

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 10

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine générale

Par

Sophie CLOUET

Née le 2 février 1984 à Séoul

et

Christelle RIVIERE-VANNIER

Née le 29 septembre 1983 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le 6 mars 2012

**Protection solaire et auto-examen cutané : impact d'une
action de prévention ciblée sur des patients à risque de
mélanome consultant en médecine générale.**

Président du jury :	Madame le Professeur B. DRENO
Membres du jury :	Monsieur le Professeur M. HAMIDOU Monsieur le Professeur R. SENAND Monsieur le Docteur J-M NGUYEN
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur C. RAT

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

AVANT PROPOS

Pourquoi une thèse à deux ?

Initialement nous étions toutes les deux intéressées par ce sujet concernant la prévention et le dépistage précoce du mélanome, puis le Docteur Cédric Rat nous a proposé de travailler ensemble. Nous pourrions réaliser ainsi un travail plus complet et de plus grande envergure.

En effet, nous avons pu inclure dans notre étude un plus grand nombre de patients (173 au total) que nous avons appelés nous-mêmes cinq mois plus tard afin de mesurer l'impact de la campagne.

Nous nous sommes concentrées ensuite chacune sur des parties différentes et nous avons regroupé le travail effectué. Chacune a pu apporter ainsi ses compétences.

Le travail en équipe nous a aussi permis d'élargir la bibliographie et d'avoir ainsi plus de ressources.

Ce fut une expérience très enrichissante.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION GENERALE	6
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	7
1. Epidémiologie.....	7
1.1. Incidence.....	7
1.2. Mortalité	10
1.3. Répartition selon l'âge et le sexe	11
2. Facteurs de risque	12
3. Classification anatomo-clinique du mélanome	14
4. Marqueurs pronostiques histologiques	16
4.1. Indice de Breslow	16
4.2. Indice de Clark	17
4.3. L'ulcération.....	17
5. Prévention	18
5.1. Prévention primaire	18
5.2. Prévention secondaire.....	18
6. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie de diagnostic précoce du mélanome en France	22
7. Revue de la littérature des campagnes de prévention du mélanome	23
7.1. Les campagnes dans les médias grand public	23
7.2. Les programmes d'éducation	25
7.3. Les unités mobiles de prévention et de dépistage précoce.....	30

DEUXIEME PARTIE : CONCEPTS ET OUTILS DE L'ETUDE	32
1. L'apport des sciences psychocomportementales	32
1.1. Le modèle des croyances relatives à la santé : Health Belief Model	32
1.2. La théorie sociale cognitive	33
1.3. La théorie de l'action raisonnée	34
1.4. La théorie des comportements interpersonnels	35
1.5. La théorie du comportement planifié	36
2. Le SAM Score	37
3. Etude COPARIME	38
TROISIEME PARTIE : ARTICLE	39
1. Introduction	39
2. Méthode	40
3. Résultats	45
4. Discussion	47
CONCLUSION	51
REFERENCES DE L'ARTICLE.....	52
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	64

LISTE DES ABREVIATIONS

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

COPARIME : COhorte de PATients à RIsque de MElanome

HAS : Haute Autorité de Santé

HBM : Health Belief Model

IC : Intervalle de Confiance

INCa : Institut National du Cancer

MG : Médecin Généraliste

OR: Odds Ratio

RR: Risque Relatif

SAM Score: Self-Assessment of Melanoma risk Score

UV : Ultra-Violet

INTRODUCTION GENERALE

Le mélanome est le cancer dont l'incidence a le plus augmenté dans le monde. Son nombre a doublé en 10 ans atteignant aujourd'hui presque 200 000 nouveaux cas par an. En France, même si ce type de cancer cutané n'est pas aussi fréquent qu'en Australie ou en Nouvelle-Zélande, la situation est préoccupante puisqu'on compte plus de 1500 décès par an.

Pourtant le mélanome pourrait être considéré comme le cancer le plus « facile » à dépister puisqu'il est visible à l'œil nu ! Il peut être repéré par les médecins grâce à un simple examen cutané mais il est aussi accessible par les patients eux-mêmes. De plus un diagnostic précoce est primordial car le pronostic est directement dépendant de l'épaisseur de la tumeur. Un mélanome ayant un indice de Breslow faible a un excellent pronostic : la guérison est obtenue au prix d'une simple cicatrice. Au contraire, un mélanome découvert à un stade métastatique est de très mauvais pronostic : peu de traitements sont aujourd'hui efficaces même si de nombreux progrès ont été faits à ce niveau.

Le médecin généraliste a une place majeure dans la prévention du mélanome, en prévention primaire en délivrant des conseils de photo-protection, mais aussi en prévention secondaire en réalisant des examens cutanés complets et en encourageant l'auto-examen.

La possibilité de réaliser un dépistage systématique de toute la population a été jugée irréalisable du fait d'un rapport coût-efficacité trop important. Les chercheurs et décideurs évoquent dès lors la nécessité d'un dépistage ciblé, qui suppose d'identifier les patients à risque de mélanome.

De nombreuses campagnes de prévention ont déjà été réalisées mais elles sont souvent peu efficaces. Notre étude tente de montrer qu'une information ciblée délivrée par le médecin généraliste entraîne plus de modifications de comportement qu'une campagne de prévention grand public. Elle permet aussi de voir si ce type de prévention ciblée est réalisable en médecine générale.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1. Epidémiologie

Le mélanome représente un problème de santé publique : son incidence augmente depuis les vingt dernières années ; et sa létalité est importante en cas de prise en charge tardive de la lésion initiale.

1.1. Incidence

1.1.1. Dans le monde

En 2008 on estimait à 199 627 le nombre de nouveaux cas de mélanome dans le monde (2). Cette incidence augmenterait annuellement de 3 à 7% pour les populations caucasiennes (1).

De grandes différences d'incidence sont observées en fonction de la latitude (exposition au soleil) et des caractéristiques ethniques des populations (3).

Les taux les plus forts sont observés en Australie, Nouvelle-Zélande, Polynésie et Hawaii. L'Afrique et l'Asie présentent des taux très faibles, et l'Amérique du Nord et l'Europe du Nord des valeurs intermédiaires (4).

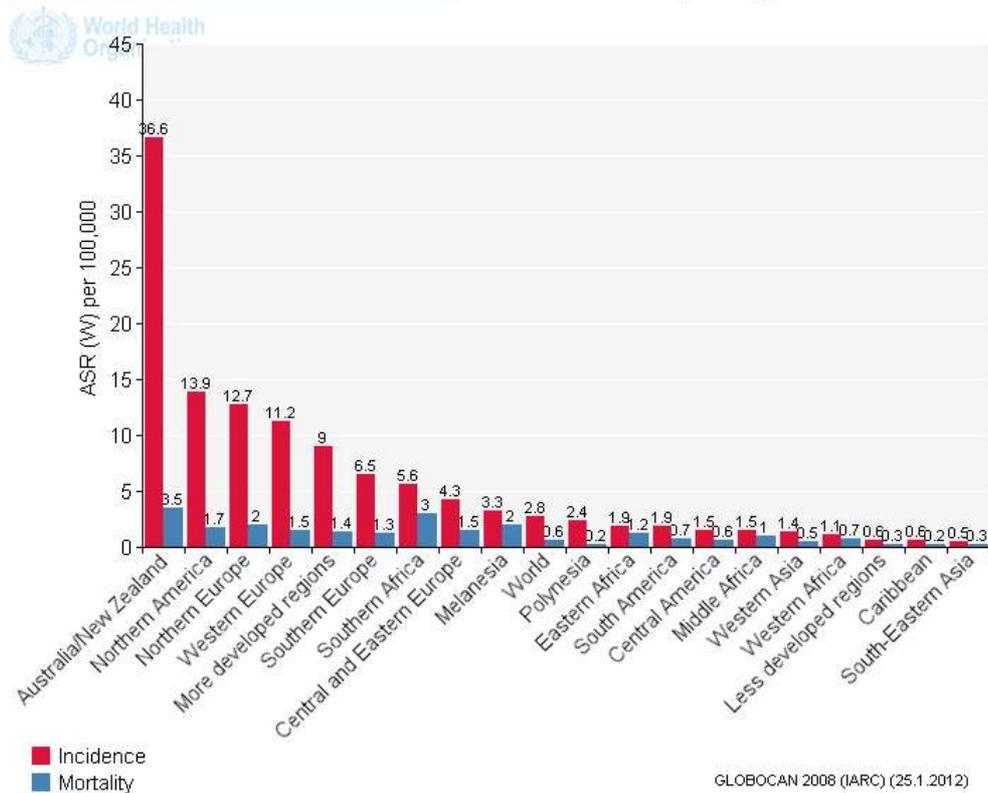


Figure 1 : Incidence et mortalité du mélanome dans le monde. GLOBOCAN 2008 (2)

1.1.2. En Europe

L'incidence moyenne est de 5 à 10 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants (5). Cependant, il existe un gradient nord-sud avec une incidence dépassant 20 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants en Norvège, en Suède et au Danemark, alors que l'incidence ne dépasse pas 5 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants en Grèce, en Roumanie ou au Portugal (6). Depuis les années 1950, l'incidence du mélanome a fortement augmenté dans tous les pays d'Europe. L'augmentation a été maximale dans les pays du nord. Ainsi, entre 1953 et 1997, l'incidence du mélanome a été multipliée par 10 chez les hommes et par 13 chez les femmes en Norvège, et par 9 chez les hommes en Finlande (5).

Cette augmentation, très rapide dans les années 1950, s'est ralentie à partir des années 1980, notamment dans les classes d'âge jeunes et moyennes. L'augmentation a été plus faible et plus tardive en Europe de l'Ouest et plus encore dans les pays de l'Est et du Sud. Ainsi, une étude récente en Italie du Nord rapportait un doublement de l'incidence chez l'homme et une augmentation de près de 50 % chez la femme entre les périodes 1986-1991 et 1992-1997 (7).

La figure 2 montre les disparités géographiques des taux d'incidence en Europe. Globalement, il existe deux gradients géographiques : l'un orienté nord-sud, l'autre ouest-est. Les taux d'incidence sont maximaux dans les pays scandinaves (Norvège) et minimaux dans les pays méditerranéens (Grèce) et en Europe de l'Est.

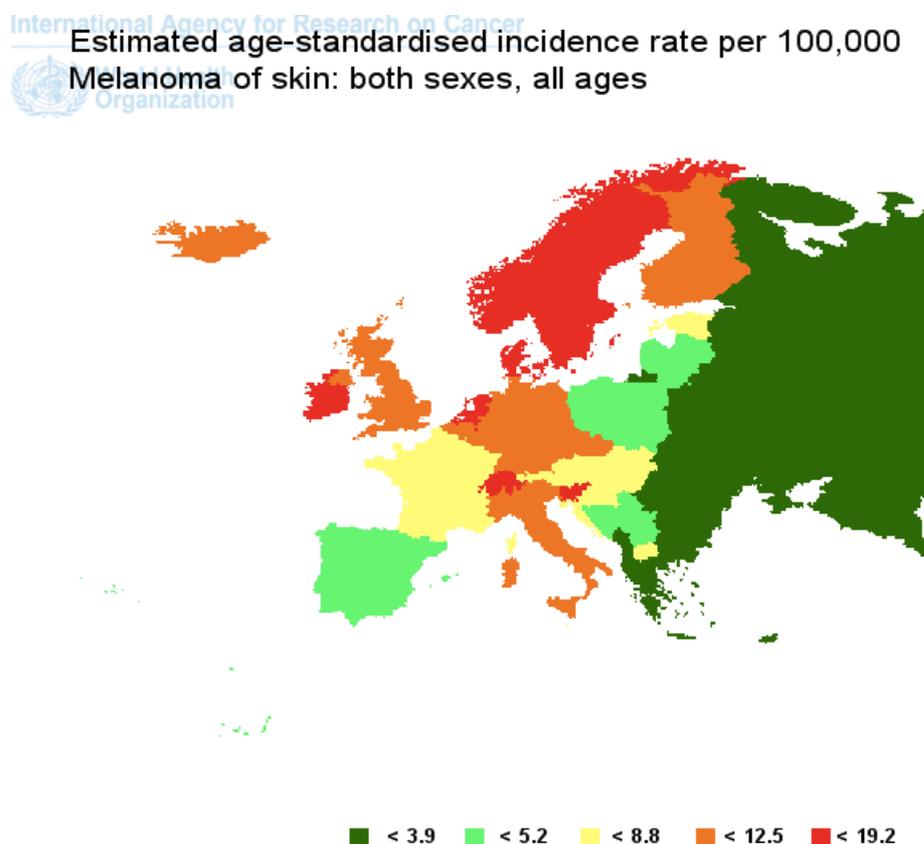


Figure 2 : Taux d'incidence estimés en Europe. GLOBOCAN 2008 (2)

1.1.3. En France

En France, le mélanome se situe au neuvième rang en terme de fréquence chez la femme et au treizième rang chez l'homme par rapport aux 23 autres cancers référencés dans les études épidémiologiques. Le nombre de nouveaux cas a été estimé en 2000 à 7231 : 42% chez l'homme et 58% chez la femme (8). Cependant, l'intervalle de confiance à 95 % est large : 6132 à 8330 cas, car cette estimation est fondée sur des registres ne couvrant qu'une partie de la population française. Le taux d'incidence est de 9,5 cas/an pour 100 000 personnes chez la femme, et 7,6 chez l'homme.

En France, on retrouve un gradient Nord Sud avec une incidence plus importante en Bretagne, Pays de la Loire, Basse Normandie et Alsace. Les taux les plus faibles sont

observés en Corse. Ceci reflète probablement l'importance du phototype, avec une incidence plus importante dans les populations nordiques à peau claire que dans les populations du sud à peau pigmentée.

Le mélanome est aussi le cancer dont l'incidence augmente le plus en France. Le nombre de nouveaux cas est passé entre 1980 et 2000 de 777 à 3066 chez l'homme et de 1476 à 4165 chez la femme, soit une augmentation de 5,9% par an chez les hommes, et 4,3% par an chez les femmes (8). L'incidence par projection en 2010 était estimée à 3873 cas pour les hommes et 4282 cas pour les femmes, soit 8155 cas tous sexes confondus (9). En 2011, elle était estimée à 9780 cas (10).

1.2. Mortalité

Le mélanome est responsable en France d'environ 1500 décès par an, 47% survenant avant 65 ans. Entre 1980 et 2000, le nombre de décès est passé de 318 à 704 chez les hommes et de 348 à 660 chez les femmes, soit une augmentation selon un taux annuel moyen de +2,86% chez l'homme et de +2,19% chez la femme.

On observe une évolution dissociée entre l'incidence croissante et la mortalité modérée, ce qui témoignerait d'une augmentation des diagnostics de mélanome à faible épaisseur et d'une stabilisation de ceux plus épais (11).

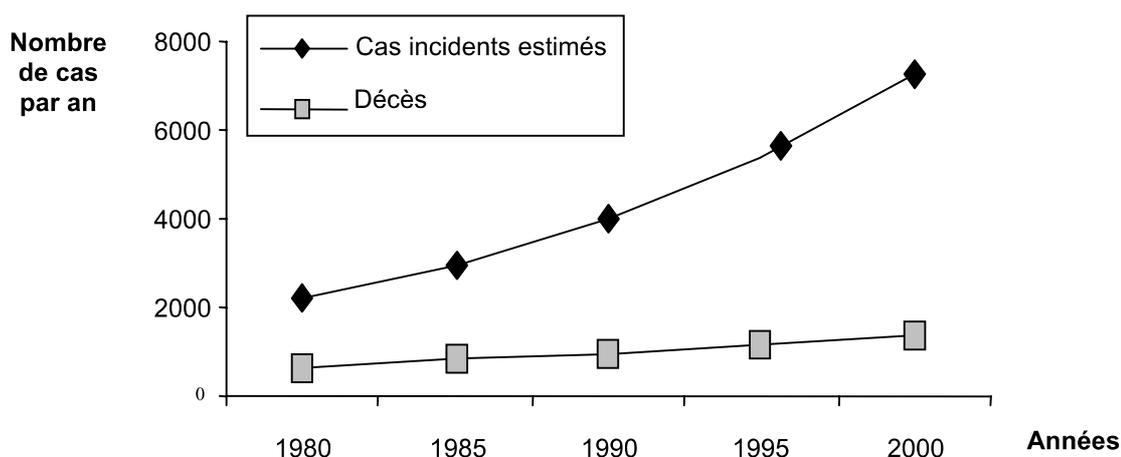


Figure 3 : Evolution comparative de la mortalité liée au mélanome et du nombre de cas incidents de mélanomes estimés entre 1980 et 2000, d'après Remontet et al. 2003 (12)

1.3. Répartition selon l'âge et le sexe

Les taux d'incidence augmentent avec l'âge à partir de la puberté. Le mélanome est exceptionnel chez l'enfant. En 2000, l'âge médian lors du diagnostic était de 58 ans chez l'homme et de 56 ans chez la femme. Ces taux prédominent chez la femme jusqu'à 65 ans puis chez l'homme au delà de 65 ans (11). Le taux de mortalité est plus important chez les hommes probablement car ils sont moins vigilants et consultent plus tard pour des lésions cutanées.

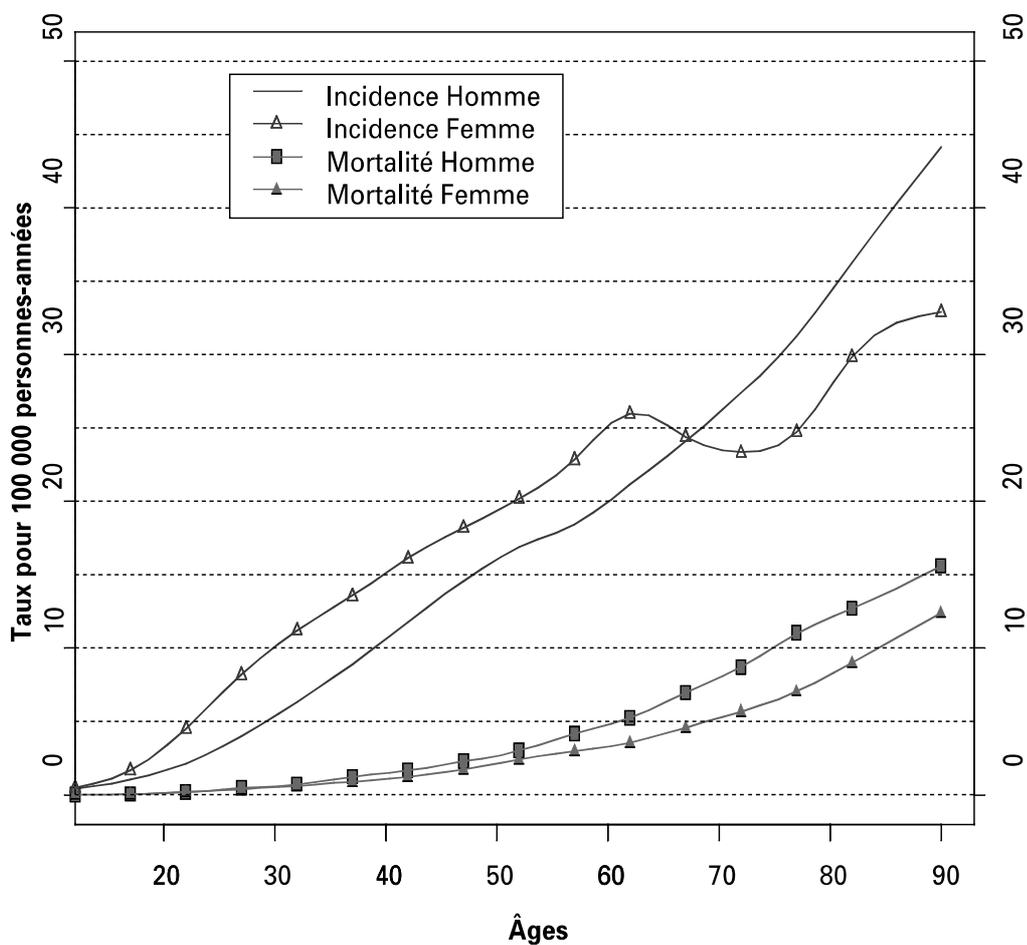


Figure 4 : Taux d'incidence et de mortalité en fonction de l'âge, France, 2000 d'après Remontet et al (12)

2. Facteurs de risque

Les données récentes de la littérature permettent d'identifier les facteurs de risques de mélanome suivants (13) (14) (15) :

- Le nombre de nævi : le risque des sujets ayant un nombre élevé de nævi (>100) est au moins 6 fois plus élevé que celui des sujets ayant peu de nævi (< 15), (risque relatif = 6,9 ; IC 95% : 4,6-10,2).
- La présence de nævi atypiques : Ce sont des nævi ayant une composante maculeuse sur au moins une zone, en association à 3 des critères suivants : bordures mal définies, taille supérieure ou égale à 5 mm, polychromie, contours irréguliers, présence d'un érythème (16). Les sujets ayant cinq nævi atypiques ont un risque 10 fois plus important que ceux qui n'en ont pas, (risque relatif = 10,5 ; IC 95% : 5,0-21,8).
- Les phototypes I ou II de Fitzpatrick : le risque relatif d'avoir un mélanome chez les sujets de phototype I versus IV est de 2,1 (IC 95% : 1,8-2,4) et pour les phototypes II versus IV de 1,8 (IC 95% : 1,4-2,4).

