause de difficultés organisationnelles (manque de temps lors de la consultation, mauvais éclairage): 78,6% des P1, 74,5% des P2, 73,9% des P3

-84,5% par manque de connaissances: 89,3% des P1, 87,2% des P2, 69,6% des P3

-24,7% par difficultés relationnelles (pudeur, refus du patient): 17,9% des P1, 29,8% des P2, 21,7% des P3

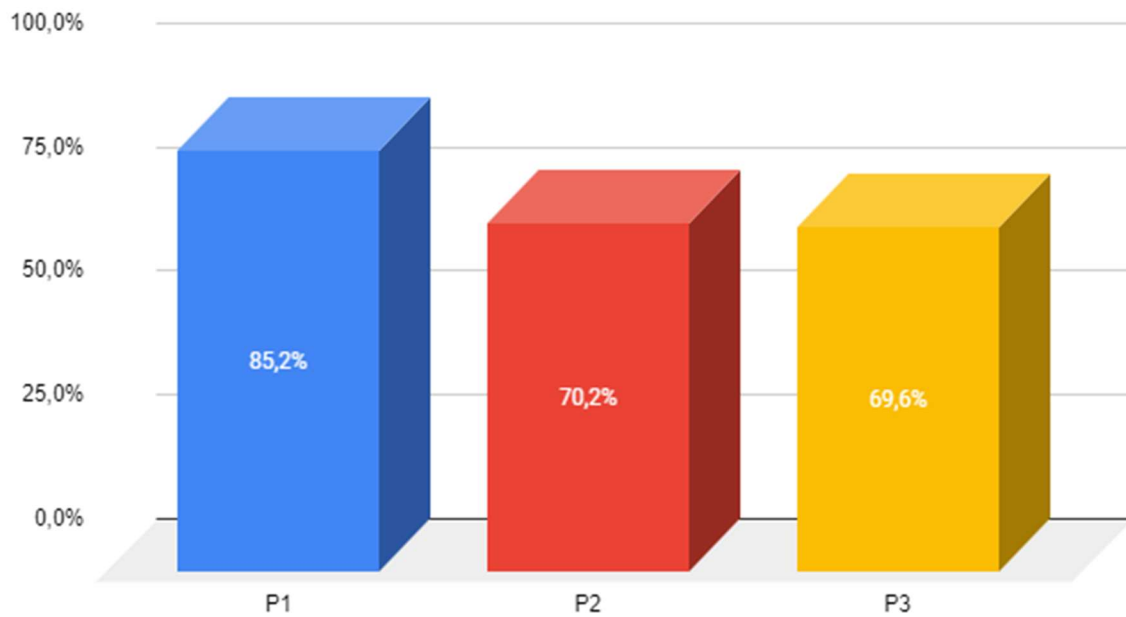
Une majorité des internes, toute promotion confondue, considèrent les difficultés d'organisation (manque de temps lors des consultations, matériel défectueux) et le manque de connaissances comme principaux freins à l'examen du revêtement cutané du patient. Moins d'un quart de l'ensemble des internes estiment les difficultés relationnelles (pudeur, refus du patient) comme obstacle à l'examen du patient.



Graphique n°26: Pourcentage d'internes estimant que la formation des internes du DES de médecine générale est insuffisante pour leur pratique future

92,8% des internes estiment que la formation des internes de médecine générale sur le dépistage du mélanome est insuffisante pour leur pratique future (93% des P1, 100% des P2, 78% des P3)

100% des internes seraient intéressés par une formation animée par un dermatologue ou médecin expert.



Graphique n°27: Pourcentage d'internes intéressés par un stage de dermatologie en libéral durant l'internat

74,2% seraient intéressés par un stage de dermatologie en libéral durant leur internat (85,2% des P1, 70,2% des P2, 69,6% des P3). Les P1 semblent davantage intéressés que les P2 et P3. Le pourcentage d'internes intéressés décroît donc au fur et à mesure de l'année d'étude.

97,9% seraient intéressés par une formation concernant l'utilisation d'un dermatoscope (96,3% des P1, 100% des P2, 95,7% des P3).

DISCUSSION

I. Partie caractéristiques

18,6% des internes du DES de médecine générale ont répondu au questionnaire.

