

2017-2018

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en D.E.S de médecine générale

# QUEL INTERET LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE ACCORDENT-ILS AU DEPISTAGE DU MELANOME ?

**LE COQ Aude**

Née le 19 Juin 1989 à LOUDEAC (22)

Sous la direction de Mme Angoulvant Cécile

Membres du jury

Professeur MARTIN Ludovic	Président
Docteur ANGOULVANT Cécile	Directeur
Professeur CAILLIEZ Éric	Membre
Docteur BENYAHIA-HAMON Linda	Membre
Docteur CAPITAIN Olivier	Membre

Soutenue publiquement le :  
18 Décembre 2018



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**  
UNIVERSITÉ D'ANGERS



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée LE COQ Aude  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **18/10/2018**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

---

**Directeur de l'UFR** : Pr Nicolas LEROLLE

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric LAGARCE

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric ANNWEILER

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

## AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

### **PAST**

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

### **ATER**

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

### **AHU**

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

### **CONTRACTUEL**

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

# REMERCIEMENTS

## Remerciements

A Monsieur le Professeur Martin Ludovic de me faire l'honneur de présider ce Jury. Merci de votre disponibilité et de l'intérêt porté à ce travail.

A Madame le Docteur Angoulvant Cécile d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité, de vos conseils avisés qui m'ont guidé et enrichi ma réflexion autour de ce thème.

A Monsieur le Professeur Cailliez Eric pour son dévouement dans notre formation. Merci de me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Capitain Olivier pour l'attention portée à ce travail. Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury.

A Madame le Docteur Benyahia-Hamon Linda pour ses encouragements et son aide. Merci de me faire l'honneur de participer à l'évaluation de mon travail.

A l'ensemble des internes qui ont accepté de répondre à cette enquête, acceptant de m'accorder de leur temps.

A mes parents pour leur soutien dans tout mon parcours universitaire, non sans embûche, mais qui va finir par enfin aboutir, et d'avoir toujours cru en moi.

A Marc,

A mes soeurs.

A l'ensemble des enseignants et médecins qui m'ont formé au cours de mon cursus.

A mes maîtres de stage, qui ont su me faire partager leur enthousiasme : Dr Hamon, Dr Benyaha-Hamon et Dr Boisseau-Pécot.

A Gwendoline et Florence.

A mes amis : Ludovic, Benjamin, Emmanuelle, Elise, Myriam, pour tous ces bons moments partagés à vos côtés, de votre soutien et de l'intérêt que vous portez à mon parcours étudiant.

A mes anciens co -internes rencontrés tout au long de mes stages d'internat.



## Liste des abréviations

[illegible]

# RÉSUMÉ

**Objectif :** L'incidence du mélanome croît depuis plusieurs années, il se situe au 9<sup>ème</sup> rang des cancers tous sexes confondus. Le taux de survie à 5 ans étant d'environ 15% pour les stades métastatiques, le dépistage précoce représente un moyen d'agir essentiel. Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer l'importance accordée par les internes de médecine générale au dépistage du mélanome. Elle avait pour objectifs secondaires d'analyser les freins à la réalisation de l'examen, de la prévention et les moyens de formation complémentaires en dermatologie selon le profil des internes répondants.

**Méthode :** Etude quantitative descriptive et transversale auprès de l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté d'Angers inscrits pendant le semestre d'été 2018 réalisée par questionnaires auto-administrés envoyés par mail avec deux relances. Le questionnaire a été réalisé sur Google Forms à partir de la bibliographie et comprenait 20 questions explorant le degré d'implication des internes de médecine générale dans le dépistage du mélanome, les messages de prévention délivrés, les freins à la réalisation du dépistage, les propositions de formation complémentaire en dermatologie et les caractéristiques de la population étudiée.

**Résultats et Discussion :** 189 internes ont été inclus avec une moyenne d'âge de 26 ans, 70% de femmes, 72 % d'internes ayant réalisé leur stage chez le praticien niveau 1, 16% en SASPAS et 9% en SAFE, 26% ayant déjà réalisé un stage en dermatologie au cours de leur cursus. 92% se disaient concernés par le dépistage du mélanome et 96.82% envisageaient de l'intégrer dans leur pratique future. La prévention liée à l'exposition solaire était prodiguée par seulement un tiers d'entre eux. 86.24% des internes avaient déjà recherché des lésions cutanées chez leur patient mais seulement 66.67% recherchaient fréquemment des facteurs de risque. 82% des internes estimaient que leur formation en dermatologie était insuffisante et étaient demandeurs d'un apprentissage de l'examen clinique cutané. Ils suggéraient une amélioration de leur formation grâce à la mise en place de FMC, de téléconsultations et de stages ambulatoires en dermatologie. Les internes ayant réalisé un stage chez le praticien niveau 1 et/ou ayant réalisé un stage en dermatologie au cours de leur cursus portaient plus d'intérêt au dépistage du mélanome.

Conclusion : Les internes de médecine générale portent beaucoup d'intérêt au dépistage du mélanome mais présentent des difficultés à l'examen clinique cutané pouvant les freiner dans leur pratique, notamment du fait d'un manque de formation qu'ils souhaiteraient combler.

## INTRODUCTION

Le mélanome malin de la peau est un cancer dont le principal facteur favorisant est le soleil. L'exposition excessive aux rayonnements ultraviolets est particulièrement néfaste pendant les premières années de vie, notamment la répétition de coups de soleil subis avant l'âge de 15 ans. Les lampes (qu'elles soient fluorescentes sans diffuseur ou à bronzer) ont aussi été incriminées. Le risque de ce cancer cutané varie selon le phototype de l'individu : il est très élevé chez les personnes à peau claire, cheveux blonds ou roux et taches de rousseur. La préexistence de nævus est également un facteur de risque de mélanome, avec un risque d'autant plus important que ces nævi sont nombreux (plus de 50) et atypiques. Il existe aussi des mélanomes familiaux qui nécessitent une surveillance étroite (1).

L'incidence du mélanome croît depuis plusieurs années. Elle double tous les 15 ans depuis 50 ans, et ce mondialement (2). Le mélanome cutané est observé dans toutes les catégories d'âge, de l'enfance à un âge avancé, et le pic d'incidence se situe entre 50 et 64 ans chez l'homme et entre 15 et 64 ans chez la femme (3). En France, le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est estimé à 10.8 pour 100 000 hommes et 11 pour 100 000 femmes en 2012, soit 11176 nouveaux cas en 2012 (2). L'augmentation des taux d'incidence peut être expliquée par une plus grande précocité du diagnostic, une modification des habitudes d'exposition solaire, en particulier dans l'enfance, ainsi qu'un recueil plus exhaustif des cas. Le mélanome cutané se situe au 9<sup>ème</sup> rang des cancers tous sexes confondus et représente 2,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers (1).

En France, la mortalité liée au mélanome augmente moins que l'incidence, ce qui est probablement un effet bénéfique du dépistage précoce. Elle est de 1.2 à 1.5 /100 000 habitants

par an. Le nombre de décès annuel en France par an est estimé à 1400. Le taux de survie à 5 ans pour les hommes est de 81% et de 87% pour les femmes (2).

Le mélanome est un cancer dit « de bon pronostic » lorsqu'il est détecté à un stade précoce de son développement. Le traitement de première intention repose alors sur une exérèse chirurgicale réalisée le plus souvent sous anesthésie locale. Dans le cas des stades plus avancés, le traitement repose sur une chirurgie pouvant être suivie d'une immunothérapie. Une chimiothérapie et une radiothérapie peuvent également être proposées, selon les situations cliniques. Avec les avancées thérapeutiques en cours, de nouveaux traitements sont mis à disposition telles que les thérapies ciblées.

Le mélanome reste toutefois difficile à traiter lorsqu'il est diagnostiqué tardivement, avec un taux de survie à 5 ans d'environ 15 % pour les stades métastatiques (1). La détection précoce du mélanome reste un moyen d'agir essentiel.

En France, la Haute Autorité de Santé recommande une stratégie de dépistage ciblé, dont le médecin généraliste est le pivot. Elle préconise un examen cutané par un médecin (médecin généraliste ou dermatologue) une fois par an et un auto-examen tous les 3 mois chez les patients à risque. L'HAS et l'institut national du cancer ont mis à disposition des outils d'aide au dépistage. Parmi ces outils, une liste de sept questions permet au médecin de définir si un patient est à risque de développer un mélanome (4).

Les 7 questions à poser sont :

- Avez-vous des cas d'antécédents personnels ou familiaux de cancer de la peau ?
- Bronzez-vous difficilement ou êtes-vous sujet aux coups de soleil ?

- Au cours de votre enfance ou de votre adolescence, avez-vous eu des coups de soleil avec brûlure au second degré (érythème + cloque ?)
- Avez-vous beaucoup de naevi (>40) ou des naevi larges (>5mm) et irréguliers ?
- Etes-vous régulièrement exposé aux UV artificiels (cabine de bronzage/soudure à l'arc) ?
- Travaillez-vous ou avez-vous travaillé à un poste exposant aux facteurs de risque : « UV, arsenic, hydrocarbures aromatiques polycycliques, rayonnements ionisants tels que le travail en extérieur, la soudure des métaux, la sidérurgie, la radiologie médicale et industrielle, l'utilisation de pesticides arsenicaux » ?
- Avez-vous une immunodépression, qu'elle soit constitutionnelle ou acquise (traitement immunosuppresseur, infection VIH) ?

Si le patient présente une des caractéristiques, il doit être considéré comme à risque de cancer de la peau. Un examen cutané annuel par le médecin généraliste est recommandé chez ces patients. Le médecin peut cliniquement définir si une lésion est à risque de développer un mélanome à l'aide des critères ABCDE (**Fiche 1**).

La présence d'un ou de plusieurs de ces critères n'implique pas obligatoirement un cancer cutané, mais doit conduire le médecin traitant à adresser le patient à un dermatologue le plus rapidement possible. Le mélanome ne survient pas toujours sur un nævus mais peut correspondre à une nouvelle lésion, pigmentée ou non.