Phototype I	Peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts	Brûle facilement, ne bronze jamais
Phototype II	Peau claire, cheveux blonds roux à châtain, yeux verts/bruns	Brûle facilement, bronze à peine
Phototype III	Peau moyenne, cheveux châtain à bruns, yeux bruns	Brûle modérément; bronze graduellement
Phototype IV	Peau mâte, cheveux bruns/noirs, yeux bruns/noirs	Brûle à peine, bronze toujours bien
Phototype V	Peau brun foncé, cheveux noirs, yeux noirs	Brûle rarement, bronze beaucoup
Phototype VI	Peau noire, cheveux noirs, yeux noirs	Ne brûle pas

Figure 5 : Classification des phototypes selon Fitzpatrick

- La présence d'éphélides : une densité de taches de rousseur haute par rapport à une densité basse multiplie le risque de mélanome par 2 (risque relatif = 2,1 ; IC 95 % : 1,8-2,4).
- L'exposition solaire : l'association entre le risque d'avoir un mélanome et l'exposition solaire était positive en ce qui concernait l'exposition solaire intermittente (RR=1,6 / IC95%=1,3-2,0) et en ce qui concerne les antécédents de coup de soleil dans l'enfance (RR=2,2 / IC95%=1,5-2,4).
- L'exposition aux UV artificiels : de récentes études (17) (18) ont permis de montrer la relation entre risque de mélanome et UV artificiels. Le CIRC a classé les UV émis par les installations de bronzage artificiel cancérigène certain pour l'homme en juillet 2009.
- Les antécédents familiaux de mélanome sont définis par l'existence d'un mélanome, soit chez 2 membres de la parenté au premier degré, soit chez 3 membres de la famille quelque soit le degré de parenté (19). Le risque relatif de développer un mélanome chez un sujet ayant des antécédents familiaux de mélanome est de 1,7 (IC 95%=1,4-2,1). Parmi ces personnes, une petite proportion est concernée par une mutation d'un gène de prédisposition au mélanome : le gène suppresseur de tumeur CDKN2A (Cyclin Dependent Kinase Inhibitor 2A). Ces rares sujets porteurs de ces mutations spécifiques ont un risque beaucoup plus élevé de mélanome.
- Les antécédents personnels de mélanome : le risque relatif de développer un mélanome chez un sujet ayant des antécédents personnels de lésions précancéreuses et/ou de cancer cutané est de 4,3 (IC 95%=2,8-6,5).
- L'immunosuppression : Un déficit immunitaire acquis augmente le risque de mélanome de 3 à 6 fois par rapport à la population générale ; une immunodépression secondaire à une transplantation d'organe comme le rein multiplie le risque de mélanome par 3,6 (20).

3. Classification anatomo-clinique du mélanome (19)(21)

- Le mélanome superficiel extensif (SSM ou Superficial Spreading Melanoma) représente 60 à 70% des cas de mélanomes ; il concerne tous les âges et tous les sites. Sa croissance initiale est intra-épidermique horizontale durant plusieurs mois à plusieurs années, puis verticale, les cellules malignes franchissant la jonction dermo-épidermique ; il se présente sous la forme d'une tache irrégulière de couleur inhomogène ou polychrome (noir, marron, rouge ou achromique).



Photo 1: Mélanome superficiel extensif avec un nodule invasif

- Le mélanome de Dubreuilh ou lentigo malin (10% des cas) est particulier par la longueur et la bénignité de la phase initiale non invasive (plusieurs années), par son âge de survenue tardif (65 ans en moyenne), et par son siège sur les zones photo-exposées et surtout le visage (front, tempes, joues). Il se présente sous la forme d'une tache colorée, allant du noir au marron foncé. En l'absence de traitement, ce mélanome présente une évolution vers une forme invasive.

- Le mélanome nodulaire (10 à 20% des cas) est d'emblée d'évolution verticale invasive. Il s'agit d'un nodule de couleur noire (mais parfois achromique), ferme, arrondi, pouvant s'ulcérer ou saigner. Il a une croissance rapide (quelques semaines à quelques mois) et est souvent identifié à un stade tardif.



Photo 2: Mélanome nodulaire

- Le mélanome acral lentigineux (5% des cas) se développe sur les zones non exposées au soleil. Il est caractérisé par sa localisation aux extrémités, siégeant sur la peau des paumes, des plantes, des bords latéraux des doigts et orteils et sous les ongles. Il se présente sous la forme d'une tache irrégulière brune ou noire. Il s'étend en quelques mois à années. La moyenne d'âge est supérieure à celle du mélanome en général (60-70 ans au lieu de 50).

A indice de Breslow égal toutes ces formes anatomo-cliniques ont le même pronostic.

4. Marqueurs pronostiques histologiques

4.1. Indice de Breslow

L'indice de Breslow traduit l'épaisseur en millimètres de la lésion depuis la partie haute de la couche granuleuse jusqu'à la partie la plus profonde de la tumeur. C'est l'indice pronostique le plus important qui guidera le traitement et le suivi.

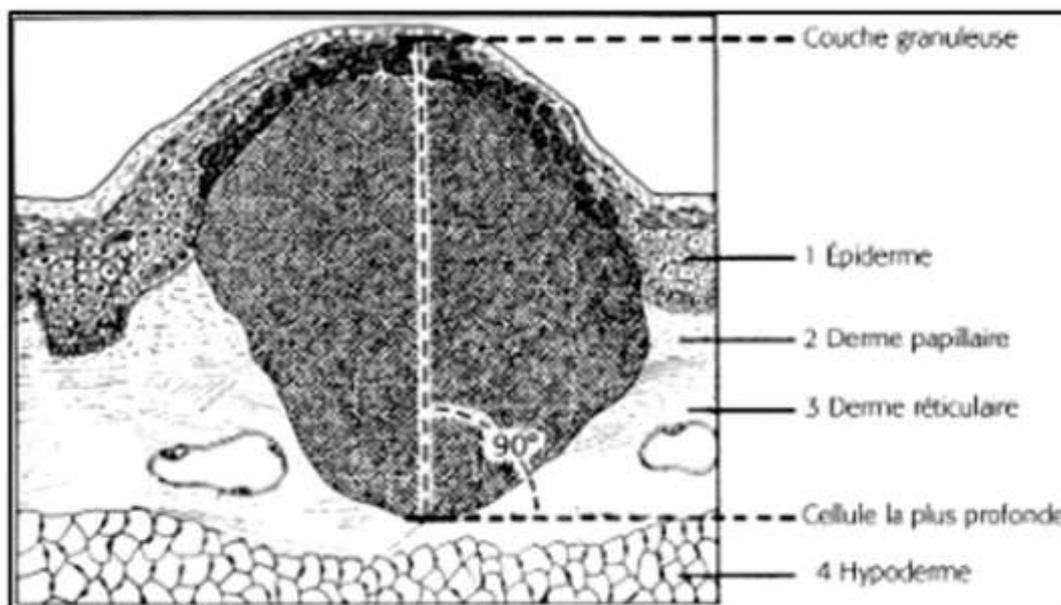


Figure 6 : Indice de Breslow

En effet la littérature rapporte qu'il existe une relation entre l'indice de Breslow et la survie à 5 ans après traitement. Le taux de survie est de 95% pour un mélanome non ulcéré avec un indice de Breslow inférieur à 1mm et de 67% pour un mélanome non ulcéré avec un indice de Breslow supérieur à 4mm (22).

Tableau 1 : Relation entre la survie, le stade du mélanome et l'indice de Breslow d'après l'American Joint Committee on Cancer, 2004 (22)

Stade du mélanome	Indice de Breslow (mm)	Taux de survie à 5 ans ^s (%)	
		Mélanome non ulcéré	Mélanome ulcéré
- T1	- < 1,0	- 95	- 91
- T2	- 1,0 à 2,0	- 89	- 77
- T3	- 2,0 à 4,0	- 79	- 63
- T4	- > 4,0	- 67	- 45

4.2. Indice de Clark

Il définit le niveau d'infiltration en profondeur de la lésion suivant 5 stades :

- **Clark I** : mélanome malin strictement intra-épidermique
- **Clark II** : envahissement du derme papillaire
- **Clark III** : envahissement de la jonction réticulo-papillaire du derme
- **Clark IV** : envahissement du derme réticulaire
- **Clark V** : envahissement de l'hypoderme

Il est utilisé uniquement pour estimer le pronostic des mélanomes ayant un indice Breslow inférieur à 1mm.

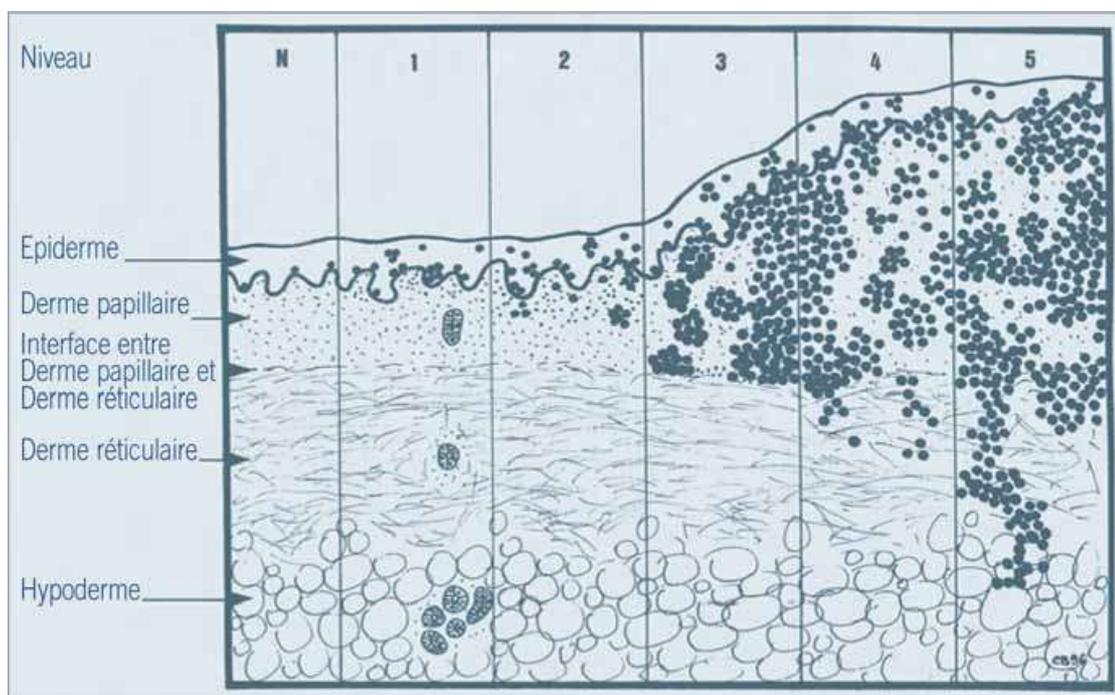


Figure 7 : Les 5 niveaux d'invasion de Clark et Mihm

4.3. L'ulcération

L'ulcération est un facteur pronostique indépendant qui indique un pronostic plus mauvais et un risque plus élevé de tumeur métastatique comparativement à un mélanome non ulcéré de la même épaisseur (cf *tableau 1*).

L'ulcération est définie comme l'absence d'épiderme intact recouvrant une partie importante du mélanome primitif sur la base d'un examen microscopique de l'épiderme.

5. Prévention

Le dépistage systématique organisé du mélanome n'est pas recommandé, même dans les pays où l'incidence de ce cancer est la plus forte, comme en Australie ou en Nouvelle-Zélande.

D'une part, il n'a pas été prouvé que le dépistage de l'ensemble de la population permette de réduire la morbidité et la mortalité du mélanome. D'autre part ce dépistage serait très coûteux. Même si on se limitait à dépister les personnes de plus de 50 ans ou si on ne réalisait le dépistage que tous les deux ans, le coût serait beaucoup trop important par rapport aux autres programmes de dépistage déjà réalisés aux Etats-Unis (23).

La littérature rapporte que le dépistage ciblé aurait un meilleur rapport coût efficacité (24).

5.1. Prévention primaire

La pathogénie du mélanome est complexe et influencée par de nombreux facteurs constitutifs et environnementaux. Toutefois l'exposition solaire est reconnue comme le principal facteur de risque environnemental de mélanome et donc le principal facteur modifiable (25).

La prévention primaire du mélanome consiste à se protéger des UVA et UVB. L'INCa recommande pour une photo-protection efficace de porter des vêtements aux heures d'ensoleillement intense, d'éviter l'exposition solaire entre 11 et 16 heures et d'appliquer de façon adéquate (couches épaisses et fréquentes) des écrans solaires d'indice supérieur à 30.

L'application régulière de crème permettrait de diminuer de 50% le risque de mélanome chez les personnes exposées au soleil dans leur vie quotidienne (26).

5.2. Prévention secondaire

Le pronostic du mélanome est très dépendant de l'épaisseur de la tumeur au moment du diagnostic. En effet, le taux de survie d'un mélanome non métastasé dépend de la valeur de l'indice de Breslow au moment de l'exérèse du mélanome.

Le mélanome non métastasé est curable grâce à un traitement par exérèse chirurgicale complète. Par contre, les traitements du mélanome au stade métastatique n'auraient pas montré d'effet sur la mortalité. Le taux de survie à 5 ans est de 19% pour les patients ayant des métastases cutanées, et 10% pour ceux présentant des métastases viscérales autres que le poumon (27).

Il est donc impératif de détecter et de traiter le mélanome au plus tôt. Diagnostiquer des mélanomes au stade *in situ* ou à un stade précoce (Breslow < 1 mm) représente donc un enjeu majeur.

Ce diagnostic précoce du mélanome est, en théorie, réalisable grâce à un test simple, acceptable, accessible, non invasif, peu coûteux et reproductible : l'examen clinique cutané total. Celui-ci est défini par l'examen délibéré et attentionné de toutes les zones du revêtement cutané y compris celles rarement exposées au soleil (paumes, plantes et cuir chevelu, en particulier), avec pour objectif de dépister des lésions cutanées suspectes. Les méthodes décrites pour l'aide au diagnostic clinique du mélanome appartiennent à deux types de démarches : la démarche analytique visuelle et la démarche cognitive visuelle.

- **La démarche analytique visuelle :**

Elle est représentée par la méthode ABCDE couramment utilisée en France. Il existe aussi la méthode dite des 7 points du groupe de Glasgow.

La méthode ABCDE a été décrite par Friedman et al en 1985 et modifiée par Thomas et al (28) en 1998. L'acronyme ABCDE signifie : A pour asymétrie, B pour bords irréguliers, C pour couleur inhomogène, D pour diamètre > 6 mm et E pour évolutivité, le critère E étant le plus important (29). La sensibilité et la spécificité du diagnostic de mélanome sont respectivement de :

- 89.3 et 65.3% si 2 critères sont présents,
- 65.5 et 81% si 3 critères sont présents.

La méthode des 7 points publiée en 1989 par Mackie (30) comprend :

- trois critères majeurs : changement de taille d'une lésion connue ou croissance d'une nouvelle lésion, changement de forme de la lésion, changement de la couleur de la lésion.
- quatre critères mineurs : plus grand diamètre ≥ 7 mm, inflammation, présence d'une ulcération ou d'un saignement, changement de sensibilité de la lésion.

Un système de score est attribué à la lésion : deux points par critère majeur et un point par critère mineur présents. Si la lésion présente un score supérieur ou égal à trois points, elle est considérée comme suspecte.

- **La démarche cognitive visuelle**

Elle est fondée sur deux processus complémentaires : un processus de reconnaissance globale de l'image, et le signe du « vilain petit canard ». La reconnaissance globale de l'image correspond à un processus cognitif spontané qui permet à partir d'une formation par l'image (photos de nævi et de mélanomes) d'élaborer un modèle de reconnaissance visuelle.

Le signe du « vilain petit canard » (31) définit comme suspecte une lésion mélanocytaire cliniquement différente des autres nævi du patient en considérant que chez un sujet donné avec de nombreux grains de beauté, les lésions bénignes se ressembleraient et auraient « un air de famille ».

Il semblerait que l'évaluation du caractère malin d'une lésion mélanocytaire soit davantage fondée sur cette démarche cognitive que sur la méthode ABCDE (32).

La dermoscopie est une technique de dépistage du mélanome. Il s'agit d'un microscope de surface qui permet d'analyser les structures pigmentaires de l'épiderme, la jonction dermo-épidermique et des premières couches du derme. Son usage n'est pas recommandé en routine car l'efficacité du diagnostic par dermoscopie dépend de l'expérience de son utilisateur. En effet, il n'a pas été prouvé d'amélioration du diagnostic de mélanome entre l'examen clinique seul et l'utilisation du dermoscope par des médecins peu ou pas expérimentés (33).

- **L'auto-examen cutané**

Le but du dépistage est d'identifier le plus tôt possible le mélanome pour permettre une prise en charge rapide et efficace.

Or les patients détecteraient fréquemment eux mêmes leurs propres lésions, soit par hasard, soit au cours d'un auto examen cutané. Les taux de détection par les patients varient de 40 à 57% (34) (35). Mais le délai entre la première détection par le patient et la confirmation par un spécialiste est souvent long (supérieur à 3 mois) (36).

La réalisation régulière d'auto-examens cutanés serait associée à une réduction du risque d'avoir une tumeur avancée au moment du diagnostic, et pourrait diminuer la mortalité par mélanome jusqu'à 63% (37). L'examen doit être détaillé et doit être réalisé avec un miroir de façon à explorer également les parties difficilement accessibles (38) ou alors le patient peut se faire aider par une tierce personne. L'utilisation d'une photographie de mélanome pourrait également améliorer la performance de l'auto-examen (39).

Mais il a aussi été démontré que cet auto-examen était plus fréquent et efficace lorsque le médecin l'avait initié et encouragé (36).

Ces résultats montrent donc le potentiel de l'auto-examen dans le dépistage précoce de mélanome et l'importance des messages de prévention pour encourager les patients à consulter une fois la lésion détectée.

Pourtant seule une minorité des individus réalise régulièrement des auto-examens cutanés dans la population générale. Les estimations varient de 15 à 25%(40) (41).

Le médecin doit inviter le patient à rechercher une lésion mélanocytaire cliniquement différente de ses autres nævi ou d'apparition récente ou évolutive dans sa taille, sa couleur ou son épaisseur (temps de réalisation : 15 minutes)

Étape 1

L'examen direct : le patient devra examiner à l'oeil nu les paumes de ses mains et pieds, ses ongles, ses doigts et ses espaces entre les doigts des mains et des pieds, la face avant de ses bras et avant-bras, ses cuisses et ses jambes.

Étape 2

L'examen avec miroir en pied : le patient devra se placer devant un miroir en pied vertical et examiner sa peau de haut en bas. Il tournera vers le miroir le côté gauche puis le côté droit de son corps, les bras levés à la verticale.

Étape 3

L'examen avec un miroir à main : pour les zones de peau non accessibles à la vue, le patient peut s'aider d'un miroir à main. Assis sur un tabouret, il surélève chaque jambe pour examiner la face interne, externe et postérieure du mollet et de la cuisse. La face postérieure des bras, de la nuque, du dos, le cuir chevelu et la région génitale seront aussi examinées à l'aide du miroir à main. Le patient peut également demander l'aide d'une personne de son entourage.

Figure 8 : Méthode d'auto-examen cutané, source HAS 2006

6. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie de diagnostic précoce du mélanome en France

Selon l'HAS 2006 : « Le rôle du médecin généraliste est déterminant dans l'information et la sensibilisation des patients au diagnostic précoce du mélanome et à sa prévention. Il participe à ce diagnostic précoce soit en identifiant les patients à risque, soit en identifiant au cours de sa consultation une lésion suspecte. Les membres du groupe de travail préconisent que le médecin généraliste s'appuie sur la règle ABCDE pour établir sa suspicion diagnostique et demande systématiquement au dermatologue une confirmation diagnostique. Chez les patients ayant un grand nombre de nævi, ou des nævi atypiques, la surveillance est difficile et un suivi par le dermatologue est nécessaire. »

Le rôle du médecin généraliste est primordial dans la prévention du mélanome surtout du fait de sa place « en première ligne ». En effet, compte tenu de la démographie médicale actuelle française et du système de soins français, les dermatologues ne voient qu'une faible

partie de la population et principalement après qu'elle ait été vue par un médecin généraliste depuis la réorganisation du parcours de soin.

Son rôle est d'identifier les patients à risque et de leur donner des conseils de protection solaire. Il a d'ailleurs été démontré que les conseils de prévention solaire délivrés par le médecin traitant avaient plus d'impact qu'une information écrite seule (42).

D'une part ils doivent éduquer les patients à l'auto-examen cutané et les inciter à consulter aux changements d'aspect de leurs grains de beauté. Ils peuvent ajuster leurs conseils en fonction des lésions mises en évidence au cours de l'examen physique.

D'autre part leur rôle est de réaliser un examen clinique complet. Il a été en effet démontré que les mélanomes détectés par les médecins sont plus minces que les mélanomes détectés par les patients eux-mêmes (43). En cas de doute sur une lésion, le médecin généraliste adresse son patient au dermatologue pour confirmation et éventuelle exérèse.

7. Revue de la littérature des campagnes de prévention du mélanome

Les méthodes mises en œuvre pour promouvoir la prévention du mélanome auprès de la population peuvent être réparties en 3 groupes : des campagnes dans les médias grand public, des programmes d'intervention, et des unités mobiles allant à la rencontre de la population.

7.1. Les campagnes dans les médias grand public

- **[Kiekbusch], Suède, (1994-1997) (44).**

Objectif : Déterminer l'efficacité d'une campagne de communication grand public sur les connaissances des facteurs de risque de mélanome et sur les comportements de protection solaire.

Méthode : Les habitants de la ville de Dalby ont été exposés à un programme de communication grand public pendant trois ans de 1994 à 1997. Les habitants de la ville de Sandby n'ont pas eu connaissance de cette campagne. L'évaluation de l'impact de l'intervention a été réalisée à partir d'un questionnaire téléphonique, selon une méthodologie avant/après.

Résultats : L'effet de la campagne a été très modeste : les hommes du groupe intervention avaient de meilleures connaissances des risques concernant l'exposition solaire après la campagne ($p < 0.05$) mais pour autant les comportements n'avaient pas été modifiés de manière statistiquement significative ($p = 0.076$). Il y avait seulement une tendance à l'amélioration concernant les mesures de protection solaire. Il n'y a eu aucun changement de connaissance ni de comportement pour les habitants du groupe contrôle.

- **[Smith], Australie, (2002) (45).**

Objectif : Déterminer l'efficacité d'une campagne de communication grand public répétée dans le temps.

Méthode : Une campagne de communication grand public a été réalisée pendant trois étés consécutifs auprès de parents d'enfants de moins de douze ans. Elle faisait la promotion de la protection solaire en encourageant le port de vêtements, de chapeaux et l'utilisation de crème solaire. Des spots étaient diffusés à la télévision et à la radio. Des publicités étaient aussi présentes sur les bus. L'évaluation de l'impact de cette intervention de communication a été réalisée à partir d'un questionnaire téléphonique, selon une méthodologie avant/après pour chaque campagne, soit six appels au total.