78% des internes ayant répondu au questionnaire étaient des femmes. Cela peut s'expliquer par la grande proportion de femmes dans le DES de médecine générale. En effet, pour la promotion de 2022 (P1): 72% sont des femmes; pour la promotion 2021 (P2): 67% sont des femmes; et pour la promotion 2020 (P3): 60% sont des femmes.

Promotion 2020 (P3): 184 internes dont 110 femmes = 60% de femmes

Promotion 2021 (P2): 189 internes dont 127 femmes = 67% de femmes

Promotion 2022 (P1): 191 internes dont 138 femmes = 72% de femmes

Aucun des P1 n'avait effectué de remplacement, ce qui s'explique par l'impossibilité d'obtenir une licence de remplacement avant le 3ème semestre du DES (deuxième année).

Une majorité des internes ayant répondu au questionnaire étaient en deuxième année de DES de médecine générale (promotion 2021). Cela pourrait s'expliquer par la possibilité d'effectuer un stage libre (médecine polyvalente) en l'occurrence en dermatologie durant leur deuxième ou troisième semestre. On pourrait supposer que les internes les plus intéressés par la spécialité et notamment en stage à cette période ont davantage répondu au questionnaire.

Certains P1 ayant répondu au questionnaire avaient déjà effectué un stage en dermatologie durant leur externat. Davantage de P2 (+17,5%) étaient passés en dermatologie en raison de la possibilité de choisir ce stage durant leur 2^e année de DES. En revanche, les P3 semblent avoir été moins enclins à réaliser un stage de dermatologie au cours de leur 2^e année de DES (-6,7% par rapport aux P2). Ceci pourrait s'expliquer par l'impact de l'épidémie covid19 en 2020 et 2021 sur les dépistages et en particulier pour la spécialité dermatologie. En effet, une étude Française multicentrique de 2022 a montré que la pandémie de covid-19 à partir du 1^{er} confinement a eu un impact péjoratif conduisant notamment au diagnostic de mélanome à un stade plus avancé (32).

On peut supposer que les internes apprennent davantage les gestes médicaux, comme la biopsie cutanée, lors de leur premier stage d'ambulatoire ou externat (26,7% des P1), puis pendant leur stage libre de dermatologie (+14,5% par rapport aux P1). En revanche, les P3 semblent moins enclins à réaliser des gestes lors de leur stage SASPAS (+0,5% par rapport aux P2). On peut supposer qu'ils orientent plus facilement leurs patients vers un spécialiste.

Environ un quart des internes estiment pouvoir obtenir une consultation spécialisée en moins d'un mois pour un patient porteur d'une lésion suspecte. 14,5% estiment ne pas pouvoir l'obtenir en moins de 6 mois. Cela illustre les difficultés actuelles sur le territoire français, avec les longs délais d'attente pour une consultation avec un dermatologue. Les différences de réponses entre les internes reflètent les disparités démographiques sur le territoire. La principale conséquence est la perte de chance considérable pour le patient atteint d'un mélanome.

II. Habitudes dans le dépistage et la sensibilisation

Dans la plupart des cas, les messages de prévention ne sont délivrés que rarement par les internes, ce qui semble insuffisant par rapport aux recommandations de la HAS. Pourtant, informer les patients sur les risques de l'exposition solaire est le seul axe de prévention primaire sur lequel agir. L'auto-examen et la méthode analytique visuelle par les critères ABCDE sont essentiels dans la prévention secondaire afin de dépister les lésions au stade le plus précoce possible. Les internes connaissent les critères ABCDE mais ne sensibilisent pas les patients.

Les P1 semblent avoir de meilleures habitudes dans la délivrance des messages de prévention que les P2 et P3. Cela pourrait s'expliquer par une baisse d'intérêt pour la dermatologie, une banalisation ou un oubli des connaissances avec le temps car n'ayant reçu aucune formation spécifique au cours du DES de médecine générale. En revanche, les jeunes internes ayant été récemment évalués (en fin de sixième année) sur la spécialité au programme de l'examen national classant seraient plus susceptibles d'adopter initialement les recommandations de bonne pratique.

