

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N° 123

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

QUALIFICATION en MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Stéphanie Moumein

Née le 17 mai 1985 à La Réole

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2013

ÉTUDE PILOTE D'UN DÉPISTAGE DU
MÉLANOME EN MAISON DE SANTÉ
PLURIPROFESSIONNELLE

Président du Jury : Professeur Gaëlle QUEREUX

Membres du Jury : Professeur Gilles POTEL

Professeur Lionel GORONFLOT

Docteur Patrick DRENO

Directeur de thèse : Docteur Cédric RAT

Docteur Gilles BARNABÉ

Serment médical

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

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

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Quereux, pour avoir accepté de présider mon jury, pour sa disponibilité, son écoute bienveillante et ses précieux conseils au cours de ce travail.

Au Professeur Goronflot, pour avoir accepté de juger ce travail, et pour avoir su me redonner de l'élan au bon moment.

Au Professeur Potel, pour avoir accepté de juger mon travail malgré des sollicitations nombreuses.

Au Docteur Dreno, pour avoir accepté de juger ce travail et pour son aide, ô combien précieuse, pour la mise en forme de ce document.

Au Docteur Rat, pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir guidée tout au long de sa réalisation.

Au Docteur Barnabé, pour avoir accepté de diriger ce travail et pour son aide et son investissement lors de la mise en place de cette étude à Clisson.

A l'ensemble des professionnels médicaux et para médicaux de la maison de santé de Clisson ainsi qu'à Marie, la secrétaire, pour leur adhésion à ce projet, leur aide et leur gentillesse.

A mes parents, pour leur présence bienveillante durant toutes ces années, leur affection, leur soutien... Les mots me manquent pour leur exprimer ma reconnaissance.

A mes sœurs, mon frère, que j'aime tant et à qui je souhaite le meilleur.

A mes grands parents, pour leur soutien, leur gentillesse... la distance n'entrave en rien la force des sentiments.

A Béatrice, pour son aide, son écoute, sa gentillesse.

A Jean Michel, pour sa patience, son soutien, son aide de tous les instants, pour sa présence aimante qui me pousse à me dépasser et à aller là où je n'aurais probablement jamais osé aller...

Aux conjoints de mes parents, leurs enfants, qui m'accompagnent depuis quelques années maintenant, et avec qui on partage de bons moments.

A ceux qui ne sont plus là et qui m'ont donné le goût de la médecine et l'envie de travailler sur le mélanome pour améliorer sa prise en charge.

A mes amis, qui m'ont accompagnée tout au long de ces années, qu'ils voient là un témoignage de ma sincère amitié.

A Jean et Marie Jo pour leur aide précieuse et leur gentillesse.

A tous ceux que je n'ai pas cités.

Table des matières

Serment médical	2
Remerciements	3
Table des matières	5
Abréviations	7
PARTIE I PRÉAMBULE	8
1. Organisation des soins primaires : des enjeux liés à la démographie médicale	8
2. Le travail en équipe pluridisciplinaire et maisons de santé	14
3. Expérimenter un dépistage pluri-professionnel	16
PARTIE II ARTICLE	18
1. Introduction	18
2. Méthode	20
2.1. Design	20
2.2. Déroulement	21
2.3. Recueil des données	25
2.4. Critères de jugement	25
3. Résultats	26
3.1. Participation des professionnels et des patients	26
3.2. Observance de la stratégie de dépistage : par les professionnels, par les patients	29
3.3. Parcours de soin des patients	30
4. Discussion	32
4.1. Résumé des principaux résultats	32
4.2. Commentaire des principaux résultats	33
4.3. Limites	35

4.4. Perspectives de travaux futurs	36
5. Conclusion.....	37
BIBLIOGRAPHIE	39
RÉSUMÉ.....	43

Abréviations

ABCDE: Asymétrie, Bords, Couleur, Diamètre, Évolution (moyen mnémotechnique pour identification de lésions suspectes cutanées)