Résultats : Les connaissances des parents sur les mesures de protection solaire étaient élevées. Elles n'ont pas été augmentées au fur et à mesure des trois campagnes.

S'agissant des comportements, les personnes interrogées ont rapporté utiliser significativement plus de crème solaire après la troisième campagne qu'avant la première campagne (OR= 1.59 ; 95%IC= 1.24-2.04). De même ces personnes ont porté significativement plus de vêtements afin de se protéger du soleil après la troisième campagne qu'avant la première (OR= 1.41 ; 95%IC= 1.14-1.73). Par contre cette même population a porté moins de chapeau après la troisième campagne qu'avant la première (OR= 0.77 ; 95%IC= 0.6-1.00).

- **[Broadwater], Utah, USA, (2003) (46).**

Objectif : Evaluer l'impact d'un message diffusé à la télévision sur les connaissances de mesures de prévention du mélanome

Méthode : Des spots étaient diffusés à la télévision en avril 2003 pour expliquer les méfaits de l'exposition solaire. L'évaluation de l'impact de cette intervention a été réalisée à partir d'un questionnaire téléphonique, selon une méthodologie avant/après.

Résultats : Avant la campagne seulement 18% des personnes interrogées connaissaient l'existence de mesures de prévention du mélanome. Après cette intervention ces mesures de prévention étaient connues de 76% de la population étudiée.

Limite : Cette étude a permis de mesurer une amélioration des connaissances sur les mesures de protection solaire suite à la diffusion d'un spot publicitaire, mais elle ne s'est pas intéressée aux modifications de comportements.

7.2. Les programmes d'éducation

De nombreuses études ont testé l'impact de programmes d'éducation. Ces programmes pouvaient recourir à des formations sous forme de cours par des enseignants spécifiquement formés, à l'utilisation de brochures d'information, ou à la remise en mains propres de tubes de crème solaire. De nombreuses interventions ont ainsi été menées auprès des enfants.

- **Programme « kidskin », [Milne], Perth, Australie, (1995,2001) (47).**

Objectif : Evaluer l'efficacité d'un programme d'éducation mené pendant deux ans expliquant les risques liés au soleil et les mesures de protection. L'évaluation a été réalisée en 1997, 1999 et 2001.

Méthode : Essai non randomisé mené auprès d'enfants de 5 à 6 ans. 3 groupes ont été comparés :

- le groupe *témoin* n'avait pas eu de formation spécifique à la protection solaire,
- le groupe *intervention* avait reçu une formation sous la forme de cours,
- le groupe *intervention intensive* avait reçu une formation sous la forme de cours, mais aussi gratuitement des vêtements afin de se protéger du soleil.

Les auteurs ont mesuré la dose de rayons UV reçue grâce à un dosimètre. Les parents ont aussi rempli un questionnaire sur le comportement des enfants vis-à-vis de la protection solaire.

Résultats : A la fin de l'été 1997 le groupe *intervention intensive* était moins bronzé que le groupe contrôle, au niveau du dos ($p=0.0002$) et des avant bras ($p= 0.03$). Selon les parents, les enfants des groupes *intervention* et *intervention intensive* s'étaient plus protégés du soleil avec des vêtements ($p= 0.0002$).

La différence de bronzage n'était plus significative en 1999 et en 2001. Les bénéfices initialement observés avaient disparu. (48).

- **Programme « Sunsmart » , [Glanz], Hawaii, USA, (2000) (49).**

Objectif : Evaluer l'efficacité d'un programme d'intervention dans des centres de loisirs.

Méthode : Essai randomisé mené auprès d'enfants de 6 à 8 ans recrutés dans des centres de loisirs. 3 groupes ont été comparés :

- un groupe *contrôle*,
- un groupe *éducation* qui a bénéficié d'une formation associant : des cours sur la prévention solaire par un personnel spécifiquement formé, l'encouragement de la pratique d'activités à l'ombre et des brochures à emporter à domicile expliquant les conseils de protection solaire,
- un groupe *éducation intensive*, qui a reçu la même formation que le groupe éducation, mais dans lequel l'intervention associait la fourniture de crème solaire.

Les parents ont été interrogés six semaines après l'intervention.

Résultats : Six semaines après l'intervention, les enfants des groupes *éducation* et *éducation intensive* avaient utilisé plus de crème solaire que les enfants du groupe *témoin* ($p < 0.05$). Par contre, aucune différence significative n'était identifiée entre ces deux groupes *éducation* et *éducation intensive*. L'évaluation réalisée 3 mois plus tard ne retrouvait plus aucune différence entre les trois groupes.

- **Programme « SunWise » , [Geller], USA, (2002) (50).**

Objectif : Evaluer l'impact d'une formation menée dans les écoles sur la prévention du mélanome.

Méthode : Des cours ont été organisés dans des écoles primaires, des collèges, et des lycées, sur le risque lié à la surexposition solaire. 5625 élèves ont répondu à un pré-test et 5028 ont répondu à un post-test.

Résultats : L'intention de jouer à l'ombre avait augmenté significativement de 68% à 75% ($p = 0.001$). Avant l'intervention, 37% des élèves considéraient qu'avoir un teint bronzé était un élément de bonne santé. Après le programme de cours, seuls 27% rapportaient encore qu'avoir un teint bronzé était un élément de bonne santé ($p < 0.001$).

- **Programme « Pool Cool » , [Geller], USA, (1999) (51).**

Objectif : Evaluer l'efficacité d'un programme d'intervention destiné aux maîtres nageurs sur la prévention du mélanome.

Méthode : Essai randomisé mené auprès de 28 maîtres nageurs d'Hawaii et du Massachussets en 1999. Deux groupes ont été comparés :

- un groupe *contrôle*
- un groupe *intervention* qui a reçu un enseignement spécifique concernant les risques liés au soleil ainsi que les méthodes de protection.

Résultats : Huit semaines après l'intervention, le groupe *intervention* avait tendance à se protéger davantage du soleil que le groupe *contrôle* concernant l'utilisation de la crème solaire ($p = 0.94$) et le port de chapeau ($p = 0.54$). Les personnes du groupe *intervention* rapportaient avoir moins pris de coups de soleil que le groupe témoin ($p < 0.05$).

Limite : Il faudrait réévaluer les comportements à distance de l'intervention.

- **Programme: « Block the sun, not the fun”, [Crane], USA, (1994) (52).**

Objectif: Evaluer l'efficacité d'un programme d'intervention sur la prévention du mélanome dans des centres périscolaires.

Méthode: Essai randomisé mené auprès des parents d'enfants de 27 centres périscolaires. Deux groupes ont été comparés.

- un groupe *contrôle*,
- un groupe *intervention* qui a reçu des cours basés sur le modèle HBM (Health Belief Model) expliquant les risques du soleil et les bénéfices de la photo protection.

L'évaluation de l'impact de cette intervention a été réalisée :

- à partir d'un questionnaire téléphonique, selon une méthodologie avant/après auprès des parents,
- par des interviews avec le directeur des centres périscolaires,
- et par des observations réalisées dans les centres. Les enfants de chaque centre ont été observés pendant trente minutes afin de voir s'ils utilisaient les mesures de protection solaire comme le port de chapeau et l'utilisation de la crème solaire.

Résultats : A la fin de l'été 1994 les connaissances des parents du groupe *intervention* étaient meilleures que celles du groupe *contrôle* ($p=0.002$). Cependant les comportements n'avaient pas évolué de manière significative pour le port de chapeau ($p=0.84$) et pour l'utilisation de la crème solaire ($p=0.22$).

- **Programme d'intervention sur les plages américaines, [Emmons], USA, (2007) (53).**

Objectif : Evaluer l'efficacité de quatre stratégies de prévention sur les plages de la province de Boston.

Méthode : Essai randomisé incluant 532 patients. Quatre groupes ont été constitués :

- un groupe *éducation* : il recevait des cours par des professionnels d'une unité mobile sur les mesures de protection solaire. Ce groupe recevait également des brochures d'information,
- un groupe *éducation / informations biométriques* : il recevait les mêmes cours que le groupe éducation, puis il utilisait un outil éducationnel : le dermascan. Grâce aux rayons UV, le dermascan permet de détecter des lésions de la peau invisibles à l'œil nu. Dans cette étude le patient repartait avec une photographie de sa peau et de ses lésions.
- un groupe *éducation / consultation dermatologique* : les patients de ce groupe recevaient les mêmes cours que le groupe éducation, puis ils étaient reçu par un dermatologue qui encourageait par ailleurs la réalisation d'auto examens cutanés.
- un dernier groupe combinait : *éducation / informations biométriques / consultation dermatologique*.

Résultats : A la fin de l'été 2007, des modifications de comportement ont été observées de manière statistiquement significative pour le *groupe éducation / informations biométriques*. Ce groupe a porté plus de chapeaux ($p=0,0321$), a utilisé plus de crème solaire ($p=0,0178$) et a eu moins de coups de soleil ($p=0,051$) que les autres groupes. Cependant il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne le nombre d'auto-examens cutanés réalisés.

Limite : Il semble donc que visualiser ses propres lésions entraîne des modifications de comportement. Cependant il faudrait reproduire l'enquête à distance de l'intervention.

- **Programme** : « vivre avec le soleil » , [Quereux], Nantes, France (2006) (54).

Objectif : Evaluer l'efficacité d'un programme d'intervention dans des écoles primaires sur les risques liés à l'exposition solaire et les mesures de protection.

Méthode : Essai contrôlé incluant 282 enfants de huit à onze ans recrutés dans des écoles primaires. Deux groupes ont été formés :

- un groupe *intervention* : il recevait des cours sur les risques liés au soleil et les mesures de protection,
- l'autre groupe était le groupe *contrôle*.

Les données ont été recueillies par questionnaire selon une méthodologie avant/après.

Résultats : Avant l'intervention les deux groupes avaient les mêmes connaissances. En novembre 2006, soit six mois plus tard, les enfants du groupe *intervention* avaient de meilleures connaissances que le groupe *contrôle* ($p < 0,00001$) mais l'intervention n'a pas eu d'effet sur les comportements.

7.3. Les unités mobiles de prévention et de dépistage précoce

- **L'expérience d'une unité mobile au Brésil, [Mauad], Brésil, (2004-2007) (55).**

Objectif : Prévention secondaire et dépistage précoce de mélanome.

Méthode : une unité mobile composée de cliniciens, chirurgiens et infirmiers a parcouru les campagnes du Brésil de 2004 à 2007. Les patients étaient examinés par un médecin. Lorsqu'ils présentaient des lésions suspectes, des biopsies de peau étaient réalisées.

Résultats : 17857 consultations ont été réalisées et 3005 lésions ont été biopsiées. 2012 (12%) étaient des lésions malignes. 87,5% des personnes de cet échantillon étaient illettrées ou avaient étudiées moins de 8 ans.

Limite : Au delà de l'action de prévention menée, les objectifs de l'étude étaient mal définis.

- **Unité mobile dans la ville de Sao Paulo, [Salvio], Sao Paulo, Brésil (2008) (56).**

Objectif : Prévention primaire, secondaire et diagnostic précoce de mélanome.

Méthode : Une équipe de professionnels a travaillé pendant 30 jours dans 13 centres différents à Sao Paulo de novembre 2007 à novembre 2008. Les médecins expliquaient les règles de prévention primaire et encourageaient les patients à s'auto examiner afin de reconnaître les signes précoces d'une lésion maligne. Ils réalisaient des biopsies de peau sur les lésions douteuses.

Résultats : 4 cas de mélanome et 3 nævi dysplasiques ont été découverts sur 88 biopsies.

DEUXIEME PARTIE : CONCEPTS ET OUTILS DE L'ETUDE

1. L'apport des sciences psycho comportementales

L'apport de la psychologie dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé se situe à deux niveaux :

- la compréhension des facteurs impliqués dans les comportements de santé
- la conception de modèles applicables aux interventions de prévention.

1.1. Le modèle des croyances relatives à la santé : Health Belief Model (HBM)

Ce modèle a été développé par Rosenstock dans les années 1950. A l'origine le modèle a été créé pour expliquer pourquoi les gens acceptaient ou non de réaliser un test de dépistage des maladies asymptomatiques. Il a été ensuite utilisé pour comprendre les comportements associés à la prévention des maladies et à l'observance des prescriptions médicamenteuses.

L'HBM pose comme prémisse qu'un individu est susceptible d'agir pour prévenir une maladie s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension importante dans sa vie.

Ce modèle met en avant des déterminants de la décision d'agir :

- la perception d'une menace pour la santé,
- la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace.

La perception d'une menace est définie par deux croyances spécifiques :

- d'une part, l'individu peut se considérer comme potentiellement vulnérable face à une maladie.
- d'autre part, il perçoit que l'apparition de la maladie pourrait avoir des conséquences sévères sur certains aspects de sa vie.

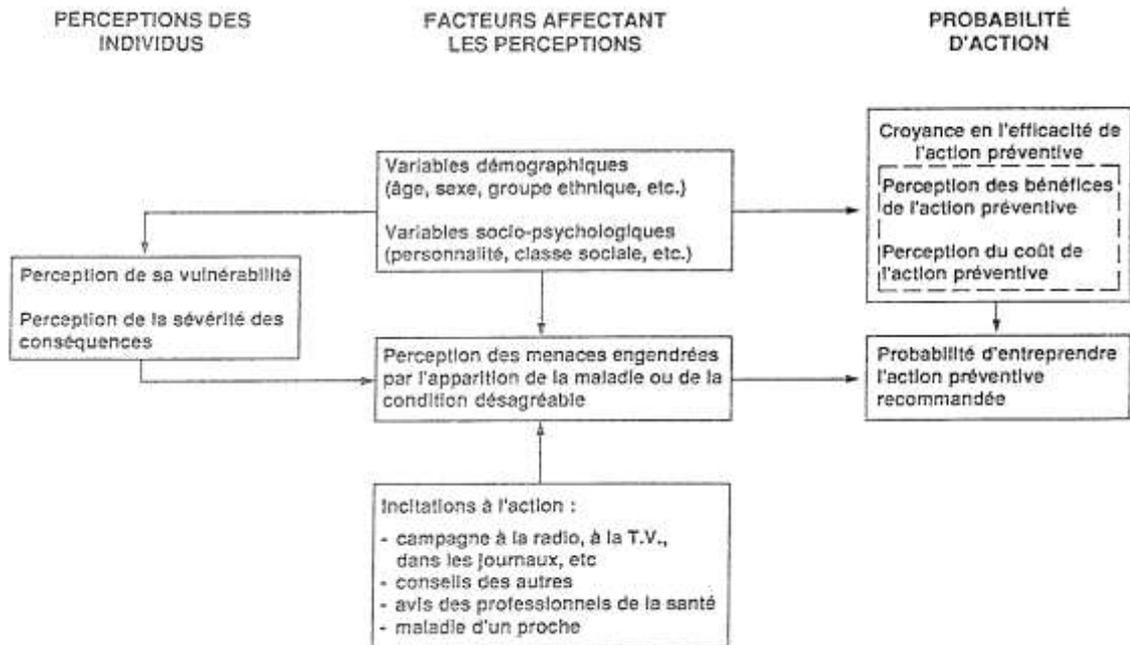


Figure 9 : Représentation de l'HBM modèle d'après Becker et al, 1977 (57)

Ce modèle est actuellement utilisé pour étudier les observances des traitements prescrits et le recours à certaines pratiques médicales (59).

1.2. La théorie sociale cognitive

Ce modèle a été développé par Bandura en 1986. Selon cette théorie, le comportement d'un individu s'explique en grande partie par deux croyances : la croyance en l'efficacité du comportement et la croyance en l'efficacité personnelle.

L'efficacité personnelle perçue réfère à la conviction qu'a une personne de réussir à adopter un comportement pour obtenir les résultats désirés.

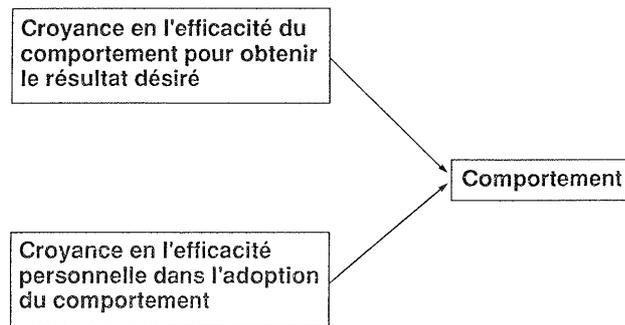


Figure 10 : Représentation de la théorie sociale cognitive d'après Bandura 1977 (60)

Cette variable « croyance en l'efficacité personnelle dans l'adoption d'un comportement » a été réutilisée par d'autres auteurs dans d'autres modèles. (61).

1.3. La théorie de l'action raisonnée

Ce modèle a été décrit par Fishbein et Ajzen en 1975. Le déterminant d'un acte comportemental est l'**intention** : intention d'agir ou de ne pas agir.

L'intention d'adopter un comportement est conditionnée par deux variables :

- l'attitude de la personne à l'égard du comportement
- et l'importance que la personne accorde à l'opinion des gens qui lui sont proches (*normes subjectives*).

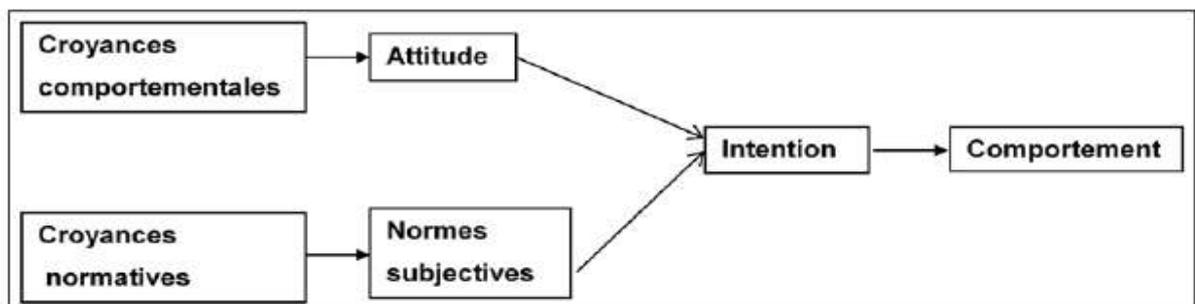


Figure 11 : Représentation de la théorie de l'action raisonnée d'après Fishbein et Ajzen, 1975 (62)

1.4. La théorie des comportements interpersonnels

Cette théorie a été proposée par Triandis en 1977. Semblable dans son principe à la théorie de l'action raisonnée, la distinction essentielle réside dans l'importance qu'elle accorde à *l'intention* pour expliquer le comportement.

Triandis limite l'importance de l'intention pour prédire un comportement. En effet, la pratique de certains actes font qu'ils deviennent plus ou moins automatisés et ne découlent plus d'une volonté consciente. Il rajoute donc la notion d'habitude.

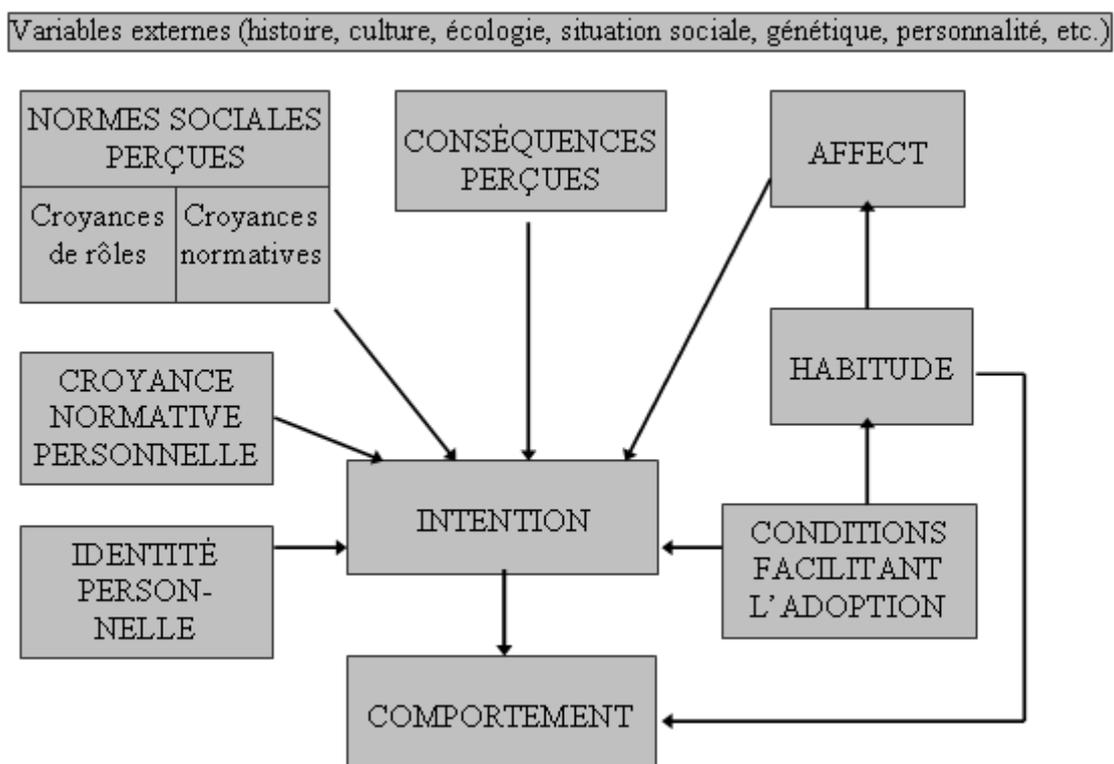


Figure 12 : Représentation de la théorie des comportements inter personnels d'après Triandis, 1977 (63)

Ce modèle a généré moins de recherches que celui d'Ajzen mais il est parfois utilisé par des chercheurs dans le champ de la promotion de la santé. (64).

1.5. La théorie du comportement planifié

Ajzen a rajouté une variable à la théorie de l'action raisonnée (65-66) : **la perception de contrôle**. Celle-ci est définie par les croyances de contrôle et l'importance des facteurs de contrôle.