En plus du dépistage, l'HAS recommande aux médecins de faire passer des messages de prévention auprès des patients. Ils reposent sur :

- Un auto-examen trimestriel de la population à risque avec inspection cutanée de la tête aux pieds, de face et de dos, sans oublier les zones peu visibles où peut se cacher un

mélanome (oreilles, ongles, plante des pieds, espaces interdigitaux et intertrigos, organes génitaux) à l'œil nu et au miroir.

- Une éducation de l'ensemble des patients vis-à-vis de l'exposition solaire : éviter le soleil entre 12h et 16h, rechercher l'ombre le plus possible, protéger particulièrement les enfants, se couvrir avec des vêtements, chapeau et lunettes de soleil, à défaut de vêtements, appliquer une crème solaire haute protection en grande quantité et renouveler l'opération toutes les heures et après chaque baignade, éviter les cabines de bronzage.

-

Le médecin généraliste occupe ainsi une place très importante dans le dépistage du mélanome, d'autant plus depuis la réforme de 2006 (5) de l'assurance maladie qui incite les patients de 16 ans ou plus à ne pas consulter les médecins spécialistes sans passer par le médecin traitant sous peine de se voir attribuer un remboursement moins important. 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.

L'examen médical nécessite une bonne connaissance de la sémiologie des mélanomes, d'autant plus dans les régions où la densité des dermatologues est en décroissance comme la Mayenne (2.6/100 000 habitants), la Sarthe (3.5/100 000 habitants) et la Maine-et-Loire (4.9/100 000 habitants).

Selon une étude réalisée en Haute-Normandie en 2011 par Stéphanie Avogadro, les pathologies dermatologiques les plus souvent rencontrées au cabinet de médecine générale sont les dermatites atopiques et allergiques (18.9%), les infections virales (13.8%), les tumeurs bénignes et malignes (12.8%), les infections mycosiques (10.4%), les lésions

traumatiques cutanées (5.2%), le psoriasis (4.8%), les infections cutanées bactériennes (4.3%) et l'acné (4.2%). L'exercice médical ambulatoire nécessite des compétences en matière d'examen cutané. Or, une étude a démontré que 92 % des internes de médecine générale jugent leur formation en dermatologie insuffisante (5) (6).

Au cours du deuxième cycle, la formation en dermatologie à la faculté de médecine d'Angers se fait par des enseignements théoriques et un stage hospitalier de 9 semaines accessible à quelques étudiants.

Au cours du troisième cycle, la maquette du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale comprend six semestres composés de stages pratiques (ambulatoires et hospitaliers) et d'un enseignement facultaire. Aucun stage de dermatologie ne figure dans cette maquette de manière obligatoire. Les stages ambulatoires de médecine générale permettent de prendre en charge des patients présentant des dermatoses courantes. Ainsi, la formation pratique est principalement délivrée lors des stages ambulatoires de médecine générale, mais elle n'est pas axée sur la dermatologie exclusivement.

L'incidence du mélanome étant de plus en plus importante et la démographie des dermatologues étant faible, les médecins généralistes participent au dépistage du mélanome. Selon une étude, 84% des médecins généralistes se déclarent prêts à intégrer le dépistage ciblé du mélanome dans leur pratique quotidienne (7). Il est primordial de sensibiliser les internes de médecine générale au dépistage du mélanome au cours de leur formation initiale afin qu'ils se sentent concernés par cet enjeu de santé publique et qu'ils mettent à profit leurs stages ambulatoires afin d'acquérir la compétence « dépistage du mélanome ». On pourrait ainsi espérer un taux plus important de dépistage du mélanome par les médecins généralistes dans les années à venir.



Mais qu'en-est-il des internes ? Se sentent-ils concernés par le dépistage du mélanome ? Se sentent ils compétents pour le dépistage et la prévention ? Et qu'en est-il de leur formation ? Souhaitent-ils se former pour y participer ?

# **METHODES**

## **1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive et transversale portant sur des internes invités à répondre à un questionnaire anonyme envoyé par mail.

## **2. Population d'étude**

La population cible était les internes inscrits en DES de médecine générale, en stage à la faculté de médecine d'Angers, sur le semestre d'été 2018, entre le 1<sup>er</sup> mai et le 30 octobre 2018. Nous avons décidé d'inclure l'ensemble des internes de médecine générale, tous semestres confondus, afin de pouvoir comparer l'intérêt accordé au dépistage du mélanome en fonction des stages ambulatoires effectués.

La liste des internes interrogés a été obtenue auprès du service scolarité du 3<sup>ème</sup> cycle des études de médecine générale de la Faculté d'Angers.

## **3. Le questionnaire**

Le questionnaire a été conçu avec le logiciel Google Forms (Questionnaire en Annexe).

Le questionnaire anonyme a été élaboré à partir de la bibliographie. Il se composait de 3 parties. Il était précédé par une brève introduction expliquant le sujet et le but de l'étude. Il contenait 17 questions à choix unique, 2 questions avec des items à classer par ordre croissant et 1 question à choix multiple. Le temps de réponse était d'environ 4 minutes.

La première partie était composée de questions à choix multiples portant sur le degré d'implication des internes de médecine générale dans le dépistage du mélanome. Se sentent-ils concernés par le dépistage du mélanome ?

La deuxième partie traitait du dépistage du mélanome et était elle-même subdivisée en 3 sous parties :

- La première comportait des questions explorant les informations délivrées aux patients par les internes de médecine générale notamment en termes de prévention.
- La deuxième sous-partie contenait des questions permettant de mettre en évidence les difficultés pouvant freiner les internes à réaliser un dépistage du mélanome de façon systématique.
- La troisième sous-partie comprenait des questions permettant d'évaluer les propositions de formation complémentaires en dermatologie par les internes de médecine générale.

La troisième et dernière partie correspondait aux caractéristiques de la population étudiée, afin de dresser le profil des internes répondants.

Les questions étaient rendues obligatoires, permettant un meilleur taux de réponse.

## **4. Recueil et analyse des données**

L'enquête s'est déroulée au moyen d'un questionnaire anonyme en ligne dont le lien a été envoyé par mail à l'ensemble des internes de médecine générale le 28 mai 2018 et une relance a été effectuée le 04 juin et le 11 juin 2018. La date limite de réponse était fixée au 11 juin 2018. Les données ont été collectées par l'interne enquêteur et classées dans un fichier Excel. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel Excel pour la réalisation de moyennes, de pourcentages et de seuils de significativité. Les tests statistiques ont quant à eux été réalisés à l'aide du logiciel BiostaTGV.

# RÉSULTATS

## 1. Population concernée par l'étude

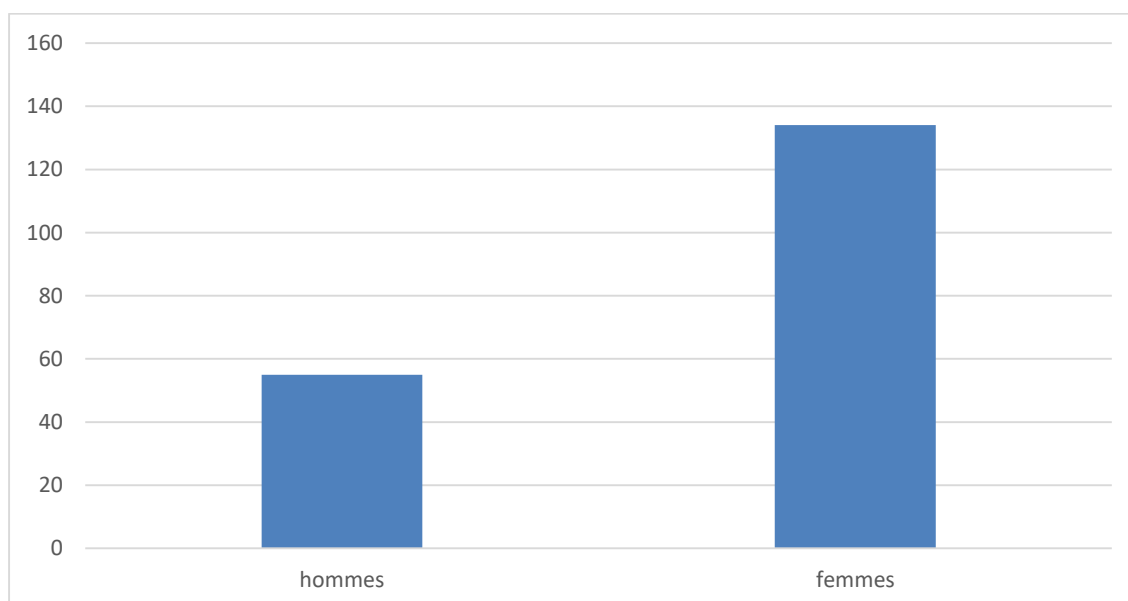
### 1.1. Participation à l'étude

L'effectif initial était l'ensemble des internes de médecine générale de la Faculté d'Angers inscrits pour le semestre d'été 2018 (hors année thèse), toutes années confondues, soit 344 internes. Sur les 344 internes ayant reçu le questionnaire Google Forms par mail, 189 internes ont répondu à l'ensemble des questions posées, n'entraînant pas de perte d'information. Le taux de participation était de 54.94%.

### 1.2. Caractéristiques des internes de médecine générale

Parmi les 189 internes de médecine générale recrutés, 134 étaient des femmes (70.90%) et 55 étaient des hommes (29.10%).

Figure I – Répartition des répondants par genre



L'âge moyen des internes était de 26.71 ans +/- 1.47 ans.

Les caractéristiques de la population d'études sont rapportées dans le **tableau I** (en annexe).

L'âge moyen des hommes et des femmes étaient sensiblement le même (âge à 26.71 ans +/- 1.47 ans chez les femmes et un âge à 26.70 +/- 1.50 ans chez les hommes ;  $p=0.149$ ).

Les femmes ne semblaient pas faire plus de DESC que les hommes (11 (5,82%) vs 8 (4.23%) chez les hommes,  $p=0.29$ ).