BEH: Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

HAD : hospitalisation à domicile

HPST : Hôpital, Santé, Territoire

IDE : Infirmière diplômée d'état

INPES : Institut National de Veille Sanitaire

MSP: Maison de santé pluri-professionnelle

MT : Médecin traitant

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

SAMScore : Self-Assessment of Melanoma Risk Score

PARTIE I PRÉAMBULE

1. Organisation des soins primaires : des enjeux liés à la démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2013, le nombre de médecins généralistes en activité régulière en France était de 91 539 pour une population de 65 280 857 habitants. Ce chiffre a diminué de 1% par rapport à l'année 2012 et diminuera encore de 5,52% d'ici 2018 tandis que la population va en augmentant. Parmi ces médecins, 59% exercent en libéral exclusif et 6% de manière mixte, ce qui fait donc 35% des médecins qui exercent en tant que salariés. La diminution du nombre de médecins généralistes en activité amène à repenser l'organisation de l'offre de soins primaires.(1)

Graphique n°72 : Modes d'exercice

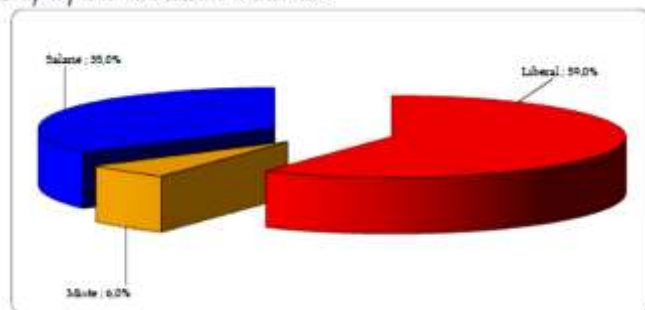


Figure 1: Modes d'exercice des médecins généralistes en France au 1er janvier 2013, CNOM 2013

Les variations du nombre de médecins en exercice résultent de plusieurs décisions au cours des dernières décennies.(2) En 1971, l'état français créa le numerus clausus qui définit le nombre de personnes acceptées en deuxième année de médecine. Cette sélection à la source a été mise en place afin de contenir la progression des dépenses de santé, d'après un rapport récent du Sénat (2007). Cependant, il existe une latence d'environ 10 ans entre les modifications du numerus clausus et les effets constatés sur la démographie médicale. En 1971 le numerus clausus était fixé à 8588 places. Il n'a été abaissé de manière significative

qu'à partir de 1978 pour atteindre un plancher de 3500 places en 1993. Cette diminution visait à rattraper les effets du numérus clausus initial élevé, et était associée à des mesures incitatives (Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité) entre 1988 et 2003, pour que les médecins exerçants prennent une retraite anticipée. Suite à l'ensemble de ces mesures, les perspectives démographiques ont changé au début des années 2000 avec l'apparition d'une pénurie de médecins liée à la diminution de la densité médicale. Des mesures inverses ont donc été prises par l'état : à compter de 2001 le numérus clausus a ré-augmenté au-dessus de la barre des 4000 puis a continué à augmenter progressivement jusqu'à 7500 places en 2012. La loi Fillon, instaurée le 21 août 2003, a autorisé les médecins libéraux à cumuler retraite et exercice libéral avec un plafond de ressources. En 2009, la loi du financement de la sécurité sociale a libéralisé ce dispositif en supprimant le plafond de ressources autorisées. Ces mesures, de part la latence liée à la durée des études, n'empêcheront pas une diminution du nombre de médecins en activité d'ici à 2018.(1)

Un autre enjeu est lié au vieillissement de la population des médecins généralistes. Environ 24,8% des médecins généralistes ayant une activité régulière ont 60 ans ou plus et seront donc susceptibles de prendre leur retraite d'ici à 2018. De plus, il a été montré qu'un médecin diminue fortement son activité après 12 ans d'expérience, ce qui va accentuer la diminution de l'offre de soin.(2) La loi Fillon qui vise à augmenter l'offre de soin participe au vieillissement de la population médicale puisque la part de médecins retraités actifs est désormais en forte augmentation.