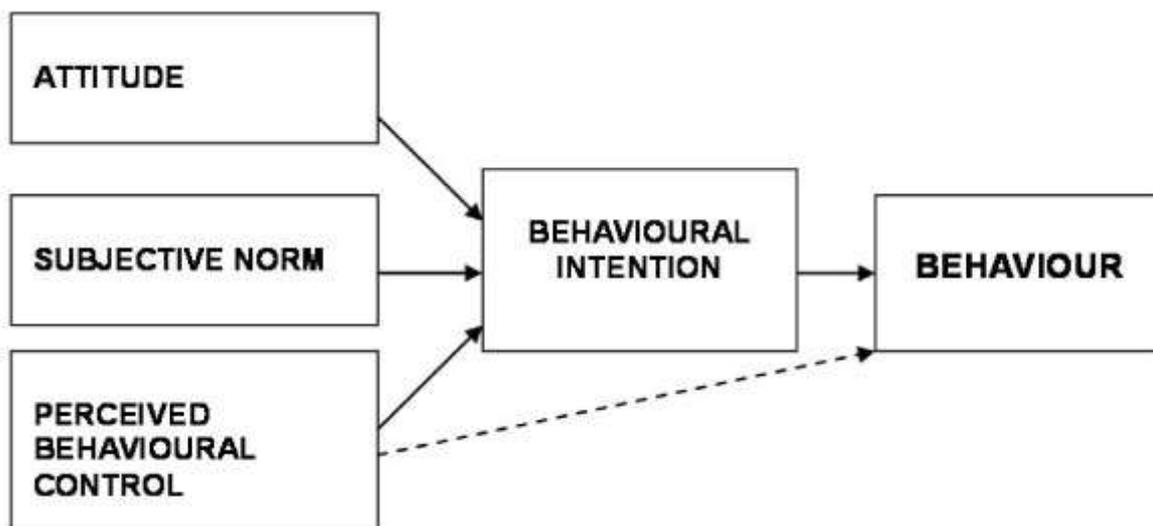


Figure 13 : Représentation de la théorie du comportement planifié d'après Ajzen et Madden, 1991 (67)

Cette théorie a été utilisée dans plusieurs publications dans le domaine de la santé : la pratique de l'activité physique, la prévention du cancer colo rectal, du cancer du sein et de la prostate, l'alimentation, et le dépistage HIV (66-74).

Nous avons travaillé à partir de ce modèle pour explorer les modifications de comportement dans notre étude.

2. Le SAM Score (Self-Assessment of Melanoma risk score) (75)

Pour identifier des patients à risque de mélanome, nous avons utilisé un score permettant d'estimer, pour un individu, son risque individuel de développer un mélanome : le SAM Score.

Il s'agit d'un score créé en 2010 par le réseau Mélanome Ouest, une équipe qui associe dermatologues, médecins généralistes et infirmières, impliqués dans la prévention et le traitement des patients atteints de mélanome.

Ce score est constitué de sept questions portant sur les points suivants :

- le phototype,
- le nombre de grains de beauté,
- la présence de taches de rousseur,
- l'existence de coup de soleils sévères dans l'enfance,
- le fait d'avoir vécu dans un pays à fort ensoleillement,
- un antécédent personnel ou familial de mélanome.
- l'âge est finalement pris en compte car il existe des interactions entre l'âge et les autres critères.

Ce score a été testé auprès de 1500 patients consultant chez leur médecin généraliste.

Il s'agit d'un score simple et compréhensible pour les personnes qui n'ont aucune connaissance médicale. Le temps moyen pour le remplir est de moins de trois minutes. Quereux et al ont montré que ce test avait une très bonne acceptabilité par les patients et que le pourcentage de bonnes réponses aux différentes questions était de 79,9% à 99,4% comparé aux réponses données par des médecins généralistes.

La sensibilité et la spécificité ont été respectivement estimées à 60,2% (+/- 3,7%) et 71,2% (+/-1,2).

3. Le programme d'études COPARIME

Notre étude est un projet ancillaire du programme d'études COPARIME, mené au sein de l'équipe 2 du CRCNA – INSERM UMR U892 – CNRS 6299. Ce programme repose sur la constitution d'une cohorte de patients à risque de mélanome.

COPARIME a pour objectif d'évaluer la faisabilité et les bénéfices d'un dépistage ciblé du mélanome. Les inclusions ont été réalisées en soins primaires, selon une méthodologie en deux étapes : identification des patients à risque de mélanome via le SAM Score, puis examen cutané total des sujets à risque par leur médecin généraliste. Tous les patients à risque sont reconvoqués à un an pour un suivi annuel (cf. annexe 2).

Au total, 94 médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée ont accepté de participer à l'étude et les inclusions ont été réalisées entre avril à septembre 2011.

TROISIEME PARTIE : ARTICLE

Protection solaire et auto-examen cutané : impact d'une action de prévention ciblée sur des patients à risque de mélanome consultant en médecine générale.

Rat C, Rivière C, Clouet S, Senand R, Dreno B, Nguyen JM

1. Introduction

Le mélanome est le cancer dont l'incidence a le plus augmenté dans le monde au cours des vingt dernières années. Le nombre de nouveaux cas annuels dans le monde est estimé à 200 000 (1), soit deux fois plus qu'en 1990 (2). En France, il serait à l'origine de 1500 décès par an (3).

Le mélanome est détectable par la seule inspection de la peau, et le pronostic est directement dépendant de l'épaisseur de la tumeur au moment du diagnostic (4). Ainsi l'enjeu du diagnostic précoce est très important.

Les recommandations (5) mettent en avant la place du médecin généraliste dans la prévention : prévention primaire avec la dispensation de conseils de photo-protection, et prévention secondaire avec la réalisation régulière de l'examen cutané total, et l'incitation à réaliser l'auto-examen.

Le bénéfice de la photo-protection fait consensus (6) (7). Certains auteurs rapportent ainsi que l'application régulière de crème permettrait de diminuer de 50% le risque de mélanome (8).

De la même façon, la pratique d'auto-examens cutanés fait partie des recommandations (5) (9) (10). Selon certains auteurs, l'auto-examen améliore le diagnostic précoce (11) et il pourrait réduire la mortalité par mélanome jusqu'à 63% (12). Dans plus d'un cas sur deux, les patients seraient en effet les premiers à identifier les lésions (13) (14), et ce alors même qu'ils seraient moins de 25% à réaliser des auto-examens cutanés (15).

De nombreuses campagnes de prévention sont réalisées à travers le monde mais leur efficacité sur les comportements est difficile à mesurer (16). L'impact sur les connaissances des patients a pu être prouvé, mais ceci n'est pas suffisant pour entraîner des changements de comportement (17) (18) (19). Il est bien connu par exemple que la connaissance du risque lié aux cabines de bronzage n'empêche pas leur utilisation (20).

Différents facteurs favorisant les changements de comportements sont décrits de façon théorique dans la littérature (21) (22). De nombreux auteurs mettent en avant l'importance de déterminants psychosociaux, comme par exemple dans le dépistage du VIH ou la promotion de l'activité physique (23) (24).

Ainsi la perception personnelle du risque par le patient pourrait être un facteur déterminant dans les changements de comportements (25). Dans le cas du mélanome, l'information personnalisée donnée au patient selon laquelle il est ou non à risque de mélanome pourrait avoir un impact sur la perception personnelle du risque. Certains auteurs ont aussi décrit que l'identification de lésions existantes aurait un impact sur les comportements de prévention solaire (26) (27). Par ailleurs, un auteur suédois montrait récemment l'impact significatif d'une délivrance de l'information par le médecin généraliste lors d'une consultation personnalisée, comparativement à une information donnée seulement par support papier (28).

A partir de ces éléments, décrits dans la littérature, l'objectif de notre étude était de mesurer l'impact à cinq mois d'une intervention de prévention particulière, personnalisée, menée auprès de patients à risque de mélanome, comparativement à une campagne de prévention traditionnelle reposant sur une communication de masse.

2. Méthode

L'étude était un essai, randomisé sur les médecins, en bras parallèles. Des tests de Student et des tests exacts de Fisher ont été utilisés pour comparer les deux groupes. Le seuil de significativité a été fixé à 5% en situation bilatérale. Le logiciel statistique R a été utilisé.

Population cible

L'étude a été menée dans vingt cabinets de médecine générale de Loire-Atlantique et Vendée, dans l'ouest de la France, auprès d'une population de soins primaires, rurale, semi-urbaine et urbaine, de statuts socioéconomiques variés.

Quelque soit le motif de leurs consultations, les patients consultant auprès des 20 médecins investigateurs entre le 11 et le 23 avril 2011 ont été sollicités pour remplir le questionnaire du SAM Score (29). Ce questionnaire était mis à disposition dans la salle d'attente.

Les patients identifiés comme à risque élevé de mélanome par le SAM Score et âgés de plus de 18 ans ont été inclus. Ils donnaient leur consentement pour participer à l'étude et leurs coordonnées téléphoniques étaient recueillies. Un antécédent personnel de mélanome était un critère d'exclusion.

Groupe intervention et groupe témoin

Vingt médecins généralistes se sont portés volontaires pour participer à l'étude. Tous ont reçu une information avant le début des inclusions les incitant à consulter un site d'e-learning afin d'actualiser leurs connaissances et leurs pratiques de prévention du mélanome. Tous ont reçu en main propre les documents nécessaires à leur participation à une campagne de prévention du mélanome. Ces documents, identiques, comportaient : une affiche à disposer en salle d'attente, des dépliants d'information sur la prévention du mélanome édités par l'INCa, et des exemplaires papiers du SAM Score. Dix médecins ont été randomisés dans le groupe intervention, et dix autres ont été randomisés dans le groupe contrôle.

Dans le groupe intervention, les médecins généralistes devaient accéder à l'algorithme du SAM Score sur un site internet, et ils pouvaient ainsi définir si le patient était à risque de mélanome, ou non. L'intervention consistait ensuite pour les médecins à réaliser un examen cutané total des patients identifiés comme à risque, puis à remettre la brochure d'information sur la prévention primaire et secondaire du mélanome. Les patients chez lesquels le médecin identifiait une lésion suspecte étaient adressés au dermatologue.

Dans les cabinets affectés au groupe témoin, l'étude était menée sous la forme d'une campagne habituelle de santé publique. Les patients remplissaient l'auto-questionnaire du SAM Score dans la salle d'attente. Contrairement au groupe intervention, le médecin n'avait

pas accès à l'algorithme du SAM Score pour interpréter les facteurs de risque, de sorte que l'information de leur éventuel statut « à risque » ne leur était pas fournie. Les brochures d'information, contrairement au groupe intervention, n'étaient pas remises par le médecin, mais étaient simplement laissées à disposition en salle d'attente. Dans les semaines avant l'étude, les médecins avaient été sensibilisés au dépistage du mélanome grâce à l'e-learning, mais ils n'avaient pas de consignes particulières concernant la réalisation d'un examen cutané.

Suivi à 5 mois

Nous avons recontacté les patients par téléphone cinq mois après, du 5 septembre au 14 octobre 2011. Nous les avons interrogés sur leurs connaissances et leurs comportements de prévention à l'aide d'un questionnaire téléphonique.

Questionnaire téléphonique

En dehors des données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, profession), ce questionnaire comportait quatre parties.

La théorie du comportement planifié (30) a été utilisée dans la littérature pour explorer les comportements de prévention dans le cas des cancers du sein ou du cancer du colon (31) (32). Notre étude s'y est référé et le questionnaire a donc été construit pour explorer à la fois les croyances, les normes subjectives, et la perception du contrôle de soi.

En première partie (q.1-2), les patients devaient dire s'ils se souvenaient avoir vu une affiche portant sur le dépistage du mélanome lors de leur passage au cabinet médical, et s'ils se rappelaient avoir consulté les brochures de l'INCa.

La deuxième partie portait sur les connaissances : connaissance de ce qu'est un mélanome (q.3), et connaissance des facteurs de risque (q.5). Il était demandé au patient s'il pensait être une personne à risque de mélanome (q. 4).

La troisième partie portait sur les croyances : croyance en l'efficacité de la prévention (q.8, 9), et croyance dans sa capacité à s'auto-examiner (q.10).

La quatrième partie explorait les comportements de prévention primaire et secondaire des patients. Cette partie du questionnaire a été construite à partir des recommandations de l'organisation mondiale de la santé (33), du questionnaire adopté par le National Cancer Institute et le Emory Prevention_Research Center (34), et après revue de la littérature (35) (36) (37) (38).

Le questionnaire a été au préalable testé par des médecins généralistes, amenant à privilégier des réponses fermées pour favoriser la compréhension. La durée de passation était d'environ dix minutes.

Le schéma de la page suivante décrit la conception de l'étude, la randomisation des groupes et le nombre de réponses obtenues.

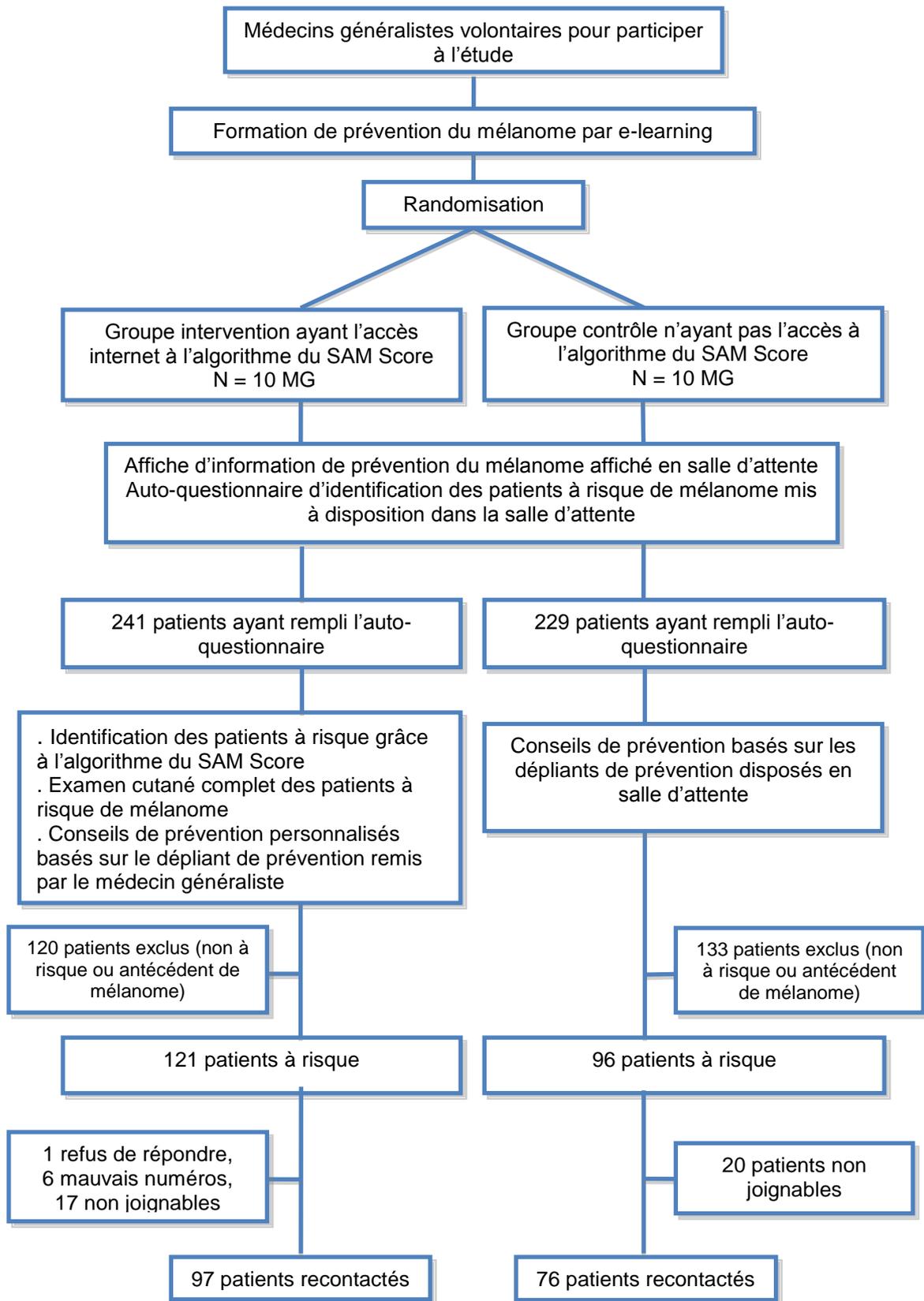


Figure 1 : Résumé de la méthodologie

3. Résultats

Caractéristiques de l'échantillon :

A partir des auto-questionnaires complétés, l'utilisation du SAM Score a permis d'identifier 121 patients à risque dans le groupe intervention, et 96 patients à risque dans le groupe témoin. Parmi eux, respectivement 97 (80%) et 76 (79%) ont pu être recontactés par téléphone cinq mois plus tard (*Figure 2*).

L'âge moyen au sein des deux groupes était respectivement de 43,6 +/- 17,05 ans pour le groupe intervention et 42,8 +/- 14,57 ans pour le groupe témoin.

Les femmes représentaient 76% des inclusions pour chacun des deux groupes. Il n'y avait pas de différence significative de niveaux d'étude entre les deux groupes ($p=0,1043$).

Données collectées :

Mémorisation de la campagne :

Les patients du groupe intervention se souvenaient mieux de l'affichage associé à la campagne de prévention (81% versus 50%, $p=0.00001$), et avaient davantage consulté les dépliants d'information (64% versus 32%, $p=0.00003$).

Cinq mois après l'inclusion, les patients du groupe intervention n'ont pas rapporté plus fréquemment s'être inquiétés de développer un mélanome ($p=0.15$). Ils n'ont pas rediscuté plus fréquemment du mélanome avec leur médecin traitant ($p=0.25$).

	Groupe intervention n=97		Groupe témoin n=76		p
	n	%	n	%	
- souvenir de l'affichage en salle d'attente	79	81	38	50	0.00001
- consultation des brochures InCa en salle d'attente	62	64	24	32	0.00003
- discussion ultérieure avec le médecin traitant	15	15	7	9	0.25
- inquiétude de développer un mélanome	28	29	14	18	0.1525

Tableau 1 : Souvenir de la campagne et discussion ultérieure avec le médecin traitant

Connaissances du risque de mélanome :

Les patients du groupe intervention évaluaient mieux leur statut à risque de mélanome que le groupe témoin (71% versus 42%, $p=0.00025$). La connaissance des facteurs de risque étaient significativement plus élevée dans le groupe intervention pour cinq des 6 items : avoir plus de 20 nævi sur les deux bras ($p=0,02$), avoir des tâches de rousseur ($p=0.007$), être de phototype 1 ou 2 ($p=0.0004$), avoir eu des coups de soleil sévères dans l'enfance ou l'adolescence ($p=0.014$), et avoir un antécédent familial de mélanome ($p=0.031$).

	Groupe intervention n=97		Groupe témoin n=76		p
	n	%	n	%	
- évaluation de leur propre statut à risque de mélanome	69	71	32	42	0.00025
- savoir qu'avoir plus de 20 grains de beauté sur les deux bras est un facteur de risque	76	78	48	63	0.02
- savoir qu'avoir des tâches de rousseur est un facteur de risque	62	64	34	44	0.007
- savoir qu'appartenir aux phototypes 1 ou 2 est un facteur de risque	90	93	55	72	0.0004
- savoir qu'avoir eu des coups de soleil dans son enfance est un facteur de risque	90	93	61	80	0.014
- savoir qu'avoir vécu plus d'un an dans un pays à fort taux d'ensoleillement est un facteur de risque	77	79	58	76	0.415
- savoir qu'avoir dans sa famille proche une personne ayant eu un mélanome est un facteur de risque	62	64	32	42	0.031

Tableau 2 : Connaissances des facteurs de risque de mélanome et autoévaluation du statut à risque.

Comportements de prévention du mélanome :

Le nombre de patients ayant décrit avoir pris des bains de soleil pendant l'été était significativement plus faible dans le groupe intervention que dans le groupe témoin (25% versus 41%, $p= 0,032$). Le nombre de patients ayant réalisé un auto-examen cutané au cours des douze derniers mois était significativement plus élevé dans le groupe intervention que dans le groupe témoin (53% versus 37%, $p=0,046$). 70% des patients du groupe intervention ($n=68$) ont aussi rapporté qu'ils pensaient être capables de détecter la modification d'un grain de beauté, contre 54% des patients du groupe témoin ($n=41$) ($p=0,023$).

Les réponses aux autres items décrivant les comportements de prévention n'étaient pas significativement différentes entre les deux groupes : mise en œuvre de mesures de protection lors de la dernière exposition (67% versus 55%), réalisation de séances d'UV en cabine (10 % versus 7%), coups de soleils durant l'été (27% versus 30%). Les modalités de réalisation de l'auto-examen cutané n'ont pas été significativement différentes entre les deux groupes, qu'il s'agisse du recours à un miroir ou à l'aide d'une tierce personne (75% versus 68%) ou du recours à une photographie (8% versus 7%).

	Groupe intervention n=97		Groupe témoin n=76		p
	n	%	n	%	
- protection du soleil lors de la dernière exposition	65	67	42	55	0.12
- réalisation de bains de soleil	24	25	31	41	0.032
- réalisation de séances d'UV en cabine	10	10	5	6	0.43
- coups de soleil pris cet été	26	27	23	30	0.734
- connaissance de l'application régulière de crème solaire	95	98	72	95	0.406
- horaires d'exposition à éviter de 12 à 16 heures	47	48	28	37	0.164
- réalisation d'un auto-examen cutané dans les 12 derniers mois	51	52	28	37	0.046
- aide d'une tierce personne ou d'un miroir pour la réalisation de l'auto examen cutané	38	74.5	18	24	0.064
- aide d'une photographie pour la réalisation de l'auto examen cutané	4	7.8	2	7.1	0.074

Tableau 3 : comportements de prévention primaire et secondaire des patients.