Les femmes étaient plus représentées dans la catégorie réalisation d'un stage en dermatologie (41 (21.69%) vs 8 (4.23%) pour les hommes ;  $p<0.05$ ).

La réalisation d'un stage ambulatoire différait selon le genre : Les femmes étaient significativement plus nombreuses à réaliser un SASPAS (45 (23.80%) vs 9 (4.76%) chez les hommes ;  $p<0.05$ ). Pour ce qui est des stages chez le praticien niveau 1 et le stage SAFE, il n'y avait pas de différence significative selon le genre.

## 2. Description des réponses

### 2.1. Données générales

#### 2.1.1. Evaluation de l'importance accordée au dépistage du mélanome

La première partie explorait **l'importance relative** accordé au dépistage. Au total, 174 répondants (92%) se disaient concernés par le dépistage du mélanome dans leur pratique quotidienne et 183 (96.82%) envisageaient d'intégrer le dépistage du mélanome dans leur pratique future. La majorité des internes répondants (185 soit 97.88%) estimait que le dépistage du mélanome relevait du rôle du médecin généraliste.

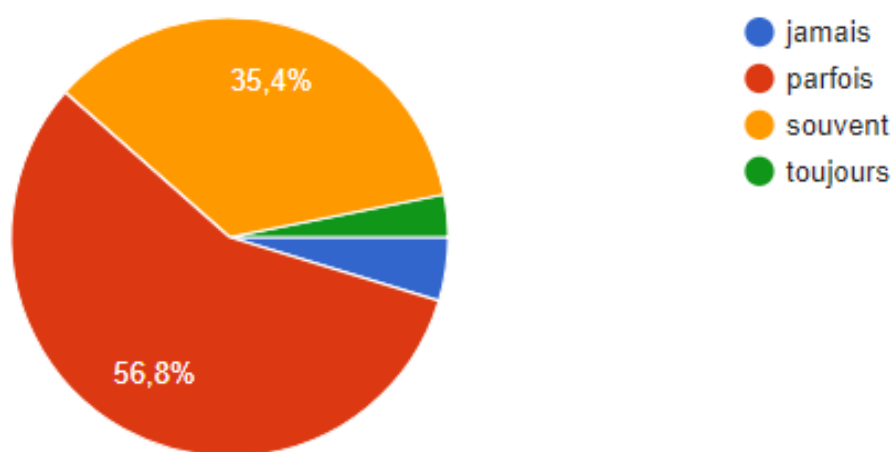
## 2.1.2 Dépistage du mélanome

### a) Informations délivrées aux patients

Parmi les interrogés, 163 (86.24%) affirmaient avoir déjà recherché des lésions cutanées chez leur patient mais seulement 1 répondant sur 163 (0.53%) déclarait rechercher des lésions cutanées à chaque consultation, quel que soit le motif, et 30 (16.93%) estimaient le faire régulièrement. Les facteurs de risque de mélanome étaient globalement peu recherchés (jamais pour 54 répondants (28.57%) et parfois pour 126 répondants (66.67%)).

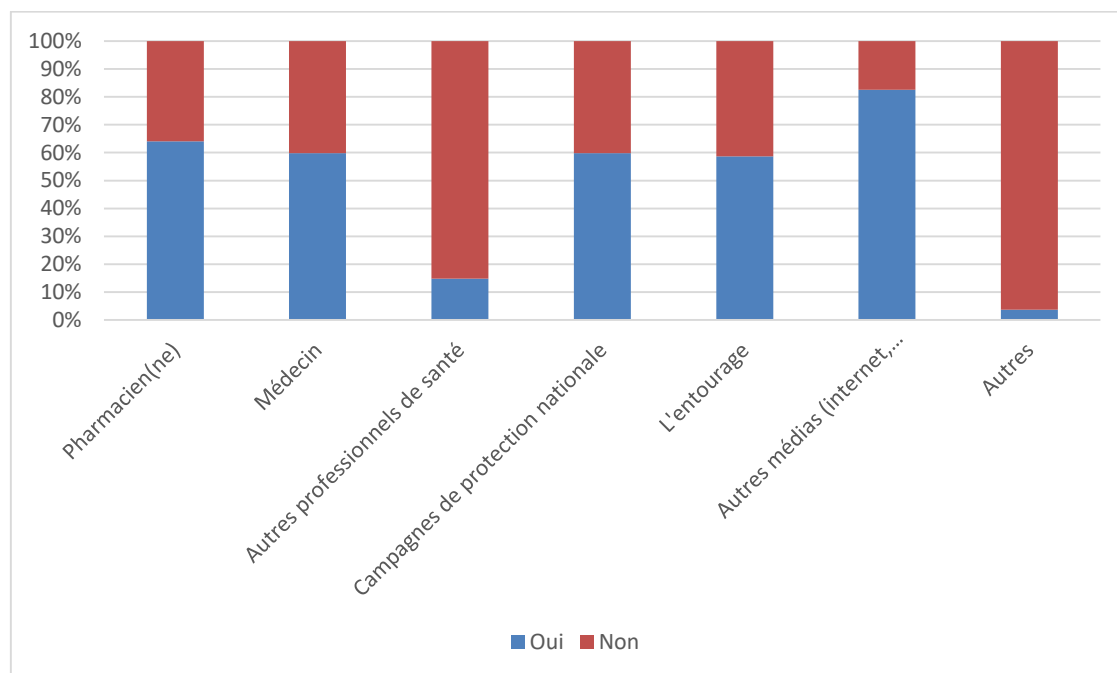
Pour les questions concernant les conseils délivrés par les internes en matière de protection solaire et les moyens d'information quant aux risques liés à l'exposition solaire, les résultats sont rapportés dans les **figures II et III**.

Figure II – conseils donnés concernant la protection solaire



On peut remarquer que la minorité des internes avait répondu « jamais » quant à la fréquence des conseils donnés et que globalement, l'ensemble des interne répondants déclaraient avoir déjà donné des conseils de prévention vis-à-vis de l'exposition solaire.

Figure III – Moyens d'information des patients quant aux risques liés à l'exposition solaire et ses conséquences.



Pour 82.54% (n=156) des internes répondants, le principal support d'information quant à l'exposition solaire était les autres médias (internet, magazines...) 82.54% (n=156). Parmi les réponses les plus fréquentes, on retrouvait également les pharmaciens (64.02% (n=121)). Les facteurs de risque de mélanome devraient figurer dans le dossier de chaque patient pour la majorité des répondants (62.43% plutôt d'accord et 18.52% tout à fait d'accord).

### b) Difficultés de l'examen clinique

En ce qui concerne l'exploration des difficultés de l'examen clinique cutané, on peut remarquer que la grande majorité des répondants (61.37%) était en accord avec cette difficulté ressentie. Les freins à la réalisation d'un examen clinique cutané systématique sont répertoriés dans le **tableau II** (en Annexe).

Parmi les résultats principaux, les items « problème organisationnel » (48.68% tout à fait d'accord et 43.91% plutôt d'accord) et « difficultés d'organisation de la surveillance des nævi » (48,68% plutôt d'accord) étaient ceux qui apparaissaient être les principaux freins à la réalisation d'un examen clinique cutané systématique.

On peut remarquer que majoritairement, les répondants ont considéré que l'item « manque d'intérêt pour le dépistage cutané » n'était pas un frein puisque 50.26% d'entre eux ont répondu plutôt pas d'accord à la question contre 2.12% tout à fait d'accord. De même, ils ne semblaient pas être freinés par l'annonce d'une potentielle mauvaise nouvelle (48.15% plutôt pas d'accord et 42.86% pas du tout d'accord) ni par la peur du regard du dermatologue sur leur pratique (46.56% plutôt pas d'accord).

### **c) Propositions de formations complémentaires**

82% des internes répondants déclaraient que la formation des internes en matière de dépistage des lésions cutanées était insuffisante.

Pour 66% des répondants, les stages chez le praticien ou SASPAS étaient favorables à l'apprentissage du dépistage.

Ils estimaient que la formation en dermatologie pourrait être améliorée par la mise en place de FMC de dermatologie (74.60%), la télé dermatologie (69.84%) et des stages d'observation de dermatologie en milieu libéral (64.55%) (**Figure IV en Annexe**).



## 2.2. Variation des résultats en fonction des paramètres signalétiques

### 2.2.1. Influence du genre des répondants

En ce qui concerne les freins à la réalisation d'un examen clinique cutané systématique, l'item « manque d'intérêt pour le dépistage du mélanome » semblait être le moins important pour les femmes.

Tableau 3 – Réponses variant significativement en fonction du genre

Question posée	Variable	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Total	p
Freins à la réalisation d'un examen clinique cutané systématique : manque d'intérêt pour le dépistage cutané	Hommes	2 (3,63%)	15 (27,27%)	29 (52,73%)	9 (16,36%)	55 (100%)	0,037
	Femmes	2 (1,49%)	20 (14,92%)	66 (49,25%)	46 (34,38%)	134 (100%)	

Pour ce qui est de la formation en dermatologie, bien que les répondants aient majoritairement répondu que les FMC de dermatologie pouvaient améliorer la formation des internes, il semblerait que les femmes aient été plus nombreuses à souhaiter la réalisation de stages d'observation de dermatologie en libéral (femmes 92 (68.65%) vs hommes 25 (45.45%),  $p=0.002$ ).

Parmi les répondants, les femmes semblaient être plus nombreuses à avoir réalisé un stage de dermatologie au cours de leur cursus (femmes 41 (30.59%) vs hommes 8 (14.54%),  $p=0.022$ ).

### 2.2.2. Influence de la réalisation d'un stage en libéral

Le **tableau IV** (en annexe) répertorie l'ensemble des réponses variant significativement en fonction du type de stage libéral réalisé. Les réponses significatives en analyse univariée sont en gras pour en faciliter la lecture.

Pour les répondants ayant réalisé leur **stage chez le praticien**, on peut constater qu'ils se sentaient plus concernés par le dépistage du mélanome que ceux n'ayant pas encore effectué ce stage. Ils étaient significativement plus nombreux à avoir déclaré rechercher des facteurs de risque de cancer cutané chez leur patient et à leur donner des conseils concernant la protection solaire. Pour eux, le stage Praticien ou SASPAS était favorable à l'apprentissage du dépistage des lésions cutanées.