Graphique n°8 : Pyramide des âges des généralistes

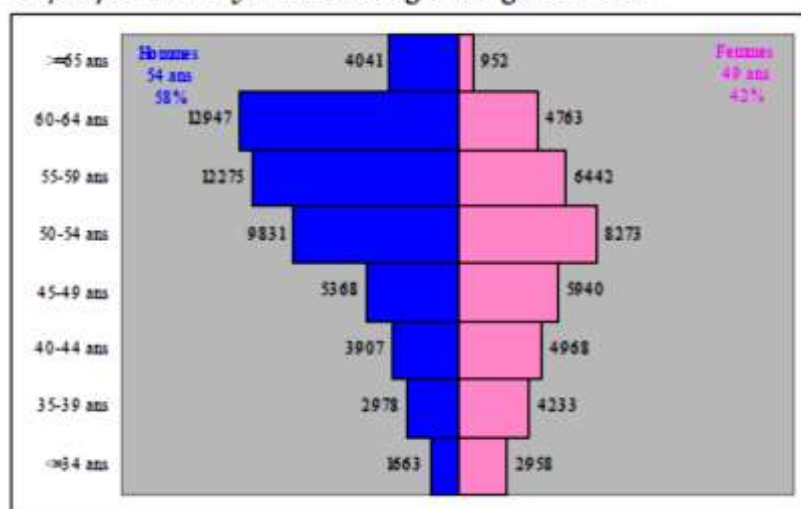


Figure 2: Pyramide des âges des généralistes en France au 1er janvier 2013, CNOM 2013

Ce phénomène est accentué par les choix actuels des jeunes diplômés en médecine générale. En effet, au 1^{er} janvier 2013, seuls 23% des nouveaux inscrits au tableau de l'ordre choisissent l'exercice libéral (exclusif ou mixte) en première inscription.(1) Les jeunes médecins qui ne s'installent pas font dans la majorité des cas des remplacements (42%), d'autres (35%) travaillent dans des structures en tant que salariés. Ces tendances se modifient après 5 ans en moyenne et la proportion de médecins libéraux (mixte et exclusifs) augmente alors à 45%. Par ailleurs, la féminisation de la profession tend à modifier le paysage médical et l'offre de soins. Les femmes représentent actuellement 42% de la population des médecins généralistes et ce chiffre continue d'augmenter.(1) Un enjeu réside dans le fait que leur activité serait en moyenne inférieure d'environ 33% à celle des hommes.(2) Elles s'absenteraient en moyenne un jour de plus par semaine et réaliseraient moins d'actes par jour.(3)

Enfin des disparités importantes existent sur le territoire. En moyenne la densité régionale de médecins généralistes, tous modes d'exercice confondus, au 1^{er} janvier 2013 est de 138,6 généralistes pour 100 000 habitants avec l'existence de grandes disparités en fonction des régions. La densité régionale la plus élevée étant la région PACA et la plus faible, la région Centre, avec globalement une concentration des médecins dans le sud de la France.

Carte n°8 : Densités régionales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière

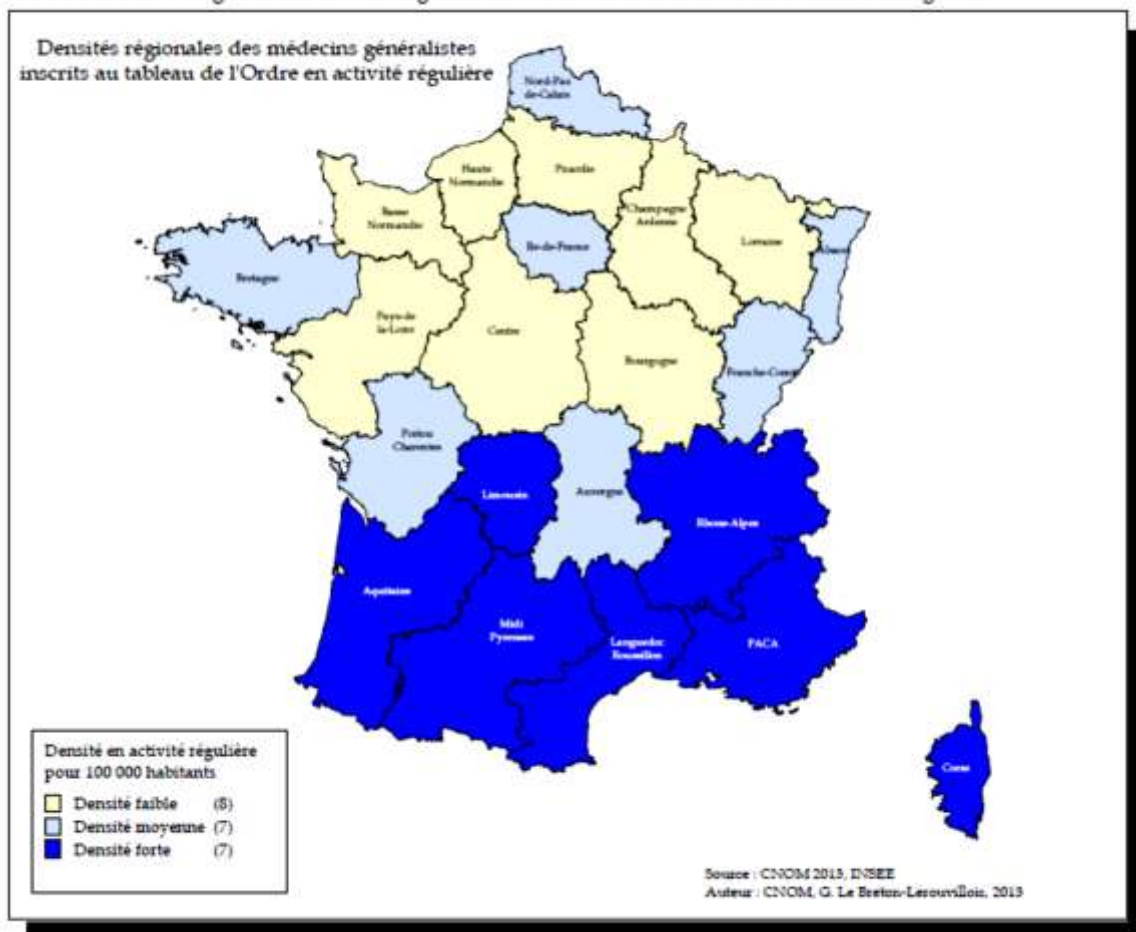


Figure 3: Densités régionales des médecins généralistes inscrits à l'ordre en activité régulière au 1er janvier 2013, CNOM 2013

Ces disparités sont également présentes au niveau départemental. A titre d'exemple, la région des Pays de la Loire a une densité faible de généralistes, alors qu'à l'échelle départementale la Loire-Atlantique a une densité élevée de généralistes.