4. Discussion

Résumé des principaux résultats

L'intervention menée par des médecins généralistes en associant repérage, examen cutané, et conseils de prévention a eu un impact sur les patients, supérieur à une campagne de prévention traditionnelle. Les patients du groupe intervention se souvenaient mieux de la campagne. Cinq mois après l'intervention, leurs connaissances sur facteurs de risque de mélanome étaient significativement meilleures, et deux items faisaient état de comportements de prévention significativement plus adaptés : la réalisation de bains de soleils (prévention primaire), et la réalisation d'auto-examens cutanés (prévention secondaire).

Limites

S'agissant de la représentativité des échantillons, les populations recrutées sont comparables en termes d'âge (43 ans) et de sexe ratio H/F (0.74), alors même qu'il existe probablement un biais de sélection. La part des femmes dans chacun des groupes (76%) fait penser qu'elles sont surreprésentées, ce qui est décrit lorsque l'on s'intéresse à la prévention des cancers (39) (40).

Les données de notre étude sont issues d'un questionnaire et sont donc déclaratives, ce qui est à l'origine d'un biais de désirabilité sociale comme c'est le cas dans de nombreuses enquêtes (41). Cependant, grâce à la randomisation, ce biais devrait s'équilibrer entre les deux groupes et donc est peu susceptible d'avoir un impact sur les résultats.

Comparaison avec la littérature existante

L'amélioration des connaissances suite à une intervention de prévention est décrite par d'autres auteurs, notamment s'agissant du mélanome (42) (43) (44) mais la méthodologie de ces études était des pré et post-test.

Par contre, une augmentation des connaissances n'est pas toujours associée à des modifications de comportements (45) (46). S'agissant de l'exposition solaire, le désir de bronzer serait une barrière importante aux changements de comportement (47). En effet, dans nos sociétés, beaucoup de personnes associent beauté et bronzage. Un résultat immédiat (le bronzage) semble donc avoir une plus grande influence sur les comportements qu'un risque à long terme perçu comme plus théorique (vieillesse de la peau, cancer cutané).

Dans cette étude, le fait de constater une modification des comportements concernant la pratique des bains de soleil (prévention primaire) et la réalisation d'auto-examens cutanés (prévention secondaire) est donc particulièrement pertinent.

Les déterminants de tels changements de comportement pourraient être recherchés dans la théorie de l'action planifiée. En ce qui concerne la réalisation des auto-examens de la peau, le rôle majeur des facteurs psychosociaux a déjà été démontré (48). Une étude a confirmé que le sentiment d'auto-efficacité augmenterait l'adhésion à l'auto-examen cutané (49). Ainsi, les connaissances sur le mélanome (q.3,4,5), la croyance en l'efficacité de l'auto-

examen (q.9) et le sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire le fait de se sentir capable de s'examiner la peau (q.10) seraient des éléments clés pour que les patients modifient leur comportement et réalisent des auto-examens cutanés (cf figure 2).

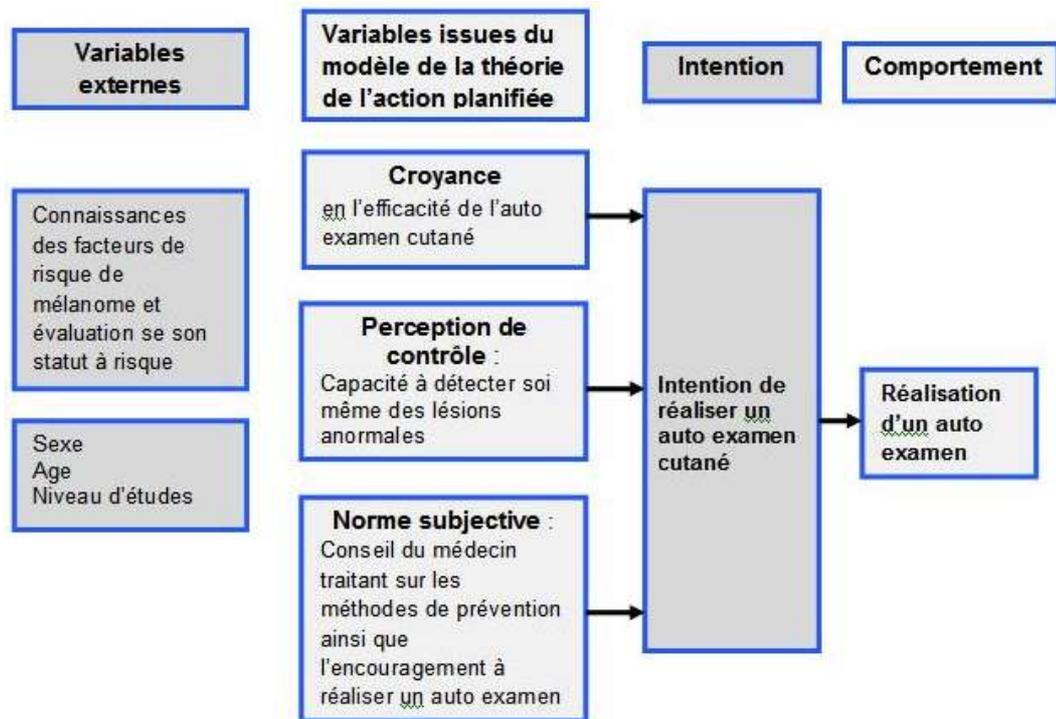


Figure 2 : Modèle inspiré de la théorie de l'action planifiée d'Ajzen afin de comprendre les déterminants aboutissant à la réalisation d'un auto examen cutané

Notre étude montre que le médecin généraliste pourrait jouer un rôle dans la prévention du mélanome en agissant sur ces facteurs. Il peut donner des conseils de prévention primaire et secondaire individuels, mais il peut aussi appuyer son discours et le personnaliser en fonction des résultats de l'examen clinique qu'il réalise sur son patient. En effet, il peut montrer au patient quels nævi sont à surveiller et de quelle manière le faire en s'appuyant notamment sur la règle ABCDE. Le médecin améliore ainsi le sentiment d'auto-efficacité du patient.

Les modalités d'information sont donc primordiales et il a déjà été démontré que des conseils de protection solaire donnés par un médecin généraliste lors d'une consultation ont plus d'impact que l'utilisation d'une seule information écrite (28).

Enfin, des auteurs ont décrit que la perception personnelle du risque entraînerait des comportements de prévention plus adaptés (50). Or, les patients auraient tendance à sous estimer leur risque personnel de mélanome (51). D'après Robinson, la perception du risque augmenterait la performance de l'auto-examen cutané (49). Ainsi, informer les patients de leur statut à risque de mélanome grâce au SAM score pourrait leur faire prendre conscience de leur vulnérabilité, et majorer leurs changements de comportements.

Perspectives pour des recherches futures

Même si la réalisation d'auto-examens cutanés pourrait être une piste pour faire diminuer la mortalité par mélanome, des auteurs soulignent la nécessité d'études qui permettront de déterminer les critères de qualité nécessaires pour ces auto-examens cutanés (15).

Il serait également nécessaire de répéter les évaluations à distance car les études faisant état d'un impact à long terme sont rares.

CONCLUSION

L'augmentation rapide de l'incidence du mélanome et l'importance du diagnostic précoce font de ce cancer un problème de santé publique. La protection solaire et l'auto-examen cutané sont des points clés de la prévention mais modifier les comportements des patients s'avère être un véritable challenge.

Notre étude montre qu'une action de prévention réalisée par le médecin généraliste, associant un repérage des patients à risque, un examen cutané, et des conseils de prévention est plus efficace qu'une campagne de prévention traditionnelle. Les connaissances sont améliorées mais on note également des changements de comportement. La perception du risque semble notamment être un élément important pour favoriser ces modifications de comportement.

Les médecins généralistes pourraient donc identifier les patients à risque de mélanome grâce au SAM score, les informer de leur statut à risque puis leur donner des conseils de prévention solaire ainsi qu'encourager l'auto-examen cutané. La perspective d'une modification des comportements de ces patients à risque sera de diminuer la morbi-mortalité du mélanome.

REFERENCES DE L'ARTICLE

1. GLOBOCAN 2008. Cancer incidence, mortality and prevalence dans le monde. Disponible sur le site <http://globocan.iarc.fr>. (page visitée le 02/11/11)
2. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the world wide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer*. 1999 Mar 15;80(6):827-41.
3. Chérié-Challine L, Halna JM, Remontet L. Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention. *BEH* 2004; 2: 5-8.
4. Balch CM, Soong SJ, Atkins MB, Buzaid AC, Cascinelli N, Coit DG, et al. An evidence-based staging system for cutaneous melanoma. *CA Cancer J Clin*. 2004 May-Jun; 54(3):131-49; quiz 182-4.
5. HAS. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Novembre 2006. Disponible sur le site <http://www.has-sante.fr>. (page visitée le 23/10/11)
6. Lin JS, Eder M, Weinmann S, Zuber SP, Beil TL, Plaut D, Lutz K. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer : Systematic Evidence Review to Update the 2003 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Agency for Healthcare Research and Quality; 2011 Feb
7. Elwood JM, Jopson J. Melanoma and sun exposure: an overview of published studies. *Int. J. Cancer*. 1997 Oct 9; 73(2):198-203.
8. Green AC, Williams GM, Logan V, Strutton GM. Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. *J Clin Oncol*. 2011 Jan 20; 29(3):257-63.
9. National Institute of Health. Diagnosis and treatment of early melanoma. NIH Consensus conference. *JAMA* 1992; 268(10):1314-9.
10. National Health and Medical Research Council, Australian Cancer Network. The management of cutaneous melanoma. Clinical practice guidelines. Canberra: NHMRC; 1999
11. Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P, Orlandi C, et al. Dermatologist detection and skin self-examination are associated with thinner melanomas: results from a

survey of the Italian Multidisciplinary Group on Melanoma. *Arch Dermatol.* 2003 May; 139(5):607-12.

12. Berwick M, Begg CB, Fine JA, Roush GC, Barnhill RL. Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. *J Natl Cancer Inst.* 1996 Jan 3; 88(1):17-23.

13. Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P, Orlandi C, et al. Dermatologist detection and skin self-examination are associated with thinner melanomas: results from a survey of the Italian Multidisciplinary Group on Melanoma. *Arch Dermatol.* 2003 May; 139(5):607-12.

14. Hamidi R, Peng D, Cockburn M. Efficacy of skin self-examination for the early detection of melanoma. *Int J Dermatol.* 2010 Feb; 49(2):126-34.

15. Pollitt RA, Geller AC, Brooks DR, Johnson TM, Park ER, Swetter SM. Efficacy of skin self-examination practices for early melanoma detection. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009 Nov; 18(11):3018-23.

16. Geller AC, Zhang Z, Sober AJ, Halpern AC, Weinstock MA, Daniels S et al. Demierre MF, Brooks DR, Gilchrist B. The first 15 years of the American Academy of Dermatology skin cancer screening programs: 1985-1999. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Jan; 48(1):34-41.

17. Kiekbusch S, Hannich HJ, Isacson A, Johansson A, Lindholm LH, Sager E, Slaug B et al. Impact of a cancer education multimedia device on public knowledge, attitudes, and behaviors: a controlled intervention study in Southern Sweden. *J Cancer Educ.* 2000 Winter; 15(4):232-6.

18. Crane LA, Schneider LS, Yohn JJ, Morelli JG, Plomer KD. "Block the sun, not the fun": evaluation of a skin cancer prevention program for child care centers. *Am J Prev Med.* 1999 Jul; 17(1):31-7.

19. Geller AC, Rutsch L, Kenausis K, Selzer P, Zhang Z. Can an hour or two of protection education keep the sunburn away? Evaluation of the Environmental Protection Agency's Sunwise School Program. *Environ Health.* 2003 Nov 3; 2(1):13.

20. Knight JM, Kirincich AN, Farmer ER, Hood AF. Awareness of the risks of tanning lamps does not influence behavior among college students. *Arch Dermatol.* 2002 Oct; 138(10):1311-5.

21. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975 Jan; 13(1):10-24.
22. Shankland R, Lamboy B. Importance of theoretical models in conceiving and assessing health prevention and promotion programmes. *Pratiques psychologiques*. 2011; 17: 153-172.
23. Godin G, Bélanger-Gravel A, Amireault S, Vohl MC, Pérusse L. The effect of mere-measurement of cognitions on physical activity behavior: a randomized controlled trial among overweight and obese individuals. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011 Jan 11; 8:2.
24. Mirkuzie AH, Sisay MM, Moland KM, Astrøm AN. Applying the theory of planned behaviour to explain HIV testing in antenatal settings in Addis Ababa - a cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2011 Aug 18; 11:196.
25. Leventhal H, Kelly K, Leventhal EA. Population risk, actual risk, perceived risk, and cancer control: a discussion. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 1999 ;(25):81-5.
26. Mahler HI, Kulik JA, Gerrard M, Gibbons FX. Long-term effects of appearance-based interventions on sun protection behaviors. *Health Psychol*. 2007 May; 26(3):350-60.
27. Emmons KM, Geller AC, Puleo E, Savadatti SS, Hu SW, Gorham S, Werchniak AE; Dana-Farber Skin Cancer Screening Group. Skin cancer education and early detection at the beach: a randomized trial of dermatologist examination and biometric feedback. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Feb; 64(2):282-9.
28. Falk M, Magnusson H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: an effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? *Scand J Prim Health Care*. 2011.
29. Quéreux G, Moyse D, Lequeux Y, Jumbou O, Brocard A, Antonioli D, Dréno B, Nguyen JM. Development of an individual score for melanoma risk. *Eur J Cancer Prev*. 2011 May; 20(3):217-24.
30. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Org. Behav. Hum. Decis. Proc*. 50:179–211. 1991.
31. Blanchard CM, Courneya KS, Rodgers WM, Murnaghan DM. Determinants of exercise intention and behavior in survivors of breast and prostate cancer: an application of the theory of planned behavior. *Cancer Nurs*. 2002 Apr; 25(2):88-95.

32. Courneya KS, Friedenreich CM. Determinants of exercise during colorectal cancer treatment: an application of the theory of planned behavior. *Oncol Nurs Forum*. 1997 Nov-Dec; 24(10):1715-23.
33. World Health Organization. *Global solar UV index: A practical guide*. Geneva: World Health Organization; 2002. p.1-18.
34. Glanz K, Yaroch AL, Dancel M, Saraiya M, Crane LA, Buller DB, et al. Measures of sun exposure and sun protection practices for behavioral and epidemiologic research. *Arch Dermatol*. 2008 Feb; 144(2):217-22.
35. Gómez-Moyano E, de Ramón E, Martínez-García S, Gómez R, Crespo-Erchiga V, Crespo A, Ojeda A. Impact of melanoma diagnosis on sun protection. *Actas Dermosifiliogr*. 2010 Jul; 101(6):506-16.
36. Castilho IG, Sousa MA, Leite RM. Photoexposure and risk factors for skin cancer: an evaluation of behaviors and knowledge among university students. *An Bras Dermatol*. 2010 Apr; 85(2):173-8.
37. Saridi M, Pappa V, Kyriazis I, Toska A, Giolis A, Liachapoulou A, Skliros E, Birbas K. Knowledge and attitudes to sun exposure among adolescents in Korinthos, Greece. *Rural Remote Health*. 2009 Oct-Dec;9(4):1162.
38. DeTroya-Martín M, Blázquez-Sánchez N, Rivas-Ruiz F, Fernández-Canedo I, Rupérez-Sandoval A, Pons-Palliser J, Perea-Milla E. Validation of a Spanish questionnaire to evaluate habits, attitudes, and understanding of exposure to sunlight: "the beach questionnaire". *Actas Dermosifiliogr*. 2009 Sep; 100(7):586-95.
39. Sach TH, Whynes DK. Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BMC Public Health*. 2009 Nov 24; 9:431.
40. Göbl CS, Ortag F, Bozkurt L, Smeikal A, Dadak C, Kautzky-Willer A. Health behaviour and attitude towards screening examinations in an Austrian urban and rural population: gender aspects - screening and sex. *Wien Med Wochenschr*. 2011 Mar; 161(5-6):143-8.
41. Glanz K, Mayer JA. Reducing ultraviolet radiation exposure to prevent skin cancer methodology and measurement. *Am J Prev Med*. 2005 Aug; 29(2):131-42.
42. Broadwater C, Heins J, Hoelscher C, Mangone A, Rozanas C. Skin and colon cancer media campaigns in Utah. *Prev Chronic Dis*. 2004 Oct; 1(4):A18.

43. Glanz K, Maddock JE, Lew RA, Murakami-Akatsuka L. A randomized trial of the Hawaii SunSmartprogram's impact on outdoor recreation staff. *J Am Acad Dermatol.* 2001 Jun; 44(6):973-8.
44. Miller DR, Geller AC, Wood MC, Lew RA, Koh HK. The Falmouth Safe Skin Project: evaluation of a community program to promote sun protection in youth. *Health Educ Behav.* 1999 Jun; 26(3):369-84.
45. Quéreux G, Nguyen JM, Volteau C, Dréno B. Prospective trial on a school-based skin cancer prevention project. *Eur J Cancer Prev.* 2009 Apr; 18(2):133-44.
46. Milne E, Jacoby P, Giles-Corti B, Cross D, Johnston R, English DR. The impact of the kidskin sun protection intervention on summer suntan and reported sun exposure: was it sustained? *Prev Med.* 2006 Jan; 42(1):14-20.
47. Boggild AK, From L. Barriers to sun safety in a Canadian outpatient population. *J Cutan Med Surg.* 2003 Jul-Aug; 7(4):292-9.
48. Robinson JK, Fisher SG, Turrisi RJ. Predictors of skin self-examination performance. *Cancer.* 2002 Jul 1; 95(1):135-46.
49. Hay JL, Oliveria SA, Dusza SW, Phelan DL, Ostroff JS, Halpern AC. Psychosocial mediators of a nurse intervention to increase skin self-examination in patients at high risk for melanoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006 Jun; 15(6):1212-6.
50. Kim SE, Pérez-Stable EJ, Wong S, Gregorich S, Sawaya GF, Walsh JM, Kaplan CP. Association between cancer risk perception and screening behavior among diverse women. *Arch Intern Med.* 2008 Apr 14; 168(7):728-34.
51. Bränström R, Kristjansson S, Ullén H. Risk perception, optimistic bias, and readiness to change sun related behaviour. *Eur J Public Health.* 2006Oct; 16(5):492-7.

BIBLIOGRAPHIE

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *Int J Cancer*. 2001 Oct 15;94(2):153-6.
2. GLOBOCAN 2008. Cancer incidence, mortality and prevalence dans le monde. Disponible sur <http://globocan.iarc.fr>. (page visitée le 02/11/11)
3. Erdei E, Torres SM. A new understanding in the epidemiology of melanoma. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2010 Nov; 10(11):1811-23.
4. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer*. 1999 Mar 15; 80(6):827-41.
5. DeVries E, Bray FI, Coebergh JW, Parkin DM. Changing epidemiology of malignant cutaneous melanoma in Europe 1953-1997: rising trends in incidence and mortality but recent stabilizations in western Europe and decreases in Scandinavia. *Int J Cancer*. 2003 Oct 20;107(1):119-26.
6. Estimation de l'incidence et de la mortalité pour le mélanome de la peau en Europe. Observatoire européen du cancer. Disponible sur <http://eu-cancer.iarc.fr> (page visitée le 28/11/11)
7. Vinceti M, Bergomi M, Borciani N, Serra L, Vivoli G. Rising melanoma incidence in an Italian community from 1986 to 1997. *Melanoma Res*. 1999 Feb;9(1):97-103.
8. Chérié-Challine L, Halna JM, Remontet L. Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention. *BEH* 2004; 2: 5-8.
9. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010.p 38, disponible sur <http://www.Invs.sante.fr> (page visitée le 28/11/11)
10. Epidémiologie du mélanome cutané en France métropolitaine. Incidence et mortalité, disponible sur <http://lesdonnees.e-cancer.fr>
11. Lipsker DM, Hedelin G, Heid E, Grosshans EM, Cribier BJ. Striking increase of thin melanomas contrasts with stable incidence of thick melanomas. *Arch Dermatol* . 1999 Dec; 135(12):1451-6.

12. Remontet L, Estève J, Bouvier AM, Grosclaude P, Launoy G, MenegozFet al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. Rev Epidemiol Sante Publique. 2003Feb; 51(1 Pt 1):3-30.
13. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, MelchiCF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. Eur J Cancer. 2005 Jan; 41(1):28-44.
14. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, MelchiCF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. EurJCancer. 2005 Jan; 41(1):45-60.
15. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, Boyle P, Melchi CF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. Eur J Cancer. 2005Sep;41(14):2040-59.
16. Tromme I, Richez P. Epidémiologie, facteurs de risque et dépistage du mélanome. Louvain Med2007, vol. 126, n°6: 190-200
17. Gallagher RP, Spinelli JJ, Lee TK. Tanningbeds, sunlamps, and risk of cutaneous malignant melanoma. CancerEpidemiolBiomarkers Prev. 2005Mar; 14(3):562-6.
18. Veierød MB, Adami HO, Lund E, Armstrong BK, Weiderpass E. Sun and solarium exposure and melanoma risk: effects of age, pigmentary characteristics, and nevi. Cancer EpidemiolBiomarkersPrev. 2010 Jan;19(1):111-20.
19. HAS. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Novembre 2006. Disponible sur le site <http://www.has-sante.fr>. (page visitée le 03/12/11)
20. Hollenbeak CS, Todd MM, Billingsley EM, Harper G, Dyer AM, Lengerich EJ. Increased incidence of melanoma in renal transplantation recipients. Cancer. 2005Nov 1; 104(9):1962-7.
21. Wallon-Dumon G, Dréno B. The clinical diagnosis of melanoma. Presse Med.2003 Jan 11; 32(1):33-8. French.
22. Balch CM, Soong SJ, Atkins MB, Buzaid AC, Cascinelli N, Coit DG, et al. An evidence-based staging system for cutaneous melanoma. CA Cancer J Clin. 2004May-Jun; 54(3):131-49; quiz 182-4.