On constate que les répondants ayant réalisé un **stage SASPAS** accordaient significativement moins d'importance à la recherche de facteurs de risque de cancer cutané et accordaient peu d'importance aux conseils donnés concernant la protection solaire.

Il est à noter que ceux ayant réalisé un **stage SAFE** accordaient moins d'importance à la recherche systématique de lésions et éprouvaient plus de difficultés de prise en charge en cas de dépistage positif.

### 2.2.3. Influence de la réalisation d'un DESC

Les répondants ayant réalisé un DESC étaient moins nombreux à envisager l'intégration du dépistage dans leur pratique future (DESC 6 (31.57%) vs non DESC 88 (51.76%) ;  $p=0.00015$ ).

### 2.2.4. Influence de la réalisation d'un stage en dermatologie

On constate que les personnes ayant effectué un stage en dermatologie au cours de leur cursus se sentaient plus concernées par le dépistage du mélanome (61.22% vs 46.49%,  $p=0.050$ ) et étaient plus nombreuses à envisager l'intégration du dépistage du mélanome dans leur pratique future (55.10% vs 47.86% ;  $p=0.0001$ ). En ce qui concerne la formation des internes, ils déclaraient être plus favorables à la mise en place de stage d'observation en milieu libéral (81.63% vs 58.57%,  $p=0.0037$ ) et étaient moins favorables à l'organisation de FMC et de télé expertise. Les résultats sont répertoriés dans le **Tableau V** (en annexe).

# DISCUSSION

## 1. A propos du travail et de la méthode

### 1.1 Originalité et force de ce travail

#### 1.1.1 Choix de la méthode

Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive et transversale. Il est possible que le dispositif autonome de recueil ait permis le bon taux de retour que nous enregistrons (54.94%). Les enquêtes par questionnaire auto-administré retrouvent souvent des taux de retour inférieurs à 20%. (17)

Cela témoigne de l'acceptabilité de notre questionnaire et peut être interprété comme une marque d'intérêt pour le sujet.

Le taux de réponse a également pu être amélioré par les 2 relances par mail réalisées à une semaine d'intervalle.

#### 1.1.2 Thématique

Notre recherche bibliographique n'a pas permis d'identifier d'étude relative à l'intérêt qu'accordait les internes de médecine générale au dépistage du mélanome. Seules des études auprès de médecins généralistes ont été réalisées. Cette originalité fait la force de notre travail.

## 2.2 Limites et biais de la méthode

### 2.2.1 Type d'étude

L'inconvénient des enquêtes d'opinion utilisant des questionnaires auto-administrés est l'exposition à un biais d'auto-sélection et de désirabilité.

Certaines réponses aux questions pouvaient être sur ou sous estimées du fait d'un biais de mémorisation, notamment lorsque l'on interrogeait les internes sur la durée de leur stage en

dermatologie pendant leur cursus et sur la fréquence à laquelle ils effectuaient un examen cutané.

### **2.2.2 Recrutement des internes**

Les internes étaient informés par mail que l'étude concernait le dépistage du mélanome. Ce dispositif de recueil nous a permis d'obtenir un taux de réponse acceptable mais il est probable que ce sont ceux qui se sentaient les plus concernés qui ont répondu.

### **2.2.3 Construction du questionnaire**

Pour augmenter la participation des internes à notre étude et pour faciliter le recueil des données, nous avons réalisé un questionnaire avec une majorité de questions fermées. Il était non chronophage et pouvait être rempli en moins de 4 minutes. Les réponses aux questions se déclinaient sous forme d'échelle à 4 items, ce qui permettait au répondant de situer sa réponse parmi plusieurs niveaux. Trois questions ouvertes à caractère non obligatoire n'ont pas permis d'obtenir de réponses suffisantes pour être interprétées.

### **2.2.4 Recueil des données**

Les données ont été recueillies directement via le logiciel Google Forms puis transférées sur une base Excel, limitant les biais liés à l'enquêteur. Nous avons choisi de coder à posteriori les réponses des internes dans le but de faciliter le recueil de données.

Ce codage a pu être source de biais par erreur de conversion des données en valeur numérique.

### **2.2.5 Période de recueil**

Le recueil s'est étalé sur 15 jours du 28 mai au 11 juin 2018. Nous avons volontairement choisi cette période pour augmenter la faisabilité de notre étude en évitant les mois de vacances d'été pendant lesquels les internes sont souvent absents et sont moins empreints à répondre aux enquêtes. Cependant, les internes effectuant un stage ambulatoire bénéficiaient de peu

de recul sur leur pratique puisque l'enquête a débuté à 1 mois de stage, ce qui a pu influencer leurs réponses.

### **2.2.6 Analyse des données**

Nous devons également restés prudents dans l'analyse de la variation de la réponse en fonction des paramètres signalétiques car certains groupes étaient constitués de faibles effectifs et donc les résultats pourraient souffrir d'un manque de puissance.

## **2. Informations générales sur la population étudiée**

Ce travail est novateur car pour la première fois, à notre connaissance, il est réalisé une enquête évaluant l'intérêt qu'accordent les internes de Médecine Générale au dépistage du mélanome en France. Il a également été évalué une estimation de leur besoin en formation en dermatologie.

Le taux de participation à notre enquête est de 54.94%. Ce chiffre peut sembler faible, néanmoins, les enquêtes réalisées autour de sujets similaires dans la littérature ne bénéficient pas d'un taux de réponses aussi élevé. La proportion de femmes répondeuses (70.90%) était supérieure à celles des IMG d'Angers (65.37%).

La majorité des internes répondants avaient réalisé un stage en ambulatoire de niveau 1 et près d'un tiers d'entre eux avaient complété leur formation ambulatoire par un SASPAS et 10% par un SAFE. On peut supposer que ces derniers aient déjà été confrontés à des lésions cutanées.

Les internes répondants n'ont pas bénéficié de la même formation en dermatologie dans leur cursus, seuls 25.93% d'entre eux ont pu réaliser un stage en dermatologie, la majorité d'entre

eux l'ayant réalisé au cours du 2<sup>ème</sup> cycle. Cet effectif est faible compte-tenu de l'importance que représentent les affections dermatologiques en consultation de Médecine Générale.

### **3. Synthèse et commentaires des principaux résultats**

#### **3.1 Importance accordée au dépistage du mélanome**

La quasi-totalité des internes répondants (92%) disaient se sentir concernés par le dépistage du mélanome dans leur pratique quotidienne et 96.82% envisageaient de l'intégrer dans leur pratique future. D'autres études sont en accord avec ces résultats. (7) Au cours de leur cursus, le dépistage occupe une place prépondérante dans la formation des futurs médecins généralistes.

Si on compare notre étude avec celle réalisée chez des médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais, on constate que les internes étaient plus nombreux à envisager ce dépistage dans leur pratique (96.82% vs 84%). (8) Cette différence peut s'expliquer par la place importante que le dépistage occupe dans la formation d'un interne et d'autant plus depuis la création du DES de médecine générale en 2004. En 2002, la société européenne de médecine générale – médecine de famille (WONCA) décrivait parfaitement les missions de médecin généraliste de premier recours, dont la contribution aux actes de prévention et de dépistage. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. On peut donc penser que les médecins généralistes ayant terminé leur internat après 2004 ont été plus sensibilisés aux actions de dépistage et de prévention.

### 3.2 Messages de prévention

Les principaux résultats révélèrent que seulement 66.67% des internes répondants recherchaient fréquemment des facteurs de risque de mélanome. On peut constater que très peu de messages de prévention étaient délivrés par les internes de médecine générale puisque seuls un tiers d'entre eux les prodiguaient régulièrement. Selon eux, les patients trouvaient majoritairement des informations à ce sujet auprès d'articles médiatiques (magazines féminins et internet) ainsi qu'auprès du pharmacien. Peut-être estiment-ils que ce rôle est majoritairement celui du pharmacien qui est directement exposé à la délivrance de produits de protection solaire. Il serait intéressant d'approfondir la question par des entretiens semi-directifs auprès des internes, mais aussi d'explorer le point de vue des pharmaciens et des patients.

### 3.3 Difficultés et freins à la réalisation de l'examen clinique cutané

La majorité des internes répondants (86.24%) de notre étude avait déjà recherché des lésions cutanées chez leur patient mais seuls 0.53% les recherchaient systématiquement quel que soit le motif de consultation et 16.93% déclaraient le faire souvent.

Ils rapportaient une réelle difficulté face à l'examen clinique cutané. Celle-ci était également évoquée chez des médecins généralistes interrogés lors d'une étude de focus groups en 2012. (9). Plusieurs études montraient que les médecins doutaient de leur capacité à reconnaître les cancers cutanés les plus fréquents. (10) Cette difficulté peut s'expliquer par un manque de formation, de pratique et de confiance pour la réalisation du dépistage des lésions cutanées. Parmi les raisons pouvant freiner les internes à la réalisation d'un examen clinique cutané, on retrouvait principalement les difficultés organisationnelles avec notamment un manque de temps au cours de la consultation. Cette difficulté exprimée par les internes était également

retrouvée dans une étude réalisée chez 72 médecins généralistes dans la région du Cher en 2016. Ils exprimaient un manque de temps pour 40% d'entre eux. (11) Les autres freins exprimés étaient la difficulté d'organisation de la surveillance des nævi et la difficulté de l'examen cutané, ce qui prouve bien qu'il existe un problème organisationnel. Afin de pallier ce problème, on pourrait par exemple envisager la mise en place d'une consultation spécifique annuelle, dédiée au dépistage cutané. On pourrait ainsi réaliser un examen cutané complet chez un patient présentant des FDR de mélanome. Mais les patients accepteraient-ils de revenir en consultation pour ce motif ? Il serait intéressant de réaliser une étude auprès des patients afin d'obtenir leur avis sur ce mode de dépistage (seraient-ils prêts à assister à ce type de consultation ? quels seraient les freins ?)