Carte n°9 : Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2013

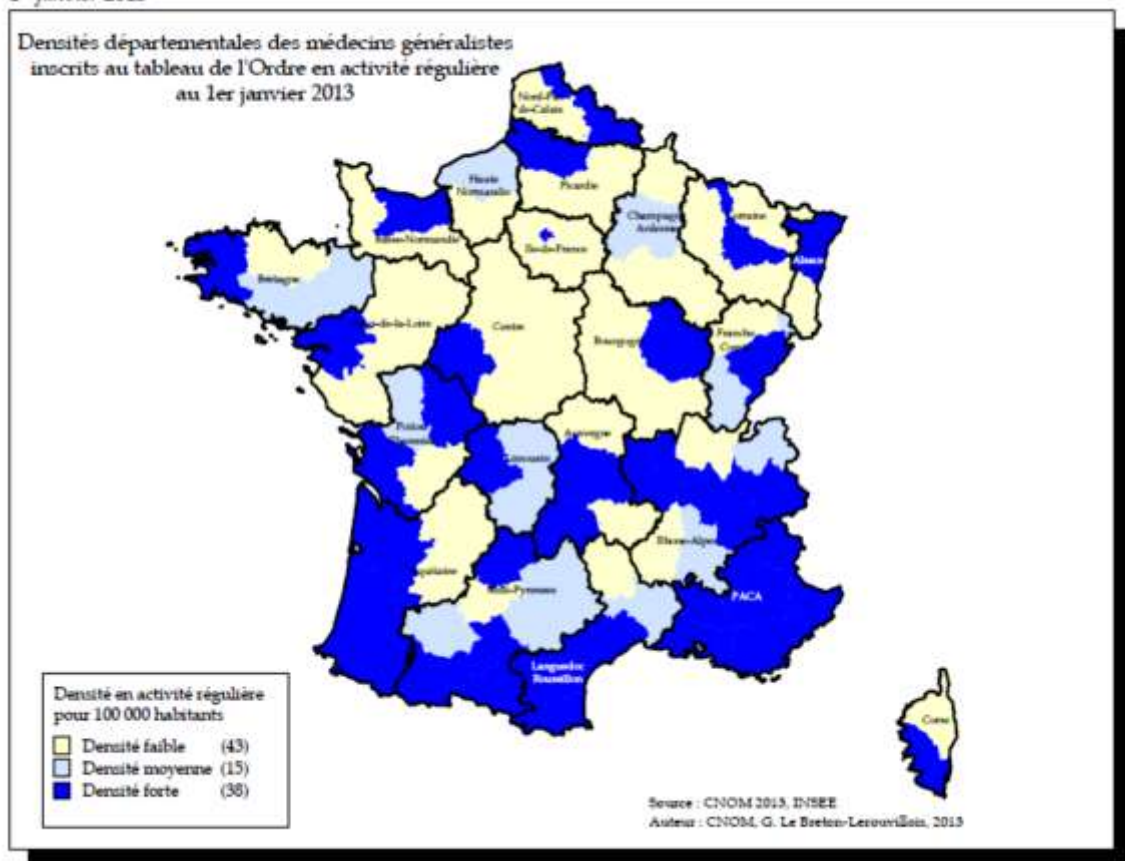


Figure 4: Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2013, CNOM 2013

Ces disparités auraient, malgré tout, tendance à se modifier lors des prochaines années. En effet, il semblerait que les régions à forte densité (PACA, Ile de France, Midi Pyrénées,...) soient moins attractives désormais, au profit d'autre telles que les Pays de Loire, le Rhône Alpes.(1)

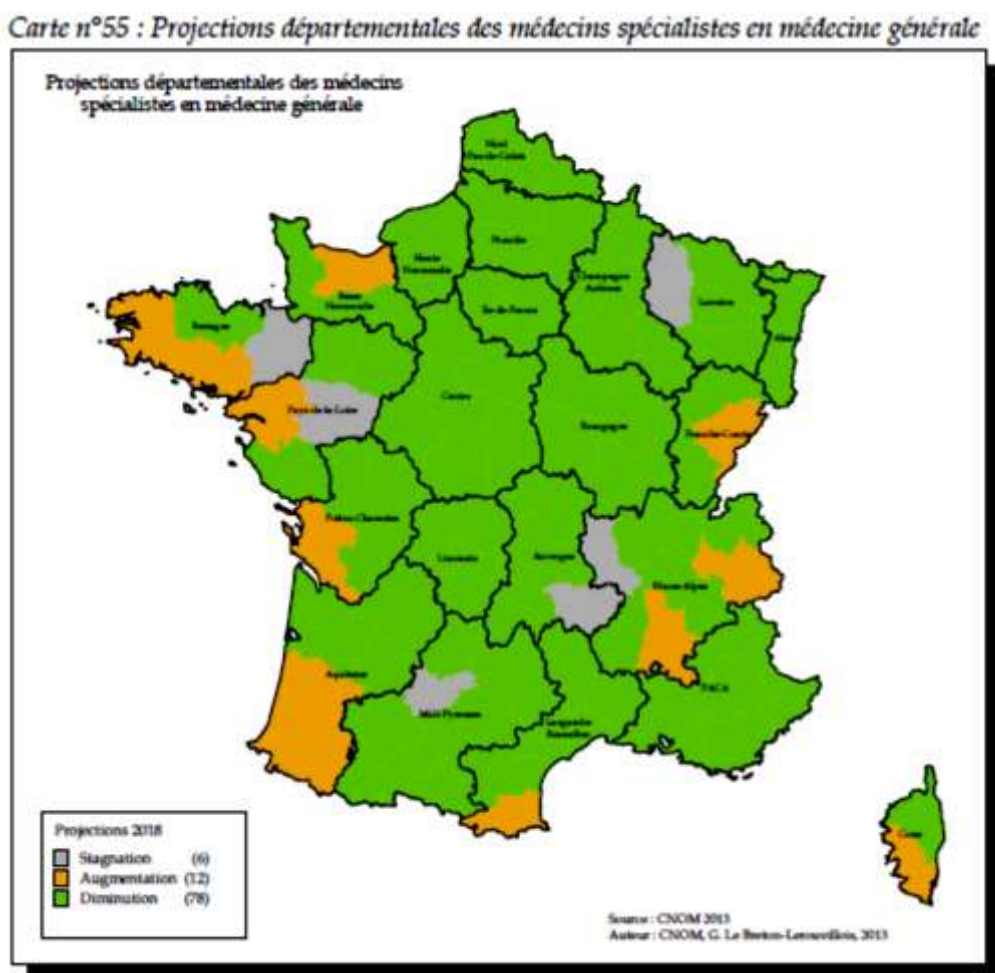


Figure 5: Projections départementales des médecins spécialistes en médecine générale pour 2018, CNOM 2013