23. Losina E, Walensky RP, Geller A, Beddingfield FC 3rd, Wolf LL, Gilchrest BA, Freedberg KA. Visual screening for malignant melanoma: a cost-effectiveness analysis. *ArchDermatol*. 2007 Jan; 143(1):21-8
24. Freedberg KA, Geller AC, Miller DR, Lew RA, Koh HK. Screening for malignant melanoma: A cost-effectiveness analysis. *J Am AcadDermatol*. 1999 Nov; 41(5 Pt
25. Lin JS, Eder M, Weinmann S, Zuber SP, Beil TL, Plaut D, Lutz K. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: Systematic Evidence Review to Update the 2003 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Feb.
26. Green AC, Williams GM, Logan V, Strutton GM. Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. *J ClinOncol*. 2011 Jan20; 29(3):257-63.
27. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *JClinOncol*. 2009 Dec20; 27(36):6199-206.
28. Thomas L, Tranchand P, Berard F, Secchi T, Colin C, Moulin G. Semiological value of ABCDE criteria in the diagnosis of cutaneous pigmented tumors. *Dermatology*. 1998; 197(1):11-7.
29. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I, Kopf AW, Polsky D. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. *JAMA*. 2004 Dec 8; 292(22):2771-6.
30. Mackie RM. Malignant melanoma: a guide to early diagnosis. Glasgow (UK): university of glasgow; 1989.
31. Grob JJ, Bonerandi JJ. The 'uglyduckling' sign: identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. *ArchDermatol*. 1998 Jan;134(1):103-4.
32. Gachon J, Beaulieu P, Sei JF, Gouvernet J, Claudel JP, Lemaitre M, Richard MA, Grob JJ. First prospective study of the recognition process of melanoma in dermatological practice. *ArchDermatol*. 2005 Apr; 141(4):434-8.
33. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol*. 2002 Mar;3(3):159-65.

34. Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P, Orlandi C, et al. Self-detected cutaneous melanomas in Italian patients. *ClinExpDermatol*. 2004 Nov; 29(6):593-8
35. Brady MS, Oliveria SA, Christos PJ, Berwick M, Coit DG, Katz J, Halpern AC. Patterns of detection in patients with cutaneous melanoma. *Cancer*. 2000 Jul 15; 89(2):342-7.
36. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (I): the role of patients. *Int J Cancer*. 2000 May 20; 89(3):271-9.
37. Berwick M, Begg CB, Fine JA, Roush GC, Barnhill RL. Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. *J Natl Cancer Inst*. 1996 Jan 3; 88(1):17-23.
38. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW. Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. *CA Cancer J Clin*. 1985 May-Jun; 35(3):130-51.
39. Pollitt RA, Geller AC, Brooks DR, Johnson TM, Park ER, Swetter SM. Efficacy of skin self-examination practices for early melanoma detection. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009 Nov; 18(11):3018-23
40. Aitken JF, Janda M, Lowe JB, Elwood M, Ring IT, Youl PH, Firman DW. Prevalence of whole-body skin self-examination in a population at high risk for skin cancer (Australia). *Cancer Causes Control*. 2004 Jun; 15(5):453-63.
41. Weinstock MA, Risica PM, Martin RA, Rakowski W, Dubé C, Berwick M, Goldstein MG, Acharyya S, Lasater T. Melanoma early detection with thorough skin self-examination: the "Check It Out" randomized trial. *Am J Prev Med*. 2007 Jun; 32(6):517-24.
42. Falk M, Magnusson H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: an effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? *Scand J PrimHealth Care*. 2011 Sep; 29(3):135-43.
43. Epstein DS, Lange JR, Gruber SB, Mofid M, Koch SE. Is physician detection associated with thinner melanomas? *JAMA*. 1999 Feb 17; 281(7):640-3
44. Kiekbusch S, Hannich HJ, Isacson A, Johansson A, Lindholm LH, Sager E, Slaug B et al. Impact of a cancer education multimedia device on public knowledge, attitudes, and behaviors: a controlled intervention study in Southern Sweden. *J Cancer Educ*. 2000 Winter; 15(4):232-6.

45. Smith BJ, Ferguson C, McKenzie J, Bauman A, Vita P. Impacts from repeated mass media campaigns to promote sun protection in Australia. *Health Promot Int.* 2002Mar; 17(1):51-60.
46. Broadwater C, Heins J, Hoelscher C, Mangone A, Rozanas C. Skin and colon cancer media campaigns in Utah. *Prev Chronic Dis.* 2004 Oct;1(4):A18.
47. Milne E, English DR, Johnston R, Cross D, Borland R, Giles-Corti B et al. Reduced sun exposure and tanning in children after 2 years of a school-based intervention (Australia). *Cancer Causes Control.* 2001 Jun; 12(5):387-93.
48. Milne E, Jacoby P, Giles-Corti B, Cross D, Johnston R, English DR. The impact of the kidskin sun protection intervention on summer suntan and reported sun exposure: was it sustained? *Prev Med.* 2006 Jan; 42(1):14-20.
49. Glanz K, Lew RA, Song V, Murakami-Akatsuka L. Skin cancer prevention in outdoor recreation settings: effects of the Hawaii SunSmart Program. *Eff Clin Pract.* 2000 Mar-Apr; 3(2):53-61.
50. Geller AC, Rutsch L, Kenausis K, Selzer P, Zhang Z. Can an hour or two of protection education keep the sunburn away? Evaluation of the Environmental Protection Agency's Sunwise School Program. *Environ Health.* 2003 Nov 3; 2(1):13.
51. Glanz K, Geller AC, Shigaki D, Maddock JE, Isnec MR. A randomized trial of skin cancer prevention in aquatics settings: the Pool Cool program. *Health Psychol.* 2002 Nov; 21(6):579-87.
52. Crane LA, Schneider LS, Yohn JJ, Morelli JG, Plomer KD. "Block the sun, not the fun": evaluation of a skin cancer prevention program for child care centers. *Am J Prev Med.* 1999 Jul; 17(1):31-7.
53. Emmons KM, Geller AC, Puleo E, Savadatti SS, Hu SW, Gorham S, Werchaniak AE; Dana-Farber Skin Cancer Screening Group. Skin cancer education and early detection at the beach: a randomized trial of dermatologist examination and biometric feedback. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Feb; 64(2):282-9.
54. Quéreux G, Nguyen JM, Volteau C, Dréno B. Prospective trial on a school-based skin cancer prevention project. *Eur J Cancer Prev.* 2009 Apr; 18(2):133-44.

55. Mauad EC, Silva TB, Latorre MR, Vieira RA, Haikel RL Jr, Vazquez VL, et al. Opportunistic screening for skin cancer using a mobile unit in Brazil. *BMC Dermatol.* 2011 Jun 6; 11:12.
56. Salvio AG, Assumpção Júnior A, Segalla JG, Panfilo BL, Nicolini HR, Didone R. One year experience of a model for melanoma continuous prevention in the city of Jaú (São Paulo), Brazil. *An Bras Dermatol.* 2011 Aug; 86(4):669-74. English, Portuguese.
57. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q.* 1984 Spring; 11(1):1-47.
58. Abbaszadeh A, Borhani F, Asadi N. Effects of health belief model-based videotraining about risk factors on knowledge and attitude of myocardial infarction patients after discharge. *J Res Med Sci.* 2011 Feb; 16(2):195-9.
59. Sharifirad G, Pirzadeh A, Azadbakht L. Knowledge and practice in association with self-medication of nutrient supplements, herbal and chemical pills among women based on Health Belief Model. *J Res Med Sci.* 2011 Jun; 16(6):852-3
60. Bandura A. Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977 Mars; 84(2):191-215.
61. Keller C, Fleury J, Gregor-Holt N, Thompson T. Predictive ability of social cognitive theory in exercise research: an integrated literature review. *Online J Knowl Synth Nurs.* 1999 Jan 5; 6:2.
62. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*, Don Mills, Addison-wesley. 1975
63. Valois P, Desharnais R, Gogin G. A comparison of the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitudinal models for the prediction of exercise intention and behavior. *J Behav Med.* 1988 Oct; 11 (5): 459-72.
64. Jo H, Lee S, Ahn MO, Jung SH. Structural relationship of factors affecting health promotion behaviors of Korean urban residents. *Health Promot Int.* 2003 sep; 18 (3): 229-36.
65. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Org. Behav. Hum. Decis. Proc.* 50:179–211. 1991.

66. Ajzen, I. Attitudes, traits and actions: dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In L. Berkowitz (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 20. New York: Academic Press, 1–64. 1987.
67. Doll J, Mentz M, Orth B. Prediction of goal-directed behavior: attitude, subjective behavioral competence and emotions. *Z ExpAngew Psychol*. 1991; 38 (4): 539-59.
68. Godin G, Bélanger-Gravel A, Amireault S, Vohl MC, Pérusse L. The effect of mere-measurement of cognitions on physical activity behavior: a randomized controlled trial among overweight and obese individuals. *Int J BehavNutrPhysAct*. 2011 Jan 11; 8:2.
69. Gullate M. The influence of spirituality and religiosity on breast cancer screening delay in African American women: application of the Theory of Reasoned Action and Planned Behavior (TRA/TPB). *ABNF J*. 2006 Spring; 17(2):89-94.
70. Jones LW, Courneya KS, Fairey AS, Mackey JR. Does the theory of planned behavior mediate the effects of an oncologist's recommendation to exercise in newly diagnosed breast cancer survivors? Results from a randomized controlled trial. *Health Psychol*. 2005 Mar; 24(2):189-97.
71. Blanchard CM, Courneya KS, Rodgers WM, Murnaghan DM. Determinants of exercise intention and behavior in survivors of breast and prostate cancer: an application of the theory of planned behavior. *Cancer Nurs*. 2002 Apr; 25(2):88-95.
72. Courneya KS, Friedenreich CM. Determinants of exercise during colorectal cancer treatment: an application of the theory of planned behavior. *OncolNurs Forum*. 1997 Nov-Dec; 24(10):1715-23..
73. Seo HS, Lee SK, Nam S. Factors influencing fast food consumption behaviors of middle-school students in Seoul: an application of theory of planned behaviors. *Nutr Res Pract*. 2011 Apr; 5(2):169-78
74. Mirkuzie AH, Sisay MM, Moland KM, Astrøm AN. Applying the theory of planned behaviour to explain HIV testing in antenatal settings in Addis Ababa - a cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2011 Aug 18; 11:196.
75. Quéreux G, Moyse D, Lequeux Y, Jumbou O, Brocard A, Antonioli D, Dréno B, Nguyen JM. Development of an individual score for melanoma risk. *Eur J Cancer Prev*. 2011 May (3):217-24

ANNEXES

Listes des Annexes :

- 1) La règle ABCDE
- 2) Etude COPARIME
- 3) Auto-questionnaire d'évaluation de risque de mélanome
- 4) Affiche de prévention du mélanome
- 5) Affiche des phototypes
- 6) Dépliant INCa
- 7) Questionnaire téléphonique
- 8) Tableau de recueil de données
- 9) Tableau d'analyse des résultats

1. La règle ABCDE, Source INCa

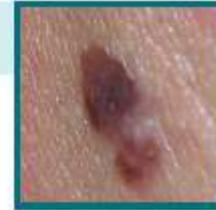
BÉNIN
(PAS INQUIÉTANT)



- **A** comme **Asymétrie**

Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale, dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour du centre.

MALIN
(INQUIÉTANT)



- **B** comme **Bords irréguliers**

Bords déchiquetés, mal délimités.



- **C** comme **Couleur non homogène**

Présence désordonnée de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc).



- **D** comme **Diamètre**

Diamètre en augmentation.

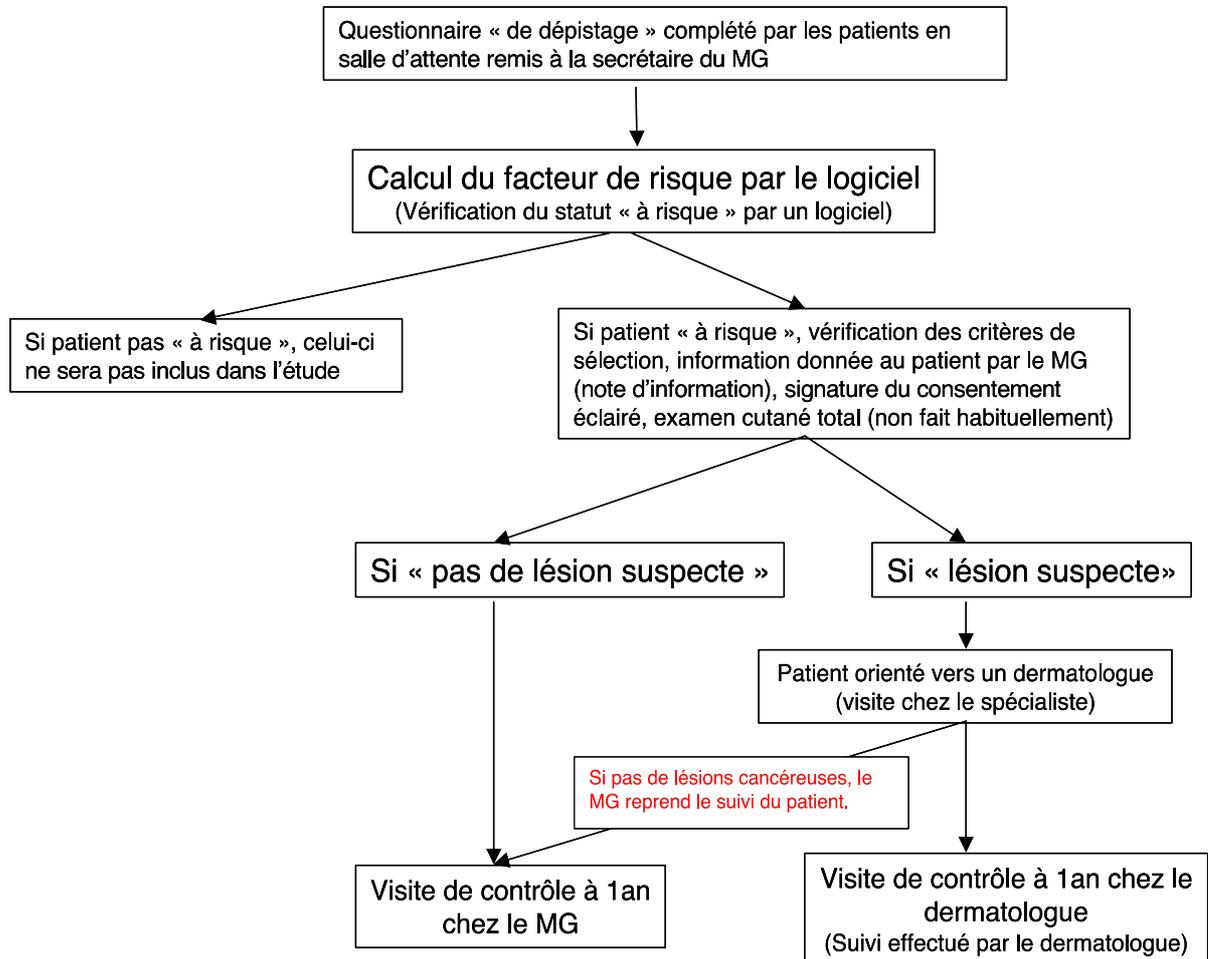


- **E** comme **Évolution**

Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur.

La présence d'un ou plusieurs de ces signes ne signifie pas forcément que vous avez un mélanome, mais justifie de **demandeur un avis médical sans attendre.**

2. Etude COPARIME



3. Auto-questionnaire d'évaluation de risque de mélanome.



COPARIME 5000



COhorte de PAtiens à RISque de MELanome

QUESTIONNAIRE POUR UNE THESE DE MEDECINE

Dans le cadre de notre thèse de médecine, nous travaillons avec le service de dermatologie du CHU de Nantes sur les grains de beauté qui peuvent devenir cancéreux. Pourriez-vous compléter les quelques informations ci-dessous, puis remettre le document à l'endroit prévu à cet effet ?

NB : nous vous demandons votre numéro de téléphone afin de pouvoir vous recontacter éventuellement pour quelques informations complémentaires.

Sophie Clouet, Christelle Rivière

internes de médecine générale à la faculté de Nantes

Voici 8 affirmations. Pour chacune d'elles, je coche la case à droite si l'affirmation est vraie.

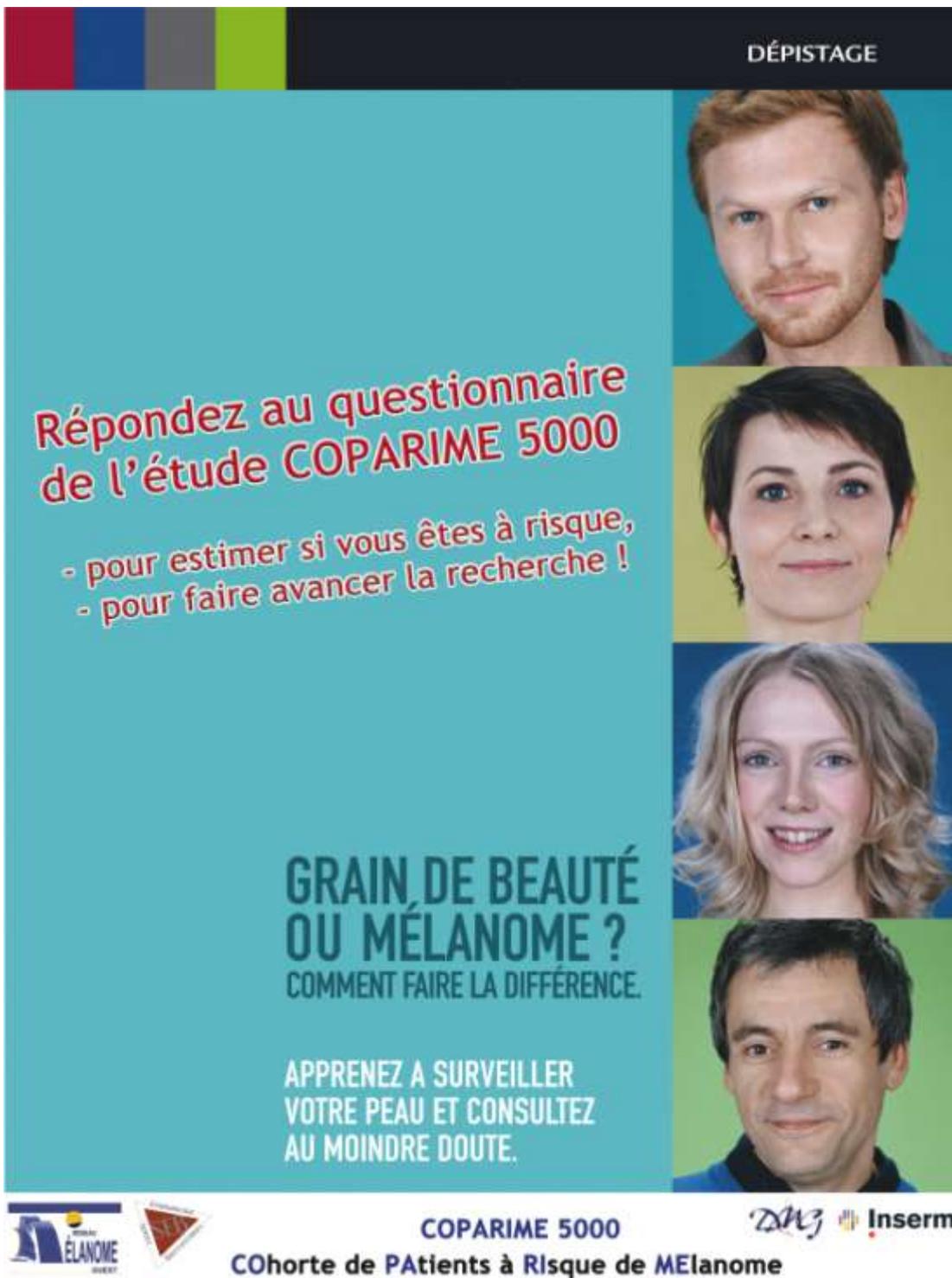
1	J'ai plus de 60 ans.	<input type="checkbox"/>
2	J'ai plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des 2 bras (bras et avant bras).	<input type="checkbox"/>
3	J'ai des taches de rousseur.	<input type="checkbox"/>
4	Sachant qu'il existe 6 phototypes (voir poster), je pense appartenir aux phototypes I ou II. Phototype I : <i>peau très claire, cheveux blond ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité de bronzer avec coups de soleils constant après une exposition solaire.</i> Phototype II : <i>peau claire, cheveux clairs ou châtains, yeux clairs, coups de soleil fréquents</i> NB : Si vous pensez être de phototype III, IV, V, ou VI, NE COCHEZ PAS CETTE CASE.	<input type="checkbox"/>
5	Au cours de mon enfance ou de mon adolescence, j'ai déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques, brûlures solaires).	<input type="checkbox"/>
6	J'ai vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen Orient, Dom-Tom, Sud des USA, Australie...).	<input type="checkbox"/>
7	J'ai déjà eu au cours de ma vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau, qui touche les cellules responsables de la pigmentation).	<input type="checkbox"/>
8	Un membre de ma famille proche (parent, enfant, frère ou sœur) a déjà eu un mélanome.	<input type="checkbox"/>

Si vous n'êtes concerné(e) par aucune de ces propositions, cochez cette case

Date du jour :

numéro de téléphone :

4. Affiche de prévention du mélanome



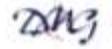
DÉPISTAGE

Répondez au questionnaire
de l'étude COPARIME 5000

- pour estimer si vous êtes à risque,
- pour faire avancer la recherche !

GRAIN DE BEAUTÉ
OU MÉLANOME ?
COMMENT FAIRE LA DIFFÉRENCE.

APPRENEZ A SURVEILLER
VOTRE PEAU ET CONSULTEZ
AU MOINDRE DOUTE.