### **3.4 Evaluation de la formation en dermatologie**

82% des internes répondants estimaient que la formation des internes de médecine générale en matière de dépistage des lésions cutanées était insuffisante. Les internes ayant répondu à notre étude étaient d'ailleurs peu nombreux à avoir effectué un stage en dermatologie hospitalière, que ce soit lors du second cycle (24.34%) ou du 3<sup>ème</sup> cycle (1.59%).

On peut rattacher ce faible effectif au caractère non obligatoire de ces stages et au faible nombre de places proposées. En ce qui concerne la répartition des postes sur le CHU d'Angers pour le semestre d'été de mai 2018 à novembre 2018, 1 poste de dermatologie était attribué aux internes de médecine générale.

Lors d'une enquête réalisée aux Etats-Unis en 2006 sur 659 étudiants en médecine, 23% d'entre eux n'avaient jamais observé d'examen d'une lésion cutanée cancéreuse et 26.7% n'y avaient jamais été formés. Comparativement aux étudiants sans formation, les étudiants qui avaient été formés au moins une fois au dépistage des cancers cutanés étaient 7 fois plus susceptibles de se considérer comme assez ou très qualifiés pour ce dépistage. (12)



De nombreuses études ont évalué l'acquisition des compétences concernant l'examen clinique cutané, dont une étude portant sur 233 étudiants en médecine de Boston. Elle constatait que 52% des étudiants n'avaient pas les compétences pour la réalisation d'un examen clinique cutané, 35% n'en avaient jamais réalisé et 28% n'en avaient jamais vu la pratique au cours de leurs études. (13)

Ces observations démontrent un réel manque de formation des étudiants en médecine pour le dépistage du mélanome et nécessite une amélioration du modèle éducatif des internes de médecine générale. On pourrait par exemple renforcer le lien entre les médecins généralistes et les dermatologues au cours des consultations du stage chez le praticien. Dès que l'interne a une question dermatologique qui lui pose problème, il prend des photographies des lésions et demande un avis à son praticien ou au dermatologue. Il se crée ainsi une banque de données avec des réponses adaptées aux situations, ce qui permet une amélioration des compétences.

### **3.5 Importance accordée au dépistage du mélanome en fonction du profil des répondants**

Les femmes étaient plus nombreuses à se sentir concernées par le dépistage du mélanome que les hommes.

Les internes ayant réalisé un stage chez le praticien se sentaient plus concernées par le dépistage du mélanome, donnaient plus de conseils concernant la protection solaire et recherchaient plus souvent les facteurs de risque. Ils étaient probablement plus exposés aux lésions cutanées et étaient davantage sensibilisés aux messages de prévention lors de leur stage chez le praticien qu'en milieu hospitalier. Le stage chez le praticien étant obligatoire pour l'ensemble des internes de médecine générale, on peut espérer que ces derniers se sentent tous concernés par le dépistage du mélanome une fois le stage réalisé.

Lors du stage SASPAS, les internes consultent en autonomie et débriefent avec le médecin référent à distance. La supervision étant moins importante, il est plus difficile de demander un avis sur une lésion dermatologique lors d'une consultation et donc d'acquérir des compétences pour le dépistage du mélanome. Ceci peut expliquer le fait que les internes ayant réalisé un stage SASPAS accordaient significativement moins d'importance à la recherche de facteurs de risque de cancer cutané et accordaient peu d'importance aux conseils donnés concernant la protection solaire.

Les internes de DESC semblaient tout aussi sensibles au dépistage du mélanome mais prodiguaient moins de messages de prévention. Ceci est vraisemblablement lié au fait qu'ils réalisaient moins de stages ambulatoires que les internes se destinant à une activité de MG en milieu libéral et réalisaient plus de stages hospitaliers, moins propices à l'élaboration de messages de prévention.

Les personnes ayant effectué un SAFE accordaient moins d'importance à la recherche systématique de lésions et éprouvaient plus de difficultés de prise en charge en cas de diagnostic positif. On peut penser que les internes ayant réalisé un SAFE s'orientaient plus vers une pratique axée sur la pédiatrie et la gynécologie pendant ce semestre et prêtaient moins d'attention aux autres dépistages. Il serait intéressant de sensibiliser les internes au dépistage du mélanome lors de ce stage car l'examen gynécologique et pédiatrique se prête plus au déshabillage et donc facilite l'examen des naevi.

Les répondants ayant réalisé un stage de dermatologie se sentaient plus concernés par le dépistage du mélanome que les autres et étaient plus nombreux à envisager d'intégrer le

dépistage dans leur pratique future. Le fait d'avoir réalisé un stage en dermatologie les rendait peut-être plus confiants dans la pratique d'un examen clinique cutané. Ils ont également été plus exposés à des lésions cutanées bénignes et malignes et leurs complications, et ont ainsi pu constater l'importance de réaliser un diagnostic précoce. Ils étaient ainsi plus favorables à la mise en place des stages d'observation en milieu libéral et moins aux FMC. On peut penser que les consultations ambulatoires de dermatologie sont plus adaptées pour l'apprentissage que ne le sont les stages de dermatologie hospitaliers. Les internes étaient plus favorables à de la pratique encadrée.

### **3.6 Perspectives et propositions pour la pratique des internes de médecine générale**

Parmi les pistes de formation suggérées dans notre questionnaire, les internes répondants étaient favorables aux FMC de dermatologie (74.60%), à la télé expertise (69.80%) et aux stages d'observation de dermatologie en milieu libéral (64.55%).

La Formation Médicale Continue (FMC) est destinée aux médecins généralistes afin de veiller à maintenir et à actualiser leurs connaissances, perfectionner leur savoir-faire, développer leur savoir-être et gérer les risques liés à leurs pratiques. Elle regroupe des lectures (revues médicales, recommandations...) et des formations présentiels (congrès, formations en soirée...). A la faculté d'Angers, des formations en soirée sont proposées aux internes de médecine générale régulièrement au cours de l'année. Ces formations semblent appréciées des internes et leur permettent de se tourner vers un mode d'apprentissage en lien avec leur pratique future. On pourrait imaginer la mise en place d'une formation de dermatologie

associant cas cliniques, photographies et dernières recommandations sur le dépistage des lésions cutanées malignes.

La télé dermatologie, quant à elle, consiste à réaliser de la dermatologie à distance, par l'envoi de photos par téléphone ou par ordinateur. La dermatologie étant une discipline visuelle, elle se prête parfaitement bien à ce procédé à travers l'usage de photographies. Face à l'évolution de la démographie médicale actuelle de médecins spécialistes, le développement des techniques de télémédecine représente une solution intéressante. Elle permet de déterminer le degré d'urgence d'une situation et d'orienter rapidement le patient vers la meilleure prise en charge. Elle peut se pratiquer soit en temps réel, sous forme de visio-conférence, soit en différé par la transmission d'images par voie électronique. Des études ont montré que les généralistes amélioreraient leur capacité diagnostique et thérapeutique en raison d'une rétroaction régulière et des interactions avec le dermatologue. Elle leur permet d'obtenir un avis spécialisé rapide et de traiter la dermatose du patient plus rapidement. A plus long terme elle peut leur permettre de se constituer une banque de données iconographiques. Elle peut donc être une forme innovante de formation médicale continue. (14) (15) En Pays de la Loire, un seul système de télé dermatologie a été mis en place avec l'aide du Dr BRISSON, Dermatologue à Challans, et soutenu par l'URPS et l'ARS, permettant à ses confrères généralistes de lui transmettre des photographies et l'histoire clinique du patient. En Sarthe, une étude prospective observationnelle visant à évaluer la fréquence prévisible d'utilisation d'un procédé de télédermatologie par les médecins généralistes installés en ambulatoire en Sarthe a été réalisée en 2018. Les résultats montrent que la totalité des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire utiliserait un dispositif de télédermatologie s'il était mis en place à l'échelle du département, dont 59% plus d'une fois par mois et 45% souhaiteraient la mise en place d'une application smartphone (16) On pourrait ainsi espérer un accroissement

des territoires dotés de la télédermatologie afin de renforcer le lien entre les dermatologues et les médecins généralistes. Cette méthode permettrait aux internes de médecine générale en stage ambulatoire d'adresser des photographies de lésions cutanées au dermatologue et d'améliorer leurs compétences à travers leurs réponses.

Pour ce qui est des stages d'observation en milieu libéral, on pourrait imaginer des demi-journées voire journées entières d'observation chez un dermatologue libéral. Ces demi-journées de stage existent déjà dans le domaine de la psychiatrie. Le département de Médecine Générale à Angers organise des stages de prise en compte de la souffrance psychique se déroulant sous la forme de stages courts de 8 demi-journées par semestre. La validation de ces derniers exige la réalisation de 4 stages.

On pourrait éventuellement se calquer sur ce modèle pour renforcer l'apprentissage de l'examen clinique cutané.

## CONCLUSION

Le mélanome garde une incidence élevée en 2018 et ne cesse de croître. Il s'agit d'une pathologie difficile à traiter lorsqu'elle est diagnostiquée tardivement. La détection précoce du mélanome reste donc un moyen d'agir essentiel. Les médecins généralistes, médecins de premier recours, sont idéalement placés pour le dépistage précoce, l'information et la prévention. Ils ont un rôle de dépistage, d'information et de prévention. Il est donc primordial que les internes de médecine générale soient compétents sur le sujet.