Les P3 semblent moins enclins à rechercher les facteurs de risque de mélanome et à les faire apparaître dans le dossier médical du patient. Sans rechercher les facteurs de risque de mélanome, un patient à risque mais non identifié comme tel ne bénéficiera pas de la surveillance nécessaire pour son suivi. Par ailleurs, l'immunodépression, facteur de risque majeur de mélanome, n'est que rarement recherchée. Pourtant, les patients transplantés ont un risque de mélanome multiplié par un facteur de 1,6 à 8 avec un moins bon pronostic (33).

La traçabilité de telles informations pourrait permettre d'améliorer le suivi du patient, notamment dans le contexte du dossier médical partagé. On pourrait envisager la création d'un onglet dans le logiciel du praticien destiné à l'inciter à rechercher les facteurs de risque de mélanome, particulièrement lors d'une première consultation, avec l'aide du SAMScore par exemple. On pourrait également imaginer une fonctionnalité permettant de rappeler au praticien d'effectuer un examen cutané de manière trimestrielle si le patient est considéré comme à risque.

La majeure partie des internes effectuent un examen cutané au cabinet en sous-vêtements à la demande du patient. Ces pratiques ne sont pas en accord avec les recommandations de la HAS qui préconise une consultation dédiée d'au moins 15 minutes, tous les 4 mois si facteurs de risque, en examinant le patient complètement déshabillé, de la tête aux pieds y compris les organes génitaux (7).

III. Reconnaissance de lésions suspectes

Le mélanome à extension superficielle et le mélanome de Dubreuilh sont bien reconnus comme des lésions malignes par la plupart des internes qui adressent rapidement leur patient vers un dermatologue. En revanche, ceux-ci considèrent le mélanome nodulaire comme une lésion bénigne, peu importe l'année d'étude. Ceci est alarmant compte tenu du potentiel évolutif très rapide de ce type de mélanome.

Les internes ne semblent pas maîtriser les caractéristiques typiques d'une kératose séborrhéique. L'aspect rugueux, cérébriforme et les bords rectilignes ne faisaient aucun doute sur le diagnostic. Cela ne dégénère jamais et ne nécessite donc aucune surveillance spécifique. Le patient est parfois demandeur d'une consultation dermatologique non urgente pour l'aspect esthétique. Informer les internes pourrait permettre de réduire le nombre de consultations non nécessaires chez le dermatologue (35).

La mélanonychie est dans l'ensemble bien reconnue comme une lésion suspecte par les internes. Le contexte n'étant pas spécifié, la prise en charge est discutable. Si la mélanonychie survient à l'âge adulte, est monodactyle, atteint le pouce, l'index ou l'hallux; est hétérochrome, avec des bords mal limités; évolue dans le temps (élargissement de la bande, apparition de plusieurs bandes sur le même ongle); atteint la matrice de l'ongle/ repli unguéal/ cuticule (signe de Hutchinson), elle est suspecte et nécessite une consultation urgente avec un dermatologue. Si la mélanonychie est en bande homogène et stable dans le temps; si elles sont multiples chez un sujet à peau foncée (mélanonychies ethniques) ou si elle apparaît suite à un traumatisme de frottement, cela évoque une lésion bénigne et nécessite une surveillance simple. Sans contexte et dans le doute, il était donc attendu que l'interne réponde "lésion suspecte" et "orientation vers un dermatologue"(36).

Les internes considèrent le naevus de sutton comme inquiétant. Le contexte n'étant pas précisé, la prise en charge est discutable et les réponses des internes sont cohérentes car à la moindre incertitude il est nécessaire d'adresser le patient à un spécialiste. Dans le phénomène de Sutton, le naevus est entouré d'un halo dépigmenté lié à un infiltrat inflammatoire (destruction auto-immune des mélanocytes) qui le fait disparaître progressivement. Il est principalement localisé sur le tronc et concerne l'adulte jeune au cours de leur deuxième décennie. Dans la plupart des cas, ce naevus est bénin et nécessite une simple surveillance. Lorsqu'il survient à un âge plus tardif (>40 ans), si le halo est irrégulier, ou le naevus central modifié, il devient suspect et nécessite une consultation rapide chez un dermatologue. En effet, une dépigmentation périphérique peut être constatée autour des mélanomes malins.

Une information des internes à ce sujet pourrait permettre de diminuer le nombre de consultations non nécessaires chez le dermatologue. Une simple surveillance au cabinet est recommandée en cas de tableau typique (37).

Les P3 semblent moins souvent juger les lésions comme bénignes que les P1 et P2. Cette tendance pourrait s'expliquer par leur expérience clinique, ayant réalisé davantage de semestres dont deux stages en ambulatoire et étant plus méfiants vis-à-vis des naevus cutanés.

IV. Ressenti

La majeure partie des internes se sentent concernés et montrent de l'intérêt pour le dépistage du mélanome mais ce pourcentage diminue au fur et à mesure de l'avancement dans le DES. Pour maintenir la motivation des internes au fil du temps et à fortiori des remplaçants/médecins généralistes on pourrait envisager d'intégrer des objectifs de soins (réalisation d'un examen du revêtement cutané, recherche de facteurs de risque) dans les critères de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), avec des cotations spécifiques.

Les internes seraient demandeurs d'une formation complémentaire en dermatologie, notamment concernant le dépistage du mélanome et l'utilisation d'un dermatoscope. Les P1 sont davantage intéressées par un stage en dermatologie libérale que les P2 et P3.

On pourrait se poser la question d'intégrer des cours de dermatologie dans les Enseignements Hors Stage (EHS) de la faculté, ou de proposer des formations à titre individuel sur le dépistage du mélanome dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

Former les internes à l'utilisation d'un dermatoscope et aux images dermoscopiques de mélanome pourrait permettre de désengorger les consultations spécialisées de dermatologie en faisant un premier débrouillage sur l'aspect de la lésion. Des logiciels de télémedecine sécurisés permettent déjà de transmettre les images dermoscopiques à un dermatologue expérimenté, comme c'est le cas avec le réseau de téléexpertise du Centre Hospitalier universitaire (CHU) de Lille sur OMNIDOC. Celui-ci apporte une première expertise dans un court délai et permet de confirmer ou d'infirmer la suspicion de lésion maligne, accélérant la prise en charge pour le patient. Utiliser un dermatoscope sans formation pourrait toutefois s'avérer dangereux pour le patient. En effet, si le praticien considère à tort la lésion comme rassurante, cela pourrait entraîner une perte de chance conséquente pour le patient avec un retard de diagnostic. Il est donc primordial que les internes maîtrisent au préalable les critères de reconnaissance d'un naevus suspect et qu'ils effectuent un examen cutané régulier.

V. Limites de l'étude

Nous avons obtenu un taux de réponse de 18,5% avec une majorité d'étudiants en deuxième année, et de sexe féminin. Cela a pu entraîner un biais de sélection.

Le faible effectif (105 réponses) a pu provoquer un manque de puissance de l'étude.

La réponse au questionnaire étant basé sur le volontariat, nous pouvons supposer que ce sont les étudiants qui montrent le plus d'intérêt à la dermatologie qui ont répondu au questionnaire, engendrant un biais de sélection.

Pour les questions concernant les habitudes et pratiques des internes, il a pu y avoir un biais de mémorisation pour les internes situés à distance de leur stage ambulatoire par rapport à ceux y étant actuellement ou venant de le terminer.

Concernant les freins au dépistage du revêtement cutané, les réponses ont été suggérées aux internes. Il est possible que d'autres réponses non mentionnées dans le questionnaire auraient été évoquées par les internes.

CONCLUSION

Le mélanome est de bon pronostic si pris en charge précocement mais reste une pathologie mortelle en France. Dans le contexte actuel de démographie médicale, les médecins généralistes ont un rôle central dans le dépistage du mélanome.

Former les internes, c'est former les médecins généralistes de demain, en première ligne dans le parcours de soins pour dépister les lésions cancéreuses.

Former les internes à différencier les lésions bénignes des lésions malignes, c'est optimiser les rendez-vous vraiment nécessaires chez le dermatologue.

Former les internes au dépistage des lésions cancéreuses, c'est diminuer la perte de chance du patient en l'orientant sans délai en consultation spécialisée.

Les internes sont intéressés par la dermatologie et sont demandeurs d'une formation complémentaire dans le dépistage du mélanome. Celle-ci nécessiterait d'être répétée dans le temps. En effet, leur intérêt pour la spécialité diminue au fur et à mesure des années et leurs habitudes dans la prévention et la sensibilisation du patient se dégradent.