  COPARIME 5000  Inserm

COHORTE de PATIENTS à RISQUE de MELANOME

5. Affiche des phototypes



COPARIME 5000
 COhorte de PATients à Risque de MELanome
 


LES PHOTOTYPES

Phototype 1	Phototype 2	Phototype 3	Phototype 4	Phototype 5	Phototype 6
					
Peau blanche	Peau claire	Peau moyenne	Peau mate	Peau brune foncée	Peau noire
Cheveux blonds/roux	Cheveux blonds/roux/châtains	Cheveux châains/bruns	Cheveux bruns/noirs	Cheveux noirs	Cheveux noirs
Yeux bleus/verts	Yeux verts/bruns	Yeux bruns	Yeux bruns/noirs	Yeux noirs	Yeux noirs
Prend facilement des coups de soleil	Prend facilement des coups de soleil	Prend peu de coups de soleil	Prend rarement des coups de soleil	Prend rarement des coups de soleil	Ne prend jamais de coups de soleil
Ne bronze jamais	Bronze à peine	Bronze graduellement	Bronze toujours	Bronze beaucoup	

6. Dépliant Inca

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE, MEILLEURE CHANCE DE GUÉRISON

Le mélanome est le cancer de la peau le plus grave. Lorsqu'il est détecté tôt à un stade peu développé, il peut la plupart du temps être guéri.

En revanche, en cas de diagnostic tardif, les traitements existants sont beaucoup moins efficaces. Or, quelques mois peuvent suffire pour qu'un mélanome devienne très agressif et s'étende à d'autres parties du corps (métastases).

Agir rapidement est donc vital : d'où l'importance de surveiller sa peau.

QUEL EST VOTRE RISQUE ?

Tout le monde est susceptible de développer un mélanome et on peut être touché à tout âge, même jeune. Cependant, nous ne sommes pas tous égaux face à ce risque.

SURVEILLES PARTICULIÈREMENT VOTRE PEAU SI :

- vous avez la peau claire, les cheveux blonds ou roux et vous bronzes difficilement ;
- vous avez de nombreuses taches de rousseurs ;
- vous avez de nombreux grains de beauté (≥ 40) ;
- vous avez des grains de beauté larges (+ de 5mm) et irréguliers ;
- vous avez ou des membres de votre famille ont déjà eu un mélanome ;
- vous avez reçu des coups de soleil sévères pendant l'enfance ou l'adolescence ;
- vous avez vécu longtemps dans un pays de forte exposition solaire ;
- votre mode de vie (profession ou activité de loisir) donne lieu à des expositions solaires intenses.

LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS ALERTER

Comment faire la différence entre un grain de beauté (bénin) et un mélanome (malin) ? Voici les trois éléments à retenir :

• Repérez le grain de beauté différent des autres

Tous les grains de beauté d'une même personne se ressemblent. Celui qui n'est pas comme les autres doit donc attirer votre attention (principe du « vilain petit canard »).

• Soyez vigilant à tout changement

Une nouvelle tache brune qui apparaît sur votre peau (cas le plus fréquent) ou un grain de beauté qui change d'aspect rapidement (dans sa forme, sa taille, sa couleur ou son épaisseur) doivent vous alerter.

• Aidez-vous de la règle ABCDE

Pour reconnaître les signes suspects, entraînez votre œil avec des photographies et gardez à l'esprit les critères de la règle ABCDE.

BÉNIN (PAS INQUIÉTANT)		MALIN (INQUIÉTANT)
	<ul style="list-style-type: none"> A comme Asymétrie Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale, dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour du centre. 	
	<ul style="list-style-type: none"> B comme Bords irréguliers Bords déchiquetés, mal délimités. 	
	<ul style="list-style-type: none"> C comme Couleur non homogène Présence désordonnée de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc). 	
	<ul style="list-style-type: none"> D comme Diamètre Diamètre en augmentation. 	
	<ul style="list-style-type: none"> E comme Évolution Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur. 	

La présence d'un ou plusieurs de ces signes ne signifie pas forcément que vous avez un mélanome, mais justifie de demander un avis médical sans attendre.

QUI CONSULTER ET A QUELLE FRÉQUENCE ?

Si vous repérez une tache suspecte sur votre peau ou si vous présentez certains facteurs de risque, consultez votre médecin traitant. Il vous orientera si besoin vers un dermatologue.

C'est le dermatologue qui est expert pour réaliser l'examen clinique de la peau, confirmer ou non une suspicion de mélanome et retirer une lésion suspecte si nécessaire.

La fréquence de la surveillance doit être évaluée avec votre dermatologue. Pour les personnes « à risque », il est généralement recommandé :

- d'effectuer un auto-examen de la peau par trimestre,
- de se faire examiner par un dermatologue une fois par an.

L'AUTO-EXAMEN DE LA PEAU

Si vous êtes sujet à risque, votre dermatologue vous formera à la pratique de l'auto-examen.

Il s'agit d'observer attentivement sa peau nue 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 entre les doigts, organes génitaux...).

LE DÉPISTAGE, UN EXAMEN SIMPLE ET INDOLORE

Les dermatologues le pratiquent tous les jours dans leur cabinet. C'est un examen visuel complet de la peau destiné à repérer les taches ou grains de beauté pouvant faire suspecter un cancer.

Le dermatologue peut s'aider d'un appareil d'optique grossissant, le dermoscope. Chez les personnes ayant de nombreux grains de beauté, il peut aussi prendre des photographies.

S'il identifie une tache suspecte, il propose alors soit de la surveiller, soit de la retirer sous anesthésie locale et de la faire analyser pour confirmer ou non le diagnostic.

IL EXISTE D'AUTRES TYPES DE CANCERS DE LA PEAU

On les appelle les **carcinomes**. Ce sont les plus fréquents, mais ils sont facilement guérissables dans la majorité des cas. Non traités à temps, ils peuvent cependant entraîner des conséquences sérieuses.

Ils apparaissent le plus souvent après 50 ans, sur les parties découvertes du corps (visage, cou, épaules, avant-bras, mains...).

Une plaie qui ne cicatrise pas, un bouton ou une croûte qui persiste et se modifie doivent vous conduire à demander un avis médical.

PROTÉGEZ-VOUS DES UV, C'EST LA MEILLEURE PREVENTION

L'exposition excessive aux rayons ultraviolets est à l'origine de la grande majorité des cancers de la peau. Pour limiter les risques face au soleil, adoptez quelques réflexes simples de protection :

Les ultraviolets artificiels sont eux aussi dangereux pour votre peau : évitez de vous rendre aux cabines de bronzage. Si vous avez moins de 18 ans, leur usage vous est interdit.

DÉTECTION PRÉCOCE DU MÉLANOME

Parlez-en avec votre médecin traitant ou votre dermatologue.

Pour en savoir plus :

www.e-cancer.fr

ou

CANCER INFO
0810 810 821

Prix d'un appel local



Ne pas fumer sur la voie publique
SIREN : 109 512 777 - Février 2010 - Par: CERNELLO

DÉPISTAGE

GRAIN DE BEAUTÉ OU MÉLANOME ?

COMMENT FAIRE LA DIFFÉRENCE.

APPRENEZ À SURVEILLER VOTRE PEAU ET CONSULTEZ AU MOINDRE DOUTE.

www.e-cancer.fr



7. Questionnaire téléphonique

COPARIME

QUESTIONNAIRE MESURANT L'IMPACT SUR LES COMPORTEMENTS

Lors de votre passage le... avril 2011 chez votre médecin généraliste, le Dr... il y avait une campagne de dépistage portant sur le mélanome.

C'est à ce sujet que je vous recontacte aujourd'hui. Dans le cadre de ma thèse, je souhaiterais vous poser quelques questions afin de mesurer l'impact de cette campagne sur les comportements de protection solaire. Notre entretien durera environ 10 minutes.

EVALUATION DE LA CAMPAGNE DE DEPISTAGE :

1- Avez vous souvenir d'avoir vu l'affichage correspondant à cette campagne de prévention ?

Oui non

2- Avez-vous consulté les dépliants sur le mélanome mis à votre disposition ?

Oui non

CONNAISSANCES ET ATTITUDES VIS-A-VIS DU RISQUE DE MELANOME

3- Pour vous, un mélanome c'est :

Une lésion bénigne comme les grains de beauté Un type de cancer cutané NSP

Réponse : c'est un type de cancer de la peau.

4- Pensez-vous être une personne « à risque » de développer un mélanome ? Oui non

5- Je vais vous citer 6 propositions. Considérez-vous que ce soient des facteurs de risque de mélanome ?

	Oui	Non	NSP
avoir plus de 20 grains de beauté sur les 2 bras			
avoir des taches de rousseur			
appartenir au phototype 1 ou 2			
avoir eu des coups de soleil dans son enfance			
avoir vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen Orient, DOM TOM, Sud des Etats Unis, Australie)			
avoir dans sa famille proche une personne ayant eu un mélanome			

6- Avez-vous parlé du mélanome avec votre médecin traitant depuis votre consultation du mois d'avril? Oui non

7-Depuis votre passage au cabinet médical, vous êtes-vous inquiété de développer un mélanome ?

Oui non

EFFICACITE DE LA PREVENTION ET CAPACITE DE DEPISTAGE

8- Pensez-vous que l'utilisation de la crème solaire permette de diminuer le risque de mélanome ?

Oui non

9- Pensez-vous que le fait de s'examiner la peau puisse améliorer le dépistage du mélanome ?

Oui non

10- A votre avis, si vos grains de beauté changeaient d'aspect, seriez-vous capable de le remarquer ?

Oui non

CONNAISSANCES ET COMPORTEMENT DE PROTECTION SOLAIRE

11- La dernière fois que vous avez pratiqué une activité de plein air (*jardinage, vélo, promenade...*) pendant un jour chaud et ensoleillé, vous êtes vous protégé du soleil ?

Oui non

12- Faites vous des bains de soleil ? Passez-vous souvent du temps au soleil dans le but de bronzer ?

Oui non

12 bis (Si oui) Cet été pendant vos vacances combien avez-vous fait de bains de soleil ?

<5 entre 5 et 10 > 10

13- Faites vous des séances d'UV en cabine de bronzage ?

Oui non

14- Cet été avez-vous pris des coups de soleil ?

Oui non

15- Quel indice de protection utilisez-vous ?

ne sait pas

16- Savez vous qu'il faut renouveler régulièrement l'application de crème solaire ?

Oui non

17- A quelles heures de la journée pensez-vous que l'exposition solaire doit être évitée ?

____(*tranche de 3 heures*)____ ne sait pas

AUTO EXAMEN CUTANE

18- Dans les 12 derniers mois avez-vous examiné votre peau dans son ensemble ? Oui non

Si oui

19- Combien de fois avez-vous examiné votre peau ? _____

20- Vous êtes-vous aidé d'une tierce personne ou d'un miroir ? Oui non

21 - Vous êtes-vous servi d'une photographie ? Oui non

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

22- Vous êtes : Un homme Une femme

23- Quel est votre âge ?

24- Quel est votre niveau d'étude ?

- sans diplôme
- certificat d'étude primaire seul
- CAP, BEP, certificat de fin d'apprentissage, BEPC, brevet des collèges
- Baccalauréat de l'enseignement général, professionnel, de technicien

- Diplôme du 1^{er} cycle universitaire, DUT, BTS

- Diplôme équivalent au moins au deuxième cycle universitaire : licence, maîtrise, école d'ingénieur...

25- Quelle est votre profession ? _____

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres, professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires(instituteur, clergé, techniciens, professions intermédiaires de la santé et du travail social, contremaitres, agents de maîtrise)
- Employés (fonction publique, policiers, militaires, administratifs d'entreprise, de commerce, de services directs aux particuliers)
- Ouvriers(industriels, agricoles, manutention)
- Sans travail
- Retraité

Je vous remercie de votre participation.

8. Tableau de recueil des données

patient	COPARIME	Souvenir Affichage	consultation dépliant	définition mélanome	êtes-vous à risque?	FDR névus	FDR taches de rousseur	FDR phototype	FDR coup de soleil	FDR pays	FDR hérédité	discussion dermatologue MT	inquiétude	efficacité crème	efficacité auto examen	self efficacy	CPT protection soleil	CPT bains de soleil	nombre de bains de soleil	CPT cabine	CPT coup de soleil	CPT indice	connaissance renouvellement	connaissance horaires	SSE	nombre SSE annuel	aide tiers ou miroir SSE	aide photo SSE	Sexe	age	niveau étude	profession
1	o	n	n	c	n	o	o	n	o	o	n	n	n	n	o	o	o	n		n	n	0	o	12 14	o	24	o	n	h	77	c	h
2	o	n	n	c	n	nsp	n	o	n	nsp	nsp	n	n	o	o	o	n	n		n	n	0	o	12 14	n			f	79	b	h	
3	o	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	n	o	o	b	n	o	50	o	10 16	n			f	18	d	g	
4	o	n	n	c	n	nsp	nsp	nsp	o	o	o	n	n	n	o	o	o	n		n	n	nsp	o	12 16	n			h	75	c	e	
5	o	o	o	b	o	n	n	o	o	o	nsp	n	n	o	o	o	o	o	c	n	o	20	o	12 16	n			f	46	f	d	
6	o	o	o	c	o	o	nsp	nsp	o	o	nsp	n	n	o	o	n	o	n		n	n	50	o	14 16	n			f	49	f	d	
7	o	o	o	b	n	o	o	o	o	o	n	n	n	o	o	o	o	n		n	o	nsp	o	12 14	n			f	65	d	h	
8	o	n	n	b	o	o	o	n	o	o	o	n	o	o	o	n	o	o	c	n	n	50	o	12 16	o	12	n	n	f	44	d	c
9	o	o	n	b	o	o	o	nsp	o	o	o	n	n	o	o	n	o	n		n	o	nsp	o	11 16	n			h	63	d	d	
10	o	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	n	o	c	n	n	0	o	12 16	n			f	63	d	h	
11	o	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	n		n	n	50	o	11 16	o	2	o	o	f	31	d	d
12	o	o	n	b	o	o	o	o	o	o	nsp	n	n	o	o	nsp	n	n		n	o	30	o	12 14	n			f	42	f	d	
13	o	o	n	c	n	o	nsp	n	nsp	o	nsp	n	n	n	o	o	n	n		n	n	nsp	o	14 15	n			f	49	c	g	
14	o	o	n	b	n	o	o	o	o	o	nsp	n	n	o	o	o	n	o	a	n	n	30	o	12 14	o	3	n	n	f	48	f	e
15	o	o	o	b	nsp	o	nsp	n	o	n	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	n			f	47	f	d	
16	o	o	o	b	nsp	o	n	o	o	n	nsp	n	o	o	o	nsp	o	n		n	n	20	o	12 14	n			f	38	c	e	
17	o	o	o	c	nsp	o	nsp	o	o	nsp	nsp	o	n	n	o	o	n	o	c	n	n	0	o	12 14	n			h	40	c	e	
18	o	o	o	b	o	n	n	o	o	o	n	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	o	2	o	n	f	40	f	d
19	o	o	n	b	n	o	n	o	n	o	n	n	n	o	n	n	n	o	a	n	n	nsp	o	12 16	n			f	39	e	e	
20	o	o	o	a	o	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	n	o	c	o	o	50	o	12 16	o	2	o	n	f	35	d	e
21	o	o	n	c	o	o	nsp	o	o	o	nsp	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	o	3	o	n	f	52	d	g
22	o	n	o	b	n	o	n	o	o	n	n	n	n	o	o	n	n	n		n	n	0	o	12 14	n			h	82	a	h	
23	o	n	n	b	n	o	n	o	o	o	n	n	n	o	o	n	n	o	c	n	o	20	o	12 16	n			f	40	f	c	

patient	COPARIME	Souvenir Affichage	consultation dépliant	définition mélanome	êtes-vous à risque?	FDR névus	FDR taches de rousseur	FDR phototype	FDR coup de soleil	FDR pays	FDR hérédité	discussion ultérieure MT	inquiétude	efficacité crème	efficacité auto examen	self efficacy	CPT protection soleil	CPT bains de soleil	nombre de bains de soleil	CPT cabine	CPT coup de soleil	CPT indice	connaissance renouvellement	connaissance horaires	SSE	nombre SSE annuel	aide tiers ou miroir SSE	aide photo SSE	Sexe	age	niveau étude	profession
24	0	o	n	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n	n	n	50	o	12 16	n				f	38	f	c	
25	0	n	n	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	n	n	o	30	o	12 16	n				f	35	f	c	
26	0	n	n	c	nsp	o	o	o	o	o	n	n	n	o	nsp	nsp	n	o	c	n	o	nsp	o	12 14	n				h	46	c	b
27	0	n	n	c	o	o	o	o	o	o	nsp	n	n	o	o	n	n	o	a	n	n	nsp	o	12 14	n				f	41	f	d
28	0	o	o	b	o	o	o	o	o	o	n	n	n	o	o	o	n	n		n	n	nsp	o	12 15	o	12	o	n	h	62	c	h
29	0	o	n	a	o	o	n	n	n	o	o	n	o	n	n	o	o	c	n	o	50	o	12 16	n				f	41	d	d	
30	0	o	o	a	n	n	o	o	o	o	n	n	n	o	o	nsp	n	o	c	o	n	50	o	12 16	n				f	43	c	e
31	0	o	n	b	n	n	o	o	o	nsp	n	n	n	nsp	nsp	o	o	n		n	n	nsp	o	12 16	n				f	48	f	d
32	0	n	n	c	n	o	o	o	o	nsp	nsp	n	n	o	o	n	o	n		n	n	0	o	12 16	n				f	70	b	h
33	1	n	n	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	nsp	o	12 15	o	12	o	n	h	67	f	h
34	1	o	n	c	o	n	n	o	o	o	o	n	o	n	o	o	o	n		n	n	0	n	14 17	n				h	75	f	h
35	1	o	o	c	o	o	n	o	o	o	n	n	n	o	n	o	n	o	a	n	o	50	o	12 16	n				h	25	d	f
36	0	n	o	b	n	n	o	o	nsp	n	n	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	n				f	44	d	g
37	0	o	o	b	n	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	n	n	n		n	o	50	o	12 16	n				f	45	f	d
38	1	o	o	c	n	o	nsp	nsp	nsp	nsp	nsp	n	o	o	o	n	n	n		n	n	0	o	10 15	n				h	67	b	h
39	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	n	n	n	n		n	o	30	o	13 17	n				f	23	e	g
40	1	n	n	c	n	nsp	nsp	o	o	o	o	n	n	o	nsp	o	n	n		o	n	0	o	12 16	n				f	66	b	h
41	1	o	o	c	nsp	o	o	o	o	o	o	n	n	n	nsp	o	n	n		n	o	50	o	12 14	n				h	55	e	b
42	1	o	n	b	n	o	o	o	o	o	nsp	n	n	o	o	o	o	n		n	o	30	o	12 17	o	2	o	n	h	74	c	h
43	1	n	o	c	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	nsp	n	n		n	n	0	o	12 16	n				h	53	c	h
44	0	n	n	a	n	o	n	o	o	o	nsp	n	n	o	o	o	o	n		n	n	nsp	n	14 16	o	12	n	n	f	71	c	h
45	1	o	o	b	n	o	n	o	o	o	n	n	n	o	o	o	o	n		n	n	nsp	o	12 14	o	12	n	n	f	81	a	h
46	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	n	n		n	o	30	o	12 16	n				f	50	f	d
47	1	o	n	c	o	n	nsp	o	nsp	o	n	n	n	o	o	o	n	n		n	n	60	o	12 16	n				f	68	b	h
48	1	o	o	b	o	n	o	o	n	n	n	n	n	o	o	o	n	o	c	n	n	50	o	12 16	o	2	n	n	f	42	d	b

patient	COPARIME	Souvenir Affichage	consultation dépliant	définition mélanome	êtes-vous à risque?	FDR névus	FDR taches de rousseur	FDR phototype	FDR coup de soleil	FDR pays	FDR hérédité	discussion ultérieure MT	inquiétude	efficacité crème	efficacité auto examen	self efficacy	CPT protection soleil	CPT bains de soleil	nombre de bains de soleil	CPT cabine	CPT coup de soleil	CPT indice	connaissance renouvellement	connaissance horaires	SSE	nombre SSE annuel	aide tiers ou miroir SSE	aide photo SSE	Sexe	age	niveau étude	profession
49	1	o	o	c	o	o	nsp	nsp	nsp	nsp	o	o	n	o	o	n	n	o	a	n	o	nsp	o	14 16	n				h	47	d	e
50	1	o	n	c	n	o	o	o	o	o	o	n	n	n	o	o	o	n		n	n	50	o	11 16	n				f	32	f	d
51	1	o	o	c	o	o	o	o	o	o	n	o	n	o	o	n	n	n		o	n	50	o	12 16	o	3	n	n	f	42	f	e
52	1	o	n	b	o	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	n	n		n	n	0	o	14 16	n				h	32	f	d
53	1	o	o	b	nsp	nsp	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	n		o	n	50	o	12 16	o	12	o	n	f	64	f	h
54	1	o	o	b	n	o	o	o	o	o	n	n	n	o	o	o	n	n		n	o	30	o	11 16	n				f	60	c	d
55	0	n	n	b	o	o	o	o	o	o	nsp	n	n	n	o	o	o	n		o	o	50	o	12 16	o	12	n	n	f	31	f	d
56	1	n	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	o	a	o	n	50	o	12 16	o	3	n	n	f	28	f	c
57	1	n	n	b	o	o	o	o	o	o	n	o	n	o	o	n	o	n		n	n	50	o	12 16	n				f	46	f	d
58	0	n	n	c	n	n	nsp	o	o	o	n	n	n	o	o	n	o	n		n	n	20	o	12 15	n				h	31	f	d
59	1	n	o	b	o	o	o	o	o	o	nsp	n	n	o	o	o	o	n		o	o	50	o	12 16	o	12	o	n	f	48	f	c
60	1	n	o	b	o	n	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	o	12	o	n	f	73	d	h
61	1	o	o	b	n	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	n	o	n		o	n	50	o	12 16	o	6	o	n	f	30	d	b
62	1	n	n	b	o	n	o	o	o	o	o	n	o	o	o	n	n	n		o	o	50	o	10 16	n				f	46	f	d
63	1	o	o	a	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	o	3	o	n	h	31	f	c	
64	1	o	o	b	o	n	o	o	o	o	o	o	n	o	n	n	o	n		n	o	50	o	12 16	o	1	o	n	f	39	f	c
65	1	o	o	c	nsp	o	n	o	n	o	n	n	n	n	nsp	o	n		n	n	nsp	o	12 16	n				f	39	c	e	
66	1	n	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	n	n	n		n	o	30	o	12 14	o	3	o	n	h	25	c	b
67	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	nsp	n	n	n	o	nsp	n	n		n	n	50	o	12 16	n				f	27	f	g
68	1	n	n	b	n	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	n	o	a	n	o	10	o	12 16	o	1	o	n	f	21	e	g
69	1	o	o	c	n	n	n	o	o	o	o	n	n	o	o	nsp	o	n		n	n	20	o	12 15	n				h	32	c	f
70	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	n		o	n	50	o	12 16	o	1	o	n	f	32	e	e
71	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	n	o	nsp	o	n		n	n	50	o	12 16	n				f	44	d	e
72	1	o	o	a	o	n	n	o	o	o	n	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	o	12	o	o	f	28	d	g
73	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	o	12	o	o	f	21	d	g