A Angers, la promotion des internes de médecine générale se dit prête à assurer cette fonction de dépistage et à l'intégrer dans sa pratique. Or, ces internes répandent très peu de messages de prévention contre le mélanome et ne recherchent quasiment jamais ses facteurs de risque. Ils estiment que leur formation en dermatologie est insuffisante et souhaiteraient une meilleure interaction avec les dermatologues et la mise en place de programmes d'enseignement centrés sur l'examen clinique cutané, telles que des formations en soirée type FMC, le développement de téléconsultations en dermatologie et de consultations en dermatologie ambulatoire. On pourrait ainsi espérer de meilleures compétences dermatologiques des médecins généralistes dans les années à venir afin d'assurer un dépistage précoce des lésions cutanées.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- INPES Santé Publique France. Mieux prévenir et détecter tôt les cancers de la peau. [Dossier de Presse] ; 2012.
- 2- Réseau Mélanome Ouest. Incidence et mortalité. [Internet] ; 2012.
- 3- Haute Autorité de Santé. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome - Guide du médecin traitant ; 2006.
- 4- E-cancer. Détection précoce des cancers de la peau – Document à l'intention des médecins généralistes. [Internet] ; 2016.
- 5- Exercer. Perceptions par les médecins généralistes de leur rôle dans le diagnostic précoce des patients atteints de mélanome. [Article de revue] ; 2015.
- 6- Avogadro-Leroy S. Les problèmes cutanés en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie. [Thèse d'exercice]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2013.
- 7- Borys MF, Millot C. Quel rôle le médecin généraliste souhaite-t-il avoir dans le dépistage du mélanome? [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé ; 2013.
- 8- Grasset E. Dépistage du mélanome en médecine générale et évaluation du SAMScore par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé ; 2013.
- 9- Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et proposition des généralistes. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2012.
- 10-Offidani A, Simonetti O, Bernardini ML, Alpagut A, Cellini A, Bossi G. General practitioners accuracy in diagnosing skin cancers; 2002: p.127-30.
- 11-Zimmerlé V. Dépistage du mélanome par les médecins généralistes : enquête dans un département à faible densité médicale. [Thèse d'exercice]. Université François-Rabelais (Tours) UFR de médecine ; 2016.
- 12-MOORE, GELLER, ZI ZHANG et al. Skin cancer examination teaching in US medical education. Archives of dermatology (1960) ; 2006 : p.439-444
- 13-WISE E, SINGH D, MOORE M and All. Rates of skin cancer screening and prevention counselling by US medical residents. Archives of Dermatology ; 2009 : p. 1131-1136.
- 14-Akhilesh S, Pathipati, Armstrong W. Teledermatology : Outcomes and Economic Considerations. Department of Dermatology, University of California, Davis United States of America; 2011.

- 15-Dury C, Weillaert B. Évaluation d'un outil type "télé expertise" dermatologique en région annécienne entre novembre 2014 et juillet 2016. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université Grenoble Alpes ; 2017.
- 16-Drouet M. Télédermatologie en Sarthe : Evaluation de la fréquence prévisible d'utilisation d'un dispositif de télédermatologie par les médecins généralistes sarthois. [Thèse d'exercice]. UFR Santé d'Angers ; 2018.
- 17-Robert M. Groves, Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys, Public Opinion Quarterly, Special Issue; 2006: p.646-675
- 18-Attali C, Médioni M, Dubois C, Renard V. Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne. Attitude des praticiens de ville : incertitudes ou réticences ? Exercer 2008 : 83-98-103.
- 19-Azot AA. Prise en charge du psoriasis par les internes de médecine générale et évaluation de leurs besoins en formation en dermatologie. [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7 ; 2016.
- 20-Berton M, Perrinaud A, Samimi M, Delaplace M, Vaillant L, Machet L. Utilité d'une fiche de conseils pour la photoprotection et le dépistage des patients et de leur famille après un diagnostic de mélanome. In Annales de Dermatologie et de Vénéréologie ; 2013 : 407-408.
- 21-Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bon usage des produits de protection solaire - Messages clés. [Internet] ; 2017.
- 22-Bulliard JL, Renato G Panizzon, Fabio Levi. Epidémiologie et prévention du mélanome cutané en Suisse ; 2009.
- 23-Chambe J. Mélanome : comment adapter les recommandations HAS à la formation initiale et continue ? Conception et évaluation d'une formation sur les nouvelles recommandations de l'HAS pour le dépistage précoce du mélanome. [Thèse d'exercice]. Université Louis Pasteur ; 2008.
- 24-DMG Strasbourg. Construire une enquête et un questionnaire. [Blog] ; 7 novembre 2012.
- 25-Curiel-Lewandrowski C, C. Chen S, M. Swetter S. Screening and Prevention Measures for Melanoma: Is there a survival advantage? Current Oncology Reports 14, no 5 ; octobre 2012 : p.458.
- 26-Deltour C. Dépistage et prévention du mélanome : état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards en 2013. [Thèse d'exercice]. Université de Picardie ; 2014.



- 27-Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Densité des médecins par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription. [Internet] ; 2016.
- 28-Institut National du Cancer. Dépliant d'information sur la détection précoce du mélanome. [Internet] ; 2016.
- 29-Dubois M. Campagne d'éducation à l'auto-détection précoce du mélanome basée sur l'image : mise en place et évaluation de l'impact immédiat. [Thèse d'exercice]. Université d'Aix-Marseille II ; 2007.
- 30-El Fakir S, Abda N, Najdi A, Bendahou K, Obtel M, Berraho M & Nejari C. Pratiques des médecins généralistes des centres de santé de la Préfecture de Fès vis-à-vis du dépistage du cancer. *Santé Publique* ; 2013 : p. 685-691.
- 31-Le réseau des registres des cancers Francim, le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, l'Institut de veille sanitaire et l'Institut national du cancer. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 ; Juillet 2013.
- 32-Fernandez J. Influence de l'affiche utilisée en salle d'attente sur la participation à une campagne de dépistage ciblé du mélanome : un essai randomisé. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2014.
- 33- Ganry O, Boche T. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie ? Résultats d'une enquête de type déclarative ; 2004.
- 34-Gay D. Expériences, opinions et attentes des médecins généralistes en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome dans les Alpes-Maritimes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice] ; 2015 : p.142.
- 35-Girardi-Firoloni S-M. Evaluation comparative de plusieurs méthodes d'apprentissage à l'auto-dépistage du mélanome dans la population générale. [Thèse d'exercice]. Université d'Aix-Marseille II ; 2004.
- 36-Grange F, Barbe C, Mas L, Granel-Brocard F, Lipsker D, Aubin F, Velten M. The Role of General Practitioners in Diagnosis of Cutaneous Melanoma: A Population-Based Study in France. *The British Journal of Dermatology* ; 2012 : p. 1351-59.
- 37-Haute Autorité de Santé. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « détection précoce du mélanome cutané » ; 2012.
- 38-Houd S. Prévention et dépistage des cancers de la peau : quelle implication des médecins généralistes dans la pratique de tous les jours ? [Thèse d'exercice]. Université de médecine Angers ; 2015.

- 39-Houssiaux S. Diagnostic et dépistage des tumeurs noires en médecine générale : analyse des besoins. Thèse 3ème cycle Médecine, Limoges ; 2005 : p.137.
- 40-Institut National Du Cancer. La Semaine de prévention et de dépistage des cancers de la peau - Détection précoce des cancers de la peau. [Internet] ; 2017.
- 41-Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Le cancer dans les régions de France ; 2006.
- 42-Le Fur P, Engin Y. Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie : Enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006. Questions d'économie de la santé ; 2008 : n° 134, p 1-8.
- 43-L'huillier G. Diagnostic précoce et prévention du mélanome chez le sujet à risque - Audit de pratique de médecins généralistes lorrains Résultats du 1er tour. [Thèse d'exercice]. Université Henri Poincaré Nancy 1 ; 2009.
- 44-Cancer et environnement. Mélanome cutané et facteurs environnementaux. [Internet].
- 45-Moumein S. Étude pilote d'un dépistage du mélanome en maison de santé pluriprofessionnelle. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2013.
- 46-Oliveria S, Heneghan M, Cushman L, Ughetta E, Halpern A. Skin Cancer Screening by Dermatologists, Family Practitioners, and Internists: Barriers and Facilitating Factors. [Article de revue] ; 2011 : p39-44.
- 47-Stimmesse G. Comment le médecin généraliste s'acquitte de son rôle dans la prévention et le dépistage du mélanome. [Thèse d'exercice]. Université de Rouen ; 2015.
- 48-YAICHE TIBI M, et Université de Paris 12 Val de Marne. Le dépistage précoce en cancérologie cutanée : évaluation des pratiques en médecine générale et analyse des besoins des médecins généralistes du Val de Marne. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Créte ; 2012.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 Répartition des répondants par genre .....	11
Figure 2 conseils donnés concernant la protection solaire .....	13
Figure 3 Moyens d'information des patients quant aux risques liés à l'exposition solaire et ses conséquences. ....	14
Figure 4 Répartition des réponses quant aux propositions de formations complémentaires ..	36

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I Description de la population d'étude.....	11
Tableau II Description qualitative des résultats.....	39
Tableau III Réponses variant significativement en fonction du genre.....	15
Tableau IV Variation des réponses en fonction du stage libéral réalisé.....	40
Tableau V Variation des réponses en fonction de la réalisation d'un stage en dermatologie .	41