L'examen cutané dans le dépistage des mélanomes est fondamental, à condition de connaître la séméiologie des mélanomes et les critères de reconnaissance, d'où la nécessité de former les internes, les médecins déjà installés mais aussi le personnel paramédical en relation étroite avec le patient (infirmiers, aides-soignants, podologues, kinésithérapeutes).

La télé-expertise pourrait être un moyen fiable pour pallier au manque de dermatologues, à condition d'une formation spécifique préalable.

L'éducation de la population générale à la reconnaissance des lésions suspectes et à l'auto-examen cutané pourrait permettre d'autonomiser le patient et de le recentrer dans la prise en charge.

ANNEXES

I. FIGURES

-Figure n°1: Variation annuelle moyenne des taux d'incidence standardisés sur la période entre 1990 et 2023, selon l'Institut national du cancer (Inca) (1)

-Figure n°2: Risques relatifs de mélanome en fonction des facteurs de risque (8)

-Figure n°3: Critères ABCDE dans le dépistage du mélanome, Pascal Marseaud (19)

-Figure n°4: Auto-examen de la peau

II. GRAPHIQUES

- Graphique n°1: Répartition des internes dans les 3 promotions
- Graphique n°2 Flow Chart représentant les caractéristiques des internes dans l'étude
- Graphique n°3: Pourcentage des internes ayant effectué un stage en dermatologie
- Graphique n°4: Pourcentage d'internes ayant déjà effectué des biopsies cutanées selon la promotion
- Graphique n°5: Délai moyen pour obtenir une consultation de dermatologie chez un patient porteur d'une lésion suspecte selon la promotion d'interne
- Graphique n°6: Fréquence de sensibilisation du patient à la protection solaire par l'ensemble des internes
- Graphique n°7: Fréquence d'éducation du patient à l'auto-examen cutané par l'ensemble des internes
- Graphique n°8: Fréquence de recherche des facteurs de risque de mélanome par l'ensemble des internes
- Graphique n°9: Fréquence de recherche des facteurs de risque de mélanome par les internes selon leur promotion
- Graphique n°10: Pourcentage d'internes dont les facteurs de risque de mélanome apparaissent dans le dossier médical du patient
- Graphique n°11: Facteurs de risque de mélanome recherchés par l'ensemble des internes
- Graphique n°12: Facteurs de risque de mélanome recherchés par les internes selon leur promotion

- Graphique n°13 : Fréquence d'examen cutané du patient lors d'une consultation de médecine générale
- Graphique n°14: Conditions de réalisation d'un examen cutané au cabinet par les internes
- Graphique n°15: Fréquence de sensibilisation du patient à la règle ABCDE par les internes
- Graphique n°16 : Réponses des internes pour la photographie n°1
- Graphique n°17: Réponses des internes pour la photographie n°2
- Graphique n°18: Réponses des internes pour la photographie n°3
- Graphique n°19: Réponses des internes pour la photographie n°4
- Graphique n°20: Réponses des internes pour la photographie n°5
- Graphique n°21: Réponses des internes pour la photographie n°6
- Graphique n°22: Réponses des internes pour la photographie n°7
- Graphique n°23: Réponses des internes pour la photographie n°8
- Graphique n°24: Pourcentage d'internes se sentant concernés par le dépistage du mélanome
- Graphique n°25: Réponses des internes concernant les freins à l'examen cutané du patient au cabinet
- Graphique n°26: Pourcentage d'internes estimant que la formation des internes du DES de médecine générale est insuffisante pour leur pratique future
- Graphique n°27 : Pourcentage d'internes intéressés par un stage de dermatologie en libéral durant l'internat

III. PHOTOGRAPHIES

- Photographie n°1: Patiente de 86 ans, kératose séborrhéique de la glande mammaire - Dermatology Information System (DermIS)
- Photographie n°2: Patiente de âgée , mélanome de Dubreuilh sur la joue- DermIS
- Photographie n°3: Mélanonychie longitudinale - DermIS
- Photographie n°4: Patiente de 49 ans - Mélanome superficiel extensif - DermIS
- Photographie n°5: Patient Européen de 25 ans - Naevus de Sutton - DermIS
- Photographie n°6: Patiente de 70 ans - Mélanome nodulaire partie inférieure de la jambe -DermIS
- Photographie n°7: Patiente Européenne - Mélanome superficiel extensif - DermIS
- Photographie n°8: Mélanome superficiel extensif, face externe de la cuisse - Dr Anne-Cécile Gresset

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Panorama des cancers en France, Institut national du cancer, 2023
- 2- Le mélanocyte et la pigmentation, Démarchez Michel, septembre 2022
- 3- Le développement d'un mélanome de la peau, Institut national du cancer
- 4- Les mélanomes, Société française de dermatologie, Pr Nicole Basset-Seguin, Pr Marie Beylot-Barry
- 5- Epidémiologie des cancers cutanés, Institut national du cancer, 2023
- 6- Guide Affection de Longue Durée: Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique- Mélanome cutané, HAS et Inca, janvier 2012
- 7- Stratégie de diagnostic précoce du mélanome, Guide du médecin traitant, HAS, octobre 2006
- 8- Détection précoce du mélanome cutané, recommandation en santé publique, Haute autorité de santé, 2006/2013
- 9- Facteurs de risque de mélanome, Institut national du cancer, 2023
- 10- Détection précoce des cancers de la peau, Institut national du cancer, octobre 2017
- 11- Facteurs de risque de mélanome, Société canadienne du cancer
- 12- Dépistage des cancers: recommandations et conduites à tenir, état des connaissances, Document destiné aux professionnels de santé– Ministère chargé de la santé, Assurance maladie, Institut national du cancer, État des connaissances à septembre 2018
- 13- Validation of the Self-Assessment of Melanoma Risk Score for a melanoma-targeted screening, G.Quéreux , J-M.N'guyen, M.Cary, O.Jumbou, Y.Lequeux, B.Dréno, Novembre 2012

- 14- Comment améliorer le diagnostic précoce des mélanomes, Dossier Développement Professionnel Continu (DPC), Pays de la Loire, 2020
- 15- Protection solaire, société française de dermatologie, 2019
- 16- Repérage de l'origine professionnelle des cancers cutanés par autoquestionnaire, S. Benarab, P. Marcant, M. Brissaud, A. Sobaszek, C. Nisse, L. Mortier, décembre 2020
- 17- Cancers de la peau: s'informer sur les risques et se protéger, brochure Inca, décembre 2022
- 18- Auto-examen de la peau, Société Française de dermatologie, Dr Jean-Michel AMICI, décembre 2019
- 19- Mélanome cutané: la détection précoce est essentielle, HAS, février 2020
- 20- Plan cancer 2014-2019, République Française, 4 février 2014
- 21- Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, feuille de route 2021-2025, Institut national du cancer
- 22- Stratégie de diagnostic précoce du mélanome- Recommandation en Santé publique- Rapport d'évaluation, Service évaluation médico-économique et santé publique HAS, Octobre 2006
- 23- Médicaments anticancéreux onéreux: disponibilité et soutenabilité économique, Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, octobre 2023
- 24- Rapport d'orientation: facteurs de retard au diagnostic du mélanome- synthèse, Haute autorité de santé, Juillet 2012
- 25- Microscopie confocale par réflectance pour le diagnostic du mélanome cutané, HAS, novembre 2023
- 26- La dermoscopie pour la détection des mélanomes en pratique familiale, Andrea Herschorn, Pubmed, Toronto 2012

- 27- Advances in Early Detection of Melanoma and the Future of At-Home Testing, Zachary R. Garrison, Connor M. Hall, Rosalyn M. Fey, Terri Clister, Nabeela Khan, Rebecca Nichols, and Rajan P. Kulkarni, Portland, USA, avril 2023
- 28- Performance de la télé-expertise dans le diagnostic des cancers cutanés: étude rétrospective dans 3 départements de Nouvelle-Aquitaine, Colin Bui, Valérie Dorizy-Vuong, Alain Taïeb, Marie-Sylvie Doutre, Julien Seneschal, Jean-Philippe Joseph, Marie Beylot-Barry, 2021
- 29- Détection précoce des cancers de la peau- Document à l'usage des infirmiers et des kinésithérapeutes, Inca, octobre 2017
- 30- Enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins 2016-2017, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Octobre 2018
- 31- Situation au 1er janvier 2023, approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales, Dr François Arnault, Conseil de l'ordre/ Ordre national des médecins (page 103), Janvier 2023
- 32- La pandémie COVID-19 est associée à des mélanomes diagnostiqués à un stade plus avancé, F. Skowron, S. Mouret, A. Seigneurin, H. Montaudié, E. Maubec, F. Grange, G. Quéreux, P. Celerier, A. Adle, S. Dalac, J. De Quatrebarbes, O. Zehou, A. Safia, P. Muller, P. Modiano, L. Misery, N. Litrowski, F. Brunet Possenti, L. Mortier, ..., M.T. Leccia, décembre 2022
- 33- Prise en charge des patients immunodéprimés atteints de tumeur de la face et du cou à point de départ cutané, Recommandation pour la pratique clinique, Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou, C. Bejar, N. Basset-Seguin, F. Faure, C. Fieschi, C. Frances, C. Guenne, C. Lebbe, M.N. Peraldi, J. Roux, Groupe de travail de la SFORL, G. Lamas, E. Maubec, 2014

34- Autoexamen de la peau : de l'œil nu à l'optique du smartphone, Nicolas Postel-Vinay, Dany Baud, Olivier Gaide, Revue Médicale Suisse, 2021

35-Kératoses séborrhéiques,Thérapeutique de dermatologie,BURSZTEJN A.-C, 14 avril 2021

36- Mélanonychies longitudinales, I.Moulonguet, S.Goettmann-Bonvallot, 2015

37- Le médecin généraliste face aux naevi, F. Bourdeaud'hui et V. del Marmol

Service de Dermatologie, Hôpital Erasme, 2011

AUTEURE : Nom : LAURENT-LEPOUTRE

Prénom : Chloé

Date de soutenance : 13 juin 2024

Titre de la thèse : Evaluation des pratiques des internes de médecine générale de Lille dans le dépistage et la prévention du mélanome cutané

Thèse - Médecine - Lille - 2024

Cadre de classement : Dermatologie

DES: Médecine générale

Mots-clés : Mélanome-Dépistage-Prévention-Interne-Formation

Résumé :

Contexte: En 2023, le nombre estimé de nouveaux cas de mélanome est de 18 000 en France. C'est une pathologie grave au potentiel métastatique rapide dont l'incidence a triplé ces 20 dernières années. Sa détection précoce améliore la morbi-mortalité car permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique. Les médecins généralistes, en première ligne dans le parcours de soin, jouent un rôle central dans le dépistage du mélanome. Leur implication dans la coordination avec les dermatologues et l'éducation de la population est essentielle.

Objectif: L'objectif de cette étude est d'observer les habitudes des internes de médecine générale de Lille dans le dépistage et la prévention du mélanome. Elle a pour objectif secondaire de mettre en évidence un éventuel besoin en formation complémentaire en dermatologie, ainsi que d'analyser les freins au dépistage cutané.

Méthode: Étude observationnelle descriptive transversale réalisée auprès d'une cohorte d'internes du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale de l'université de Lille 2 (Faculté Henri Warenbourg), par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire anonymisé établi sur un logiciel sécurisé et diffusé en octobre 2023. Il est composé de 4 grandes parties: caractéristiques ; habitudes dans l'examen cutané et la délivrance des messages de prévention ; reconnaissance de lésions suspectes; ressenti (besoin de formation, freins au dépistage).

Résultats: 105 internes ont répondu au questionnaire. 78% étaient des femmes. 28% étaient en première année de DES (P1), 48% en deuxième année (P2) et 24% en troisième année (P3). Les habitudes dans la sensibilisation du patient diminuent au fur et à mesure de l'avancement dans le DES. Les internes reconnaissent le mélanome superficiel extensif et le mélanome de Dubreuilh mais pas le mélanome nodulaire (55% des internes). Dans la grande majorité, ils se sentent concernés par le dépistage des naevus malins en soins primaires et seraient intéressés par une formation animée par un dermatologue ou médecin-expert.

Conclusion: Les messages de prévention ne sont pas assez délivrés par les internes et leurs pratiques se dégradent au fur et à mesure de l'avancement dans le DES. Former les internes, c'est former les médecins généralistes de demain en première ligne dans le dépistage du mélanome

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Laurent MORTIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Sarah FAIZ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jérémy WALLART