patient	COPARIME	Souvenir Affichage	consultation dépliant	définition mélanome	êtes-vous à risque?	FDR névus	FDR taches de rousseur	FDR phototype	FDR coup de soleil	FDR pays	FDR hérédité	discussion ultérieure	MT	inquiétude	efficacité crème	efficacité auto examen	self efficacy	CPT protection soleil	CPT bains de soleil	nombre de bains de soleil	CPT cabine	CPT coup de soleil	CPT indice	connaissance renouvellement	connaissance horaires	SSE	nombre SSE annuel	aide tiers ou miroir SSE	aide photo SSE	Sexe	age	niveau étude	profession
74	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	nsp	n	n	o	o	o	o	o	o	c	n	n	30	o	12 16	n				f	24	d	g
75	1	o	o	c	o	o	n	o	o	o	o	n	n	o	o	n	o	o	o	a	n	o	50	o	12 14	n				h	48	f	e
76	1	o	o	b	o	o	nsp	o	o	nsp	nsp	n	n	o	o	o	o	o	o	a	n	n	30	o	12 16	n				h	29	d	f
77	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	o	n		n	n	50	o	10 16	n				f	43	f	c
78	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	n	o	o	b	n	n	30	o	12 16	o	12	o	n	f	28	e	d
79	1	o	o	c	n	n	n	o	o	nsp	nsp	n	n	o	o	o	o	n		o	n	50	o	10 16	o	12	n	n	f	46	e	d	
80	0	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	n	o	n		n	o	50	o	12.15	o	1	n	n	f	47	c	e	
81	0	n	n	b	o	o	n	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	o	c	n	n	50	o	12.15	n				h	40	f	d	
82	0	o	n	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	o	n		n	n	60	o	11.14	o	24	o	n	f	58	c	e
83	0	o	n	a	n	n	o	o	o	nsp	o	n	o	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12.15	o	1	o	n	f	43	d	e	
84	0	n	n	c	o	n	n	n	o	n	n	n	o	o	o	n	o	o	a	n	n	50	n	12.15	n				f	46	a	e	
85	0	o	o	b	o	o	o	o	o	o	nsp	n	n	o	o	n	o	n		n	n	50	o	12.15	n				f	36	f		
86	0	n	o	b	o	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o		n	n	50	o	11 16	o	365	o	o	f	49	d	d	
87	0	o	n	b	n	n	n	nsp	o	nsp	o	n	n	o	o	o	o	o	a	n	n	30	o	12 15	n				f	36	a	e	
88	0	n	n	b	n	o	n	o	o	o	n	n	n	o	o	o	n	o	c	n	o	0	o	13 16	n				h	67	b	h	
89	0	o	n	b	o	n	o	o	o	o	o	n	o	nsp	o	n	o	o	a	o	n	30	o	12 15	o	12	o	n		27	e	e	
90	0	n	n	a	o	o	o	o	o	o	nsp	n	o	o	o	n	o	o	c	n	n	50	o	12 15	n				f	44	e	e	
91	0	o	o	b	nsp	nsp	nsp	o	n	o	n	n	n	o	o	o	o	o	c	n	n	50	o	12 16	o	5	o	n	f	29	d	e	
92	0	n	n	b	o	n	n	o	o	o	n	n	o	nsp	o	o	n	o	a	n	n	0	o	12 15	o	2	o	n	f	19	d	d	
93	0	n	n	b	o	o	n	o	o	n	o	n	n	o	o	nsp	o	o	a	n	n	50	o	13 16	n				f	33	e	d	
94	0	o	n	a	o	n	n	n	o	o	n	n	n	o	o	o	n	n		n	n	20	o	11 14	o	3	o	n	h	32	e	d	
95	0	n	n	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	n	o	n		n	o	50	o	12 15	o	5	n	n	f	39	d	d	
96	0	n	n	a	n	n	n	o	n	o	n	n	n	o	o	o	o	o	a	n	n	50	o	11 14	o	5	o	n	f	21	f	g	
97	0	o	n	b	o	n	nsp	o	o	o	o	n	n	o	o	n	n	o	c	o	n	30	o	12 16	n				f	25	c	e	
98	0	n	n	b	nsp	n	n	n	o	o	n	n	n	o	nsp	nsp	n	o	c	n	o	20	o	12 16	n				h	63	d	h	

patient	COPARIME	Souvenir Affichage	consultation dépliant	définition mélanome	êtes-vous à risque?	FDR névus	FDR taches de rousseur	FDR phototype	FDR coup de soleil	FDR pays	FDR hérédité	discussion ultérieure MT	inquiétude	efficacité crème	efficacité auto examen	self efficacy	CPT protection soleil	CPT bains de soleil	nombre de bains de soleil	CPT cabine	CPT coup de soleil	CPT indice	connaissance renouvellement	connaissance horaires	SSE	nombre SSE annuel	aide tiers ou miroir SSE	aide photo SSE	Sexe	age	niveau étude	profession
99	0	n	n	c	n	o	n	o	n	o	n	n	n	n	o	n	n	o	a	n	n	0	o	13 16	n				h	29	c	b
100	0	n	n	a	n	nsp	n	o	o	o	n	n	n	o	o	o	o	n		n	n	30	o	12 16	n				f	34	e	e
101	0	o	n	b	o	o	n	o	o	nsp	o	o	o	o	n	n	n	n		n	n	20	o	12 15	n				f	28	c	e
102	0	n	n	a	n	n	n	n	o	n	nsp	n	n	o	o	n	n	o	b	n	n	30	o	12 16	n				f	32	c	d
103	0	n	n	b	n	o	o	n	o	o	o	n	n	n	o	n	n	n		n	o	30	o	14 17	n				f	50	e	d
104	0	n	n	c	nsp	nsp	n	nsp	n	n	nsp	n	n	o	o	o	n	n		n	n	0	o	12 15	n					39	f	c
105	0	o	o	a	n	o	n	n	n	n	o	n	n	n	o	n	n	n		n	n	0	o	14 17	n					23	c	f
106	0	n	n	c	n	nsp	n	n	o	n	o	n	n	o	o	o	n	o	b	n	o	0	o	12 15	o	365	o	n	f	45	c	f
107	0	n	n	b	nsp	n	o	o	nsp	o	o	o	n	o	o	o	n	o	a	n	n	0	o	nsp	o	1	o	n	f	30	d	e
108	0	n	n	b	n	n	n	o	o	o	n	n	n	o	n	n	o	n		n	n	50	o	12 15	n				f	36	d	g
109	0	n	n	b	n	n	n	n	nsp	o	o	n	n	o	o	n	n	n		n	o	0	o	12 16	o				f	36	c	f
110	0	n	n	b	n	o	n	n	n	o	n	n	n	n	o	o	n	n		n	n	30	o	12 16	o	365	n	n	f	26	d	e
111	0	n	n	b	nsp	o	n	n	o	o	o	n	n	o	n	n	n	n		n	o	nsp	n	14 17	n				h	32	c	g
112	0	n	n	c	n	n	n	o	o	o	o	n	n	o	n	n	o	n		n	o	50	o	11 16	n				f	32	F	c
113	0	o	o	o	n	o	n	n	o	o	nsp	n	n	o	n	nsp	o	n		n	n	50	o	12 16	n				f	29	c	e
114	0	n	n	b	nsp	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	n	n		n	n	0	o	10 16	o	10	n	n	h	58	a	f
115	0	o	o	a	o	o	o	o	o	o	nsp	n	o	n	o	o	n	n		n	n	50	n	13 16	o	12	o	n	f	28	c	e
116	0	o	o	b	n	o	o	o	o	n	n	n	n	o	o	o	n	o	b	n	o	0	o	12 15	n				f	37	f	c
117	0	n	n	b	nsp	n	n	o	n	o	o	n	n	n	o	o	o	n		n	n	50	o	14 17	o	2	o	n	f	40	d	c
118	0	o	n	a	n	n	n	o	n	o	nsp	n	n	n	o	n	o	n		n	o	50	o	12 16	o	4	n	n	f	28	c	e
119	1	o	n	c	nsp	nsp	n	n	o	nsp	n	n	o	n	n	nsp	n	n		n	n	0	o	14 16	n				f	79	b	h
120	1	n	o	b	nsp	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	n		n	o	50	o	12 16	o	12	o	n	f	54	d	h
121	1	n	o	b	o	o	o	o	o	n	o	n	n	o	o	n	o	n		n	n	30	n	12 16	n				f	35	f	c
122	1	o	o	a	o	o	n	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	n		n	n	50	o	11 16	o	365	o	n	f	28	d	e
123	1	o	o	a	o	o	n	o	o	n	o	n	o	o	o	o	o	o	a	n	o	30	o	12 16	n				f	21	f	g

patient	COPARIME	Souvenir Affichage	consultation dépliant	définition mélanome	êtes-vous à risque?	FDR névus	FDR taches de rousseur	FDR phototype	FDR coup de soleil	FDR pays	FDR hérédité	discussion ultérieure MT	inquiétude	efficacité crème	efficacité auto examen	self efficacy	CPT protection soleil	CPT bains de soleil	nombre de bains de soleil	CPT cabine	CPT coup de soleil	CPT indice	connaissance renouvellement	connaissance horaires	SSE	nombre SSE annuel	aide tiers ou miroir SSE	aide photo SSE	Sexe	age	niveau étude	profession
124	1	n	o	b	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	n	n		n	n	50	o	12 16	o	4	o	o	f	63	f	h	
125	1	o	n	a	o	o	nsp	o	o	n	nsp	o	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	11 15	n			f	36	e	e	
126	1	o	n	b	n	o	o	o	o	o	n	n	n	o	o	n	o	n		n	n	30	o	12 16	o	4	n	n	f	85	c	h
127	1	n	o	a	n	o	o	o	o	o	n	n	n	o	o	o	n	n		n	o	50	o	12 16	n			f	45	f	c	
128	1	o	o	b	nsp	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	o	c	n	n	50	o	14 16	o	1	o	n	f	62	b	h
129	1	o	o	a	o	nsp	o	o	o	o	nsp	n	n	o	o	n	o	n		n	n	40	o	12 16	n			f	21	F	g	
130	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	n	o	o	n		n	n	60	o	14 16	o	3	o	o	f	25	d	b
131	1	n	n	b	o	n	n	n	o	o	n	n	o	o	o	o	o	n		n	n	50	o	15 17	n			f	84	c	h	
132	1	o	o	b	o	o	nsp	o	o	o	nsp	n	n	o	o	o	o	o	c	n	n	50	o	12 16	o	3	o	n	f	46	c	b
133	1	o	o	a	n	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		n	o	50	o	12 14	o	2	o	n	f	34	c	e
134	1	o	n	a	n	o	o	o	o	o	n	o	o	o	n	n	n	n		n	n	30	o	12 14	n			f	48	f	c	
135	1	o	o	b	o	o	n	o	o	n	o	n	n	o	o	n	o	n		n	n	50	o	12 16	o	3	o	n	f	38	f	b
136	1	o	n	b	o	o	n	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	11 16	o	10	n	n	f	50	f	c
137	1	o	o	b	o	o	o	o	o	n	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	40	o	11 16	n			f	40	c	d	
138	1	n	n	b	o	o	n	o	o	o	o	n	n	o	o	o	n	o	c	n	o	0	o	11 15	n			h	65	e	h	
139	1	o	n	a	n	nsp	n	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 15	o	10	o	n	h	61	b	h
140	1	o	n	b	o	n	o	o	n	n	o	o	o	o	n	o	n	n		n	n	30	o	14 16	o	2	o	n	f	36	c	f
141	1	o	o	b	o	o	o	o	o	n	o	n	o	o	o	n	n	o	a	n	o	20	o	12 16	n			f	19	e	g	
142	1	o	o	b	n	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	0	o	11 16	o	2	o	n	f	68	c	h
143	1	n	o	b	o	o	n	n	o	n	n	n	o	o	o	o	n	n		n	n	20	o	12 15	n			h	50	c	f	
144	1	o	n	b	o	o	nsp	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 14	o	1	o	n	f	44	f	c
145	1	o	o	b	o	o	n	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	a	n	n	50	o	12 16	o	1	o	n	f	23	c	e
146	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	nsp	o	o	b	n	n	20	o	11 16	o	5	o	n	h	60	f	d
147	1	o	n	b	o	o	n	o	o	o	o	n	n	o	o	n	o	n		n	o	50	o	13 15	n			h	31	e	d	
148	1	o	o	b	o	o	n	o	o	o	n	n	n	o	o	o	n	n		n	n	50	o	16 17	o	5	o	n	h	29	c	f

patient	COPARIME	Souvenir Affichage	consultation dépliant	définition mélanome	êtes-vous à risque?	FDR névus	FDR taches de rousseur	FDR phototype	FDR coup de soleil	FDR pays	FDR hérédité	discussion ultérieure MT	inquiétude	efficacité crème	efficacité auto examen	self efficacy	CPT protection soleil	CPT bains de soleil	nombre de bains de soleil	CPT cabine	CPT coup de soleil	CPT indice	connaissance renouvellement	connaissance horaires	SSE	nombre SSE annuel	aide tiers ou miroir SSE	aide photo SSE	Sexe	age	niveau étude	profession
149	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	n	o	n		n	o	30	o	12 16	o	1	n	n	f	25	f	b	
150	1	o	n	a	o	o	o	n	o	o	nsp	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	11 15	o	3	n	n	f	33	f	d
151	1	o	o	a	nsp	n	nsp	o	n	o	n	n	n	o	o	o	o	o	a	n	n	50	o	12 16	o	4	o	n	f	55	c	f
152	1	o	n	b	n	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	n	n		n	n	50	o	10 16	n			f	78	d	h	
153	1	o	n	a	o	o	o	o	o	n	n	o	o	n	o	o	n	o	a	n	o	0	o	11 16	o	10	o	n	f	49	c	d
154	1	o	n	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	n		n	n	50	o	11 16	n			f	32	d	e	
155	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	n		n	n	50	o	11 16	n			f	35	f	c	
156	1	o	n	b	o	o	n	o	o	o	n	n	n	o	o	n	o	o	c	n	o	50	o	12 14	n			f	34	f	c	
157	1	o	n	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		o	n	50	o	12 16	o	2	n	n	h	32	f	c
158	1	n	n	b	o	n	n	o	o	o	n	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	n			f	39	c	f	
159	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	o	b	n	o	50	o	11 16	o	3	n	n	F	18	d	g
160	1	o	n	b	o	o	o	o	o	nsp	nsp	n	n	o	o	o	o	o	a	n	o	30	o	13 16	o	2	o	n	f	23	f	d
161	1	o	n	b	o	o	o	o	o	nsp	o	n	n	o	o	n	n	n		n	n	50	o	12 16	o	2	o	n	f	53	c	d
162	1	o	o	b	n	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	o	c	n	n	20	o	12 16	o	4	n	n	f	56	d	d
163	1	o	n	b	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	o	o	o	n		n	o	50	o	11 16	o	10	n	n	f	30	d	e
164	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	o	a	n	n	30	o	12 14	n			f	42	f	c	
165	1	o	n	b	nsp	nsp	nsp	nsp	o	o	o	n	n	o	o	o	n	n		n	n	0	o	12 15	n			f	74	a	h	
166	1	o	n	b	o	o	o	o	o	nsp	nsp	n	n	o	o	o	n	n		n	n	50	o	11 16	o	4	o	n	h	36	f	c
167	1	o	n	b	o	n	n	o	o	o	n	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	14 16	o	4	o	n	f	29	d	e
168	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	o	10	o	n	f	49	d	d
169	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	11 16	o	2	o	n	f	40	f	c
170	1	o	o	b	o	o	o	o	o	n	o	n	n	o	o	n	o	n		n	n	50	o	12 16	n			h	40	F	c	
171	1	o	n	b	n	n	n	o	o	o	o	n	o	o	n	o	o	b	n	n	30	o	12 16	n			f	34	F	c		
172	1	o	o	b	o	o	o	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	o	1	o	n	f	35	d	e
173	1	o	o	b	n	o	n	o	o	o	o	n	n	o	o	o	o	n		n	n	50	o	12 16	n			f	30	f	c	

p	s	statistique	patient
			COPARIME
1,66E-05			Souvenir Affichage
3,16E-05			consultation dépliant
0,364			définition mélanome
0,0005356			êtes-vous à risque?
0,07108			FDR névus
0,03347			FDR taches de rousseur
0,0004951			FDR phototype
0,03726			FDR coup de soleil
0,892			FDR pays
0,01282			FDR hérédité
0,2564			discussion ultérieure MT
0,1525			inquiétude
0,02652			efficacité crème
0,8018			efficacité auto examen
0,08302			self efficacy
0,1189			CPT protection soleil
0,03227			CPT bains de soleil
0,05124			nombre de bains de soleil
0,4286			CPT cabine
0,7341			CPT coup de soleil
0,1258			CPT indice
0,4066			connaissance renouvellement
			connaissance horaires
0,04615			SSE
0,1456			nombre SSE annuel
0,06649			aide tiers ou miroir SSE
0,07463			aide photo SSE
0,1399			Sexe
0,9731			age
0,4883			niveau étude
			profession

9. Tableau de synthèse des résultats

	Groupe intervention n=97		Groupe témoin n=76		p
	n	%	n	%	
Souvenir de la campagne et discussion ultérieure avec le médecin traitant.					
- souvenir de l'affichage en salle d'attente	79	81	38	50	0.00001
- consultation des brochures InCa en salle d'attente	62	64	24	32	0.00003
- discussion ultérieure avec le médecin traitant	15	15	7	9	0.25
- inquiétude de développer un mélanome	28	29	14	18	0.1525
Connaissance des facteurs de risque de et évaluation de leur propre statut à risque.					
- savoir qu'avoir plus de 20 grains de beauté sur les deux bras est un facteur de risque	76	78	48	63	0.02
- savoir qu'avoir des taches de rousseur est un facteur de risque	62	64	34	44	0.007
- savoir qu'appartenir aux phototypes 1 ou 2 est un facteur de risque	90	93	55	72	0.0004
- savoir qu'avoir eu des coups de soleil dans son enfance est un facteur de risque	90	93	61	80	0.014
- savoir qu'avoir vécu plus d'un an dans un pays à fort taux d'ensoleillement est un facteur de risque	77	79	58	76	0.415
- savoir qu'avoir dans sa famille proche une personne ayant eu un mélanome est un facteur de risque	62	64	32	42	0.031
- évaluation de leur propre statut à risque de mélanome	69	71	32	42	0.00025
Comportement de prévention primaire et secondaire des patients.					
- protection du soleil lors de la dernière exposition	65	67	42	55	0.12
- réalisation de bains de soleil	24	25	31	41	0.032
- réalisation de séances d'UV en cabine	10	10	5	6	0.43
- coups de soleil pris cet été	26	27	23	30	0.734
- connaissance de l'application régulière de crème solaire	95	98	72	95	0.406
- horaires d'exposition à éviter de 12 à 16 heures	47	48	28	37	0.164
- réalisation d'un auto-examen cutané dans les 12 derniers mois	51	52	28	37	0.046
- aide d'une tierce personne ou d'un miroir pour la réalisation de l'auto examen cutané	38	74.5	18	24	0.064
- aide d'une photographie pour la réalisation de l'auto examen cutané	4	7.8	2	7.1	0.074
Caractéristiques socio démographiques de la population.					
- nombre de femmes dans la population	74	76	58	76	0.136
- âge de la population étudiée	43.6			42.8	0.973
- niveau d'études supérieures	47	48	28	37	0.10

Auteurs : Sophie Clouet, Christelle Rivière (thèse collective)

Titre : Protection solaire et auto-examen cutané : impact d'une action de prévention ciblée sur des patients à risque de mélanome consultant en médecine générale.

RESUME

Introduction : Les comportements des patients ont un impact sur la morbi-mortalité du mélanome. Ainsi l'exposition solaire est le principal facteur de risque de mélanome modifiable. Par ailleurs la réalisation d'auto-examens cutanés pourrait réduire la mortalité jusqu'à 63%. Reste que le comportement des patients est difficile à modifier. Les campagnes traditionnelles d'information sont peu efficaces.

Objectif : Evaluer à cinq mois l'impact d'une intervention de prévention innovante sur les comportements des patients à risque de mélanome, comparativement à une campagne de prévention traditionnelle.

Méthode : Essai randomisé en bras parallèles. Un groupe intervention (10 médecins généralistes) et un groupe témoin (10 médecins généralistes). La population cible était des patients à risque de mélanome. Pour les deux groupes, une affiche de prévention du mélanome et des brochures d'information étaient disposés dans la salle d'attente. Les médecins du groupe intervention repéraient les patients à risque grâce à un score individuel d'évaluation du risque de mélanome, puis réalisaient un examen cutané de ces patients et leur remettaient des brochures d'information pendant la consultation.

Résultats : 173 patients ont été inclus. Cinq mois après l'intervention, les patients du groupe intervention se souvenaient mieux de la campagne ($p=0.00001$) et leurs connaissances sur leur risque de développer un mélanome étaient significativement meilleures ($p=0.00025$). Les comportements de prévention de ces patients étaient significativement plus adaptés. Ils avaient réalisés moins de bains de soleil ($p=0.032$) et avaient pratiqués plus d'auto examens cutanés ($p=0.046$).

Conclusion : Cette étude montre que l'investissement du médecin généraliste dans une action de prévention du mélanome a plus d'impact sur les comportements qu'une campagne traditionnelle. Cependant il serait nécessaire de répéter les évaluations à distance de l'intervention et d'en mesurer l'impact par des chiffres de morbi-mortalité.

MOTS CLES : *Mélanome, Prévention, Comportement, Essai randomisé*