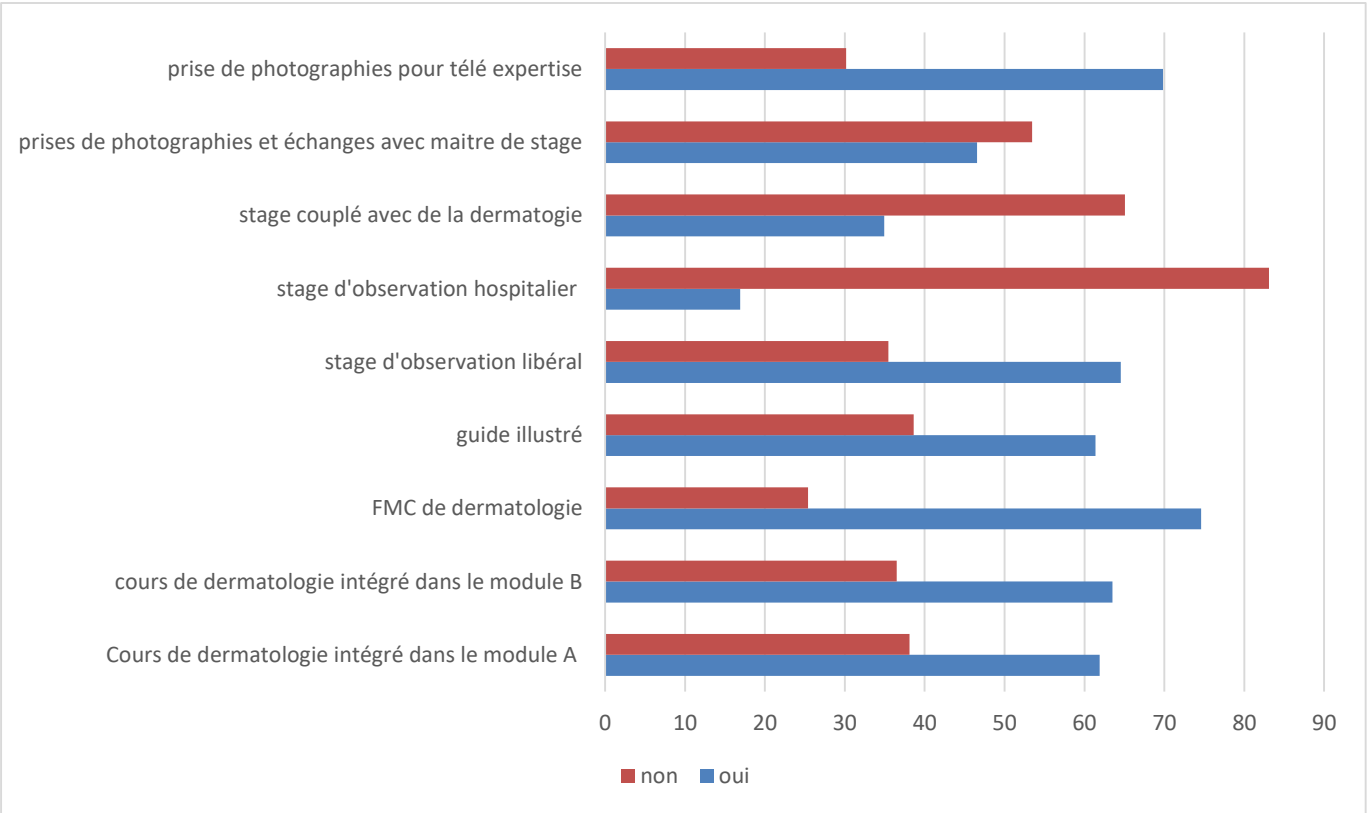
# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>VI</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>MÉTHODE .....</b>	<b>9</b>
1. Type d'étude .....	9
2. Population d'étude.....	9
3. Le questionnaire .....	9
4. Recueil de données.....	9
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>11</b>
1. Population concernée par l'étude .....	11
1.1. Participation à l'étude .....	11
1.2. Caractéristiques des internes de médecine générale .....	11
2. Description des réponses .....	12
2.1. Données générales.....	12
2.1.1. Evaluation de l'importance accordée au dépistage du mélanome.....	12
2.1.2. Dépistage du mélanome .....	13
2.2. Variation des résultats en fonction des paramètres signalétiques .....	15
2.2.1. Influence du genre des répondants.....	15
2.2.2. Influence de la réalisation d'un stage en libéral .....	15
2.2.3. Influence de la réalisation d'un DESC. ....	16
2.2.4. Influence de la réalisation d'un stage en dermatologie .....	16
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>17</b>
1. A propos du travail et de la méthode .....	17
1.1. Originalité et force du travail .....	17
1.1.1. Choix de la méthode .....	17
1.1.2. Thématique .....	17
2.2. Limites et biais de la méthode .....	17
2.2.1. Type d'étude .....	17
2.2.2. Recrutement des internes .....	18
2.2.3. Construction du questionnaire .....	18
2.2.4. Recueil de données.....	18
2.2.5. Période de recueil .....	18
2.2.6. Analyse de données .....	19
2. Informations générales sur la population étudiée .....	19
3. Synthèse et commentaires des résultats .....	20
3.1. Importance accordée au dépistage du mélanome .....	20
3.2. Messages de prévention .....	21
3.3. Evaluation de l'importance accordée au dépistage du mélanome.....	21
3.4. Evaluation de la formation en dermatologie .....	22
3.5. Importance accordée au dépistage du mélanome en fonction du profil des répondants .....	23

3.6. Perspectives et propositions pour la pratique des internes de médecine générale.....	25
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>29</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>33</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>34</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>43</b>

# Liste des Figures

**Figure IV :** Répartition des réponses quant aux propositions de formations complémentaires



## Liste des tableaux

**Tableau I :** Description de la population d'étude

Paramètre	Variable	Modalité	Nombre (%)
Genre		femme	134 (70,90%)
		homme	55 (29,10%)
Diplôme	DESC (tous confondus)	oui	19 (10,05%)
		non	170 (83,07%)
Stages ambulatoires pour le DES de médecine générale	Praticien	oui	136 (71,96%)
		non	13 (6,88%)
		en cours	40 (21,16%)
	Saspas	oui	31 (16,40%)
		non	135 (71.43)
		en cours	23 (12.17%)
	Safe	oui	17 (8,99%)
		non	164 (87,30%)
		en cours	8 (4,23%)
Formation en dermatologie	stage de dermatologie	oui	49 (25,93%)
		non	140 (74,07%)



**Tableau II** : description qualitative des résultats – (Pour en faciliter la lecture, sont indiqués en caractère gras les résultats retenus comme pertinents)


		<b>pas du tout d'accord</b>	<b>plutôt pas d'accord</b>	<b>plutôt d'accord</b>	<b>tout à fait d'accord</b>
Problème organisationnel		3 (1,59%)	11 (5,82%)	83 (43,91%)	<b>92 (48,68%)</b>
Difficultés relationnelles avec le patient		23 (14,17%)	77 (40,74%)	61 (32,27%)	28 (14,81%)
Difficultés de l'examen clinique cutané		3 (1,59%)	61 (32,27%)	63(33,33%)	48 (25,40%)
Manque d'intérêt pour le dépistage cutané		55 (29,10%)	<b>95 (50,26%)</b>	35 (18,51%)	4 (2,12%)
Difficultés d'obtention d'un rendez-vous avec le dermatologue		32 (16,93%)	45 (23,80%)	67 (36%)	45 (23,81%)
Peur du regard du dermatologue sur ma pratique		66 (34,92%)	<b>88 (46,56%)</b>	31 (16,40%)	4 (2,12%)
Difficulté d'annonce d'une potentielle mauvaise nouvelle		81 (42,86%)	<b>94 (48,15%)</b>	14 (7,41%)	3 (1,59%)
Difficulté d'organisation de la surveillance des naevi		19 (10,05%)	57 (30,69%)	<b>92 (48,68%)</b>	21 (11,11%)

**Tableau IV** – Variation des réponses en fonction du stage libéral réalisé

	Praticien	SASPAS	SAFE
Genre	Hommes	Femmes	Femmes
Se sentir concerné par le dépistage	+	-	-
Le dépistage relève du rôle du médecin généraliste	NS	NS	-
Intégrer le dépistage du mélanome dans la pratique future	-	NS	NS
Recherche de lésions cutanées déjà réalisée	+	+	+
Recherche systématique de lésions cutanées	+	+	-
Recherche de FDR de cancer cutané	+	-	-
Donne de conseils concernant la protection solaire	+	-	NS
Intermédiaire principal informant les patients sur les risques de l'exposition solaire	Autres médias	Pharmacien	Autres
Faire figurer les FDR de mélanome dans le dossier du patient	-	-	-
Réalisation d'un examen clinique cutané difficile	+	+	-
Freins à la réalisation d'un examen clinique cutané systématique	Problème organisationnel	Difficulté de l'examen cutané	Difficulté de l'examen cutané
Difficulté de prise en charge en cas de dépistage positif	-	-	+
Formation des internes pour le dépistage des lésions cutanées suffisante	-	+	NS
Stage praticien/SASPAS favorable à l'apprentissage du dépistage des lésions cutanées	+	+	NS
Propositions pour améliorer la formation en dermatologie	FMC	Télé expertise	Télé expertise

Légende : NS = non significatif

+ ; - : importance accordée par le répondant en fonction du type de stage réalisé par rapport aux personnes ne l'ayant pas réalisé.

 : éléments significatifs en analyse univariée en fonction du stage réalisé









**Tableau V** – Variation des réponses en fonction de la réalisation d'un stage en dermatologie

Question posée	variable	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Vides	Total	P
<b>Se sentir concerné par le dépistage</b>	Stage effectué	30 61,22%	17 34,69%	1 2%	1 2%	0 0%	49 100%	<b>0.0500</b>
	Stage non effectué	65 46,43%	62 44,28%	13 1,28%	0 0%	0 0%	140 100%	
<b>Intégrer le dépistage du mélanome dans la pratique future</b>	Stage effectué	27 55,10%	21 42,86%	1 2μ%	0 0%	0 0 %	49 100%	<b>0.0001</b>
	Stage non effectué	67 47,86%	68 48,57%	1 0,71%	0 0%	4 2,85%	140 100%	

Question posée	variable	Oui	Non	Total	P
<b>Formation via un stage en médecine libéral</b>	Stage effectué	40 81,63%	9 18,37%	49 100%	<b>0.0037</b>
	Stage non effectué	82 58,37%	58 41,14%	140 100%	

## ANNEXES

### **Annexe 1** : Dépliant d'information sur la détection précoce du mélanome - E-cancer.fr

IMAGE NORMALE	IMAGE SUSPECTE	
		<b>A comme Asymétrie</b> Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale, dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour du centre.
		<b>B comme Bords irréguliers</b> Bords dentelés, mal délimités.
		<b>C comme Couleur non homogène</b> Présence de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc).
		<b>D comme Diamètre en augmentation</b> En général supérieur à 6 mm.
		<b>E comme Évolution</b> Toute tache pigmentée qui change d'aspect rapidement (forme, taille, épaisseur, couleur) est un signe d'alerte.
		<b>+ Principe du « vilain petit canard »</b> Il s'agit d'un grain de beauté ou d'une tache qui se démarque des autres.

## **Annexe 2 – Questionnaire**

Aude LE COQ – Interne de Médecine Générale

Questionnaire à l'intention des internes de médecine générale ayant effectué un semestre complet en ambulatoire.