Dans les zones déficitaires, les médecins généralistes en activité rencontrent des difficultés. Les départs en retraite de confrères non remplacés sont synonymes d'afflux de nouveaux patients à prendre en charge. Certains cabinets sont surchargés, et les médecins sont parfois amenés à refuser de nouveaux patients. L'accès aux soins est donc inégal sur le territoire. Le rythme de travail s'en trouve, lui aussi, modifié avec une plus grande difficulté à effectuer les visites à domicile. Entre 1983 et 2004 la proportion de visites à domicile est passée de 35% à 15%, et les consultations de 58% à 82%.(2) Les consultations en cabinet leurs sont préférées avec, en général, des rendez- vous toutes les 15 à 20 minutes. A titre d'exemple un médecin généraliste travaillant dans le sud des Pays de Loire voit en moyenne 23 patients par jour et

travaille 52,2 heures par semaine.(4)

Un enjeu est le risque d'épuisement des médecins généralistes et le risque de burn-out. Les facteurs favorisant le burn-out identifiés comme tel sont : l'appartenance au secteur I, la pratique de la médecine générale et un âge compris entre 45 et 50 ans. L'étude de P. Cathébras concernant l'épuisement professionnel retrouve 5% de burn-out sur 306 médecins du Sud Loire.(4) Les causes rapportées sont essentiellement organisationnelles, administratives et relationnelles. S'y associe les conduites à risque. Les patients expriment de leur côté des craintes en rapport avec la pénurie de médecins annoncée.

Ces éléments imposent une nouvelle organisation des soins de premier recours en France pour les prochaines années. La création de maisons de santé fait partie des perspectives d'exercice modélisant pour demain.

2. Le travail en équipe pluridisciplinaire et maisons de santé

En France, l'idée de se regrouper dans le secteur libéral pour travailler n'est pas récente. Au début du 20^{ème} siècle, les dispensaires étaient une première forme de centre de santé. Ils se développent essentiellement lors de l'entre deux guerres. Ils sont à l'époque destinés aux plus démunis. Suite à la 2ème guerre mondiale, ils s'ouvrent à l'ensemble de la population et sont appelés officiellement « centres de santé ». Le climat médical leur est à l'époque peu favorable : en effet, un grand nombre de médecins en activité ne souhaite pas la création de centres dont ils considèrent qu'ils font concurrence à leur exercice libéral indépendant.(5) Les premiers cabinets de groupe apparaissent dans les années 1930 et se développent lentement par la suite dans les années 1970-1980. La pluridisciplinarité quant à elle s'est réellement développée à partir des années 1990, soit entre spécialités médicales, soit entre professionnels de santé.(6) A partir des années 2000, la diminution de la démographie médicale remet à l'ordre du jour le regroupement des professionnels de santé. (7) La pénurie annoncée de médecins oblige à repenser le paysage médical français et l'idée de regrouper les professionnels paraît être une solution pour améliorer l'offre de soin et les conditions d'exercice des professionnels. L'étude du Dr Evrard effectuée dans le cadre de la réalisation du baromètre santé médecin généralistes 2009 par l'INPES, rapporte que la proportion de médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe est passée de 42,9% en 1998 à 53,7% en 2009.(8)

Évolution du taux de regroupement des médecins généralistes de secteur 1 entre 1998 et 2009, selon l'âge (en pourcentage)

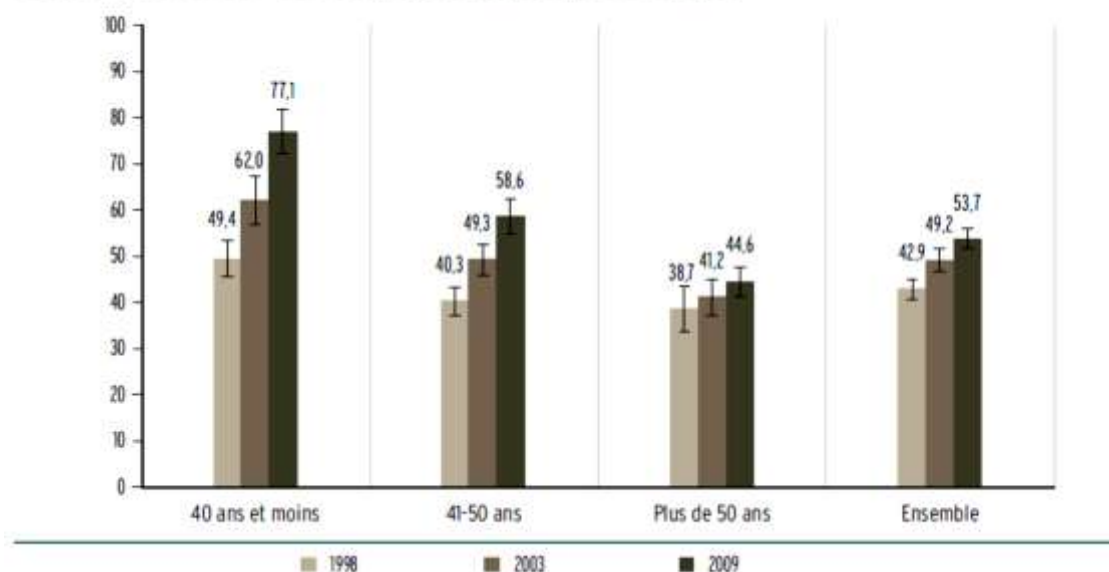


Figure 6: Evolution du taux de regroupement des médecins généralistes de secteur 1 entre 1998 et 2009, selon l'âge, INPES 2009

Ceci coïncide avec la mise en place en 2009 d'un cadre légal à ces regroupements avec la loi « hôpital, santé, territoires » (HPST). Le code de la santé publique en 2007 avait également commencé à définir les actions des maisons de santé.

Les médecins se regroupent actuellement le plus souvent dans des cabinets composés exclusivement de médecins généralistes ou spécialistes. Ces regroupements sont pour la plupart de petite taille (2 à 3 médecins).(7) Seul un quart des médecins généralistes exerçant en groupe le font dans des structures pluridisciplinaires.(8)(9) Ce sont surtout les jeunes générations qui favorisent la pratique en groupe, puisqu'environ 77,1% des moins de 40 ans déclarent travailler en cabinet de groupe contre 44% des 50 ans et plus. Assez naturellement, les généralistes installés dans des agglomérations d'au moins 2000 habitants ont une probabilité d'exercer en groupe plus élevée. Le postulat est que le regroupement des professionnels permet un meilleur accès aux soins de la population, facilite leur organisation de travail, leur permet de mieux gérer leur patientèle en se partageant notamment les urgences, les visites, un secrétariat.(8) Les cabinets sont plus fréquemment informatisés ce qui facilite la gestion du dossier patient. Le fait de travailler à plusieurs permet également de demander l'avis d'un confrère lors d'une situation difficile ou complexe. Les médecins des cabinets de groupe déclarent travailler en moyenne une journée de moins par semaine mais en réalisant plus d'actes par jour. La gestion du temps de travail en cabinet de groupe est donc

différente pour un même volume. Le temps supplémentaire dégagé serait utilisé notamment pour la formation. Cela permet aussi une meilleure qualité de vie.

Le postulat est que le fait que plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux exercent ensemble améliore vraisemblablement les pratiques par enrichissement mutuel. De plus il devient alors possible d'organiser des actions de santé coordonnées. En effet, des protocoles de prise en charge peuvent être définis entre les professionnels. Le cadre du travail en équipe peut inciter à entreprendre des actions de formation, d'éducation et des actions de prévention. Les liens avec les secteurs hospitaliers et extra hospitaliers (HAD) pourraient également être renforcés.

3. Expérimenter un dépistage pluri-professionnel

Afin de donner un caractère concret et réel aux hypothétiques bénéfices de l'activité pluri-professionnelle, nous avons souhaité expérimenter une nouvelle procédure dans une maison de santé pluri-professionnelle.

Réaliser un examen cutané systématique de chaque patient est un défi pour un médecin généraliste. Le temps étant compté et la consultation souvent l'objet de plusieurs motifs, le problème de la peau n'est que peu abordé. Des études montrent que l'examen cutané est très peu réalisé par les médecins.(10)(11) Au plan théorique, K White (1950) puis LA Green (2001) ont montré que l'identification d'un problème de santé n'aboutit pas nécessairement à une consultation médicale. Selon leurs travaux, seulement 11% des patients exposés à un problème de santé consulteraient en soins primaires.(12) Ce modèle est vraisemblablement pertinent s'agissant des plaintes liées à un problème dermatologique.

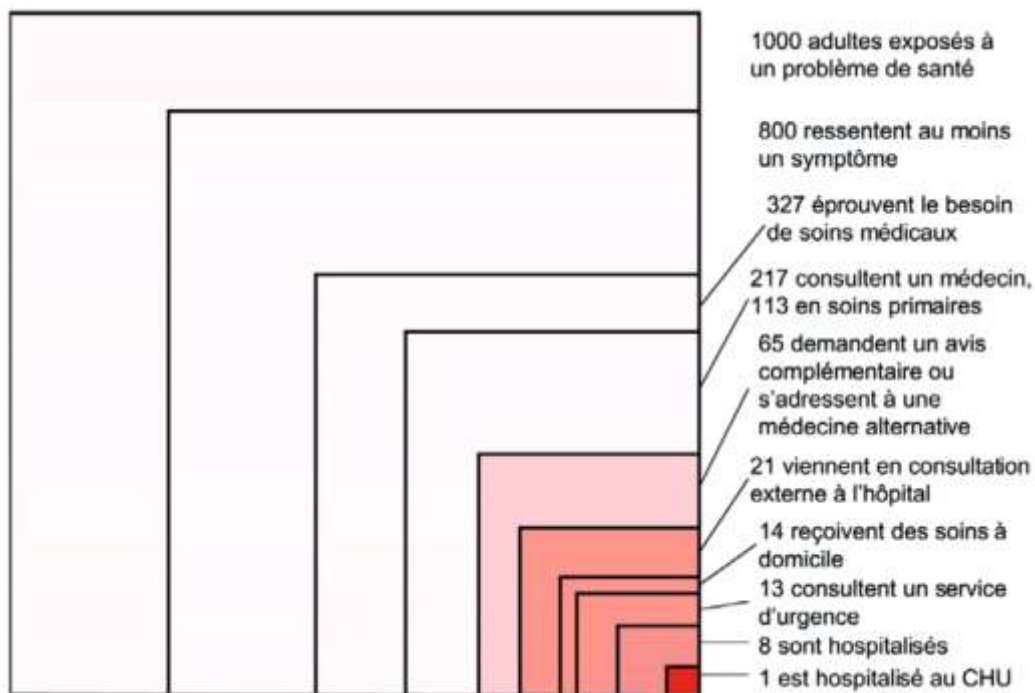


Figure 7: Répartition des soins de santé pendant 1 mois d'après Green, Budowski M, Gay B

En cohérence avec ce modèle, nous avons fait le postulat que les lésions de la peau pouvaient être identifiées par d'autres professionnels de soins primaires que le médecin généraliste : le kinésithérapeute déshabille ses patients, la diététicienne est amenée à le faire lorsqu'elle pèse ses patients, l'infirmière pourrait examiner la peau des personnes âgées avec plus d'attention que le médecin généraliste.

PARTIE II ARTICLE

1. Introduction

En 2011, l'incidence du mélanome en France était estimée à 10,1 pour 100 000 chez la femme et 9,7 pour 100 000 chez l'homme (BEH), correspondant à près de 10 000 nouveaux cas de mélanome cutané par an. Cette incidence croît depuis 1980 avec néanmoins un ralentissement depuis les années 2000.(13)(14)(15) L'incidence est plus élevée dans l'ouest du territoire (11,4 nouveaux cas par an sur 100 000 habitants en Bretagne).(16)(17)

La mortalité croît elle aussi depuis 1980, avec une stabilisation depuis les années 2000.(14)(15) En 2011, le mélanome serait à l'origine d'environ 1600 décès par an en France (BEH). Cette mortalité serait inégale. Même si le mélanome reste plus fréquent dans la population féminine (6^e cause de cancer chez la femme contre 8^e chez l'homme), il tue davantage dans la population masculine (12^e cause de décès chez l'homme contre 14^e chez la femme).(13)

Le facteur pronostic principal est l'indice de Breslow, correspondant à l'épaisseur