Sujet : Quelle importance les internes de médecine générale accordent-ils au dépistage du mélanome ?

- 
- 1- Vous vous sentez concerné par le dépistage du mélanome dans votre pratique quotidienne :
    - Tout à fait d'accord
    - Plutôt d'accord
    - Plutôt pas d'accord
    - Pas du tout d'accord
  
  - 2- Le dépistage du mélanome relève du rôle du médecin généraliste :
    - Tout à fait d'accord
    - Plutôt d'accord
    - Plutôt pas d'accord
    - Pas du tout d'accord

Si l'une des 2 dernières cases cochées, pourquoi ? \_\_\_\_\_

- 3- Vous envisagez d'intégrer le dépistage du mélanome dans votre pratique future :
  - Tout à fait d'accord
  - Plutôt d'accord
  - Plutôt pas d'accord
  - Pas du tout d'accord

- 4- Vous est-il déjà arrivé de rechercher des lésions cutanées chez vos patients ?
  - Oui
  - Non

Si non, passez directement à la question 6.

- 5- Vous recherchez des lésions cutanées chez vos patients quel que soit le motif de consultation :
  - Jamais
  - Parfois
  - Souvent
  - Toujours
- 6- Vous recherchez des facteurs de risque de cancers cutanés chez les patients que vous rencontrez :
  - Jamais
  - Parfois
  - Souvent
  - Toujours
- 7- *Vous donnez des conseils à vos patients concernant la protection solaire (application de crème solaire, indices solaires, heures d'exposition ...) :*
  - Jamais
  - Parfois
  - Souvent
  - Toujours

- 8- D'après vous, par quel intermédiaire principal les patients s'informent-ils concernant les risques liés à l'exposition solaire et ses conséquences ? (En choisir 3)

○

	Oui	Non
1- Pharmacien(ne)		
2- Médecin		
3- Autres professionnel de santé		
4- Campagnes de protection nationales		
5- L'entourage		
6- Autres medias (internet, magazines féminins)		
7- Autres		

Autres, préciser : \_\_\_\_\_

- 9- Selon vous, les facteurs de risque de mélanome devraient figurer dans le dossier de chaque patient :
  - Tout à fait d'accord
  - Plutôt d'accord
  - Plutôt pas d'accord
  - Pas du tout d'accord
  
- 10- Réaliser un examen clinique cutané chez un patient est pour vous difficile :
  - Tout à fait d'accord
  - Plutôt d'accord
  - Plutôt pas d'accord
  - Pas du tout d'accord

- 11- Quelles sont les raisons qui peuvent vous freiner dans la réalisation d'un examen clinique cutané systématique ? (Cocher la case de votre choix)



	pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
Problème organisationnel (temps de consultation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés relationnelles avec le patient (1ère rencontre avec le patient, pudeur ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés de l'examen cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'intérêt pour le dépistage cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés d'obtention d'un rendez-vous avec un dermatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur du regard du dermatologue sur ma pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté d'annonce d'une potentielle mauvaise nouvelle au patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté d'organisation de la surveillance des naevi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 12- Vous rencontrez des difficultés pour la prise en charge du patient en cas de dépistage positif :
- Tout à fait d'accord
  - Plutôt d'accord
  - Plutôt pas d'accord
  - Pas du tout d'accord



Laquelle en priorité ? (Accessible quand l'une des 2 premières cases est cochée)

- Difficultés de supervision d'une lésion cutanée par le maitre de stage universitaire
- Difficultés d'accès rapide au dermatologue
- Difficultés d'annonce d'un éventuel mélanome
- Autres, préciser \_\_\_\_\_

➤ 13- Pour vous, la formation des internes pour le dépistage des lésions cutanées est suffisante :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

➤ 14- Le stage chez le praticien et/ou SASPAS est un terrain de stage favorable à l'apprentissage du dépistage des lésions cutanées :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

- 15- La formation des internes de médecine générale en dermatologie pourrait être améliorée par (en choisir trois) :

	Oui	Non
Cours de dermatologie inclus dans le module A		
Séances autour de la dermatologie incluses dans le module B		
FMC de dermatologie organisée par et/ou pour les médecins généralistes et ouverte aux internes		
Elaboration d'un guide illustré sur le dépistage du mélanome à l'intention des internes		
Stages d'observations de dermatologie en consultation		
Stages d'observations de dermatologie en hospitalier		
Création de stages couplés avec 3 mois de dermatologie		
Prise de photographies (en accord avec le patient) en cours de consultation pour échanger avec le maître de stage		
Prise de photographies (en accord avec le patient) pour télé expertise par un dermatologue		

- 16- Vous êtes :
- Un homme
  - Une femme
- 17- Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_

➤ 18- Vous avez effectué votre stage :

	non effectué	effectué	en cours
Praticien niveau 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SASPAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SAFE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➤ 19- Vous réalisez un DESC (urgences, gériatrie, soins palliatifs... ?)

- ☐ Oui
- ☐ Non

➤ 20- Avez-vous réalisé un stage en dermatologie au cours de votre cursus ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, au cours de quel cycle ?

- ☐ 1er cycle
- ☐ 2ème cycle
- ☐ 3ème cycle

Dans quelle faculté ? \_\_\_\_\_

Quelle était la durée de ce stage ? (En semaines) \_\_\_\_\_

➤ 21- Votre planning (temps de consultation, nombre de patients) vous permet d'accorder du temps au dépistage du mélanome :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

## LE COQ Aude

### Quel intérêt les internes de médecine générale accordent-ils au dépistage du mélanome ?

#### RÉSUMÉ

**Objectif :** L'incidence du mélanome croît depuis plusieurs années, il se situe au 9<sup>ème</sup> rang des cancers tous sexes confondus. Le taux de survie à 5 ans étant d'environ 15% pour les stades métastatiques, le dépistage précoce représente un moyen d'agir essentiel. Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer l'importance accordée par les internes de médecine générale au dépistage du mélanome. Elle avait pour objectifs secondaires d'analyser les freins à la réalisation de l'examen, de la prévention et les moyens de formation complémentaires en dermatologie selon le profil des internes répondants.

**Méthode :** Etude quantitative descriptive et transversale auprès de l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté d'Angers inscrits pendant le semestre d'été 2018 réalisée par questionnaires auto-administrés envoyés par mail avec deux relances. Le questionnaire a été réalisé sur Google Forms à partir de la bibliographie et comprenait 20 questions explorant le degré d'implication des internes de MG dans le dépistage du mélanome, les messages de prévention délivrés, les freins à la réalisation du dépistage, les propositions de formation complémentaire en dermatologie et les caractéristiques de la population étudiée.

**Résultats et Discussion :** 189 internes ont été inclus avec une moyenne d'âge de 26 ans, 70% de femmes, 72 % d'internes ayant réalisé leur stage chez le praticien niveau 1, 16% en SASPAS et 9% en SAFE, 26% avaient déjà réalisé un stage en dermatologie au cours de leur cursus. 92% se disaient concernés par le dépistage du mélanome et 96.82% envisageaient de l'intégrer dans leur pratique future. La prévention liée à l'exposition solaire était prodiguée par seulement un tiers d'entre eux. 86.24% des internes avaient déjà recherché des lésions cutanées chez leur patient mais seulement 66.67% recherchaient fréquemment des facteurs de risque. 82% des internes estimaient que leur formation en dermatologie était insuffisante et étaient demandeur d'un apprentissage de l'examen clinique cutané. Ils suggéraient une amélioration de leur formation grâce à la mise en place de FMC, de téléconsultations et de stages ambulatoires en dermatologie. Les internes ayant réalisé un stage chez le praticien niveau 1 et/ou ayant réalisé un stage en dermatologie au cours de leur cursus portaient plus d'intérêt au dépistage du mélanome.

**Conclusion :** Les internes de médecine générale portent beaucoup d'intérêt au dépistage du mélanome mais présentent des difficultés à l'examen clinique cutané pouvant les freiner dans leur pratique, notamment du fait d'un manque de formation qu'ils souhaiteraient combler.

**Mots-clés :** mélanome, dépistage, médecine générale, interne

## What interest general medical interns are giving to melanoma screening?

### ABSTRACT

**Goal:** The impact of melanoma has been increasing for several years, ranking 9th among all genders' cancers. 5 years survival rate is about 15% for metastatic stages, early detection is an essential way to act. The main objective of our study was to evaluate the importance given by general medical interns to melanoma screening. Its secondary objectives were to analyze obstacles to the exam, prevention and the means of complementary training in dermatology responding to the respondent interns' profile.

**Method:** a descriptive and transversal quantitative study conducted on all general medical interns of Angers' university enrolled during the 2018 summer semester conducted by self-administered questionnaires sent by email with two follow-ups. The questionnaire was conducted on Google Form from the bibliography and included 20 questions exploring the involvement degree of general medical interns for melanoma screening, prevention messages issued, screening's obstacles, complementary training proposals in dermatology and the characteristics of the studied population.

**Results and discussion:** 189 general medical interns have been included with an average age of 26 years old, 70% of women, 72% of the interns did their traineeship with a practitioner level 1, 16% in SASPAS and 9% in SAFE, 26% already performed a dermatology traineeship during their university course. 92% were feeling involved concerning melanoma screening in their daily practice, and 96.82% were considering including melanoma screening in their future practice. Prevention related to sun exposure was provided by only one-third of them. 86.24% of interns had previously searched for skin lesions on their patient, but only 66.67% were frequently looking for risk factors. 82% of the interns felt that their training in dermatology was inadequate and required a skin clinical examination learning. They suggested an improvement of their training thanks to the establishment of FMC, teleconsultations and ambulatory internship in dermatology. It shows that the medical general interns who did their traineeship with a practitioner level 1 and/or performed a traineeship in dermatology during their university course were more interested in melanoma screening.

**Conclusion:** General medical interns are having a great interest in melanoma screening, however, there are experiencing difficulties concerning skin clinical examination which can slow them down in their practice, particularly due to the lack of information they wish to fill in.

**Keywords :** melanoma, screening, general medicine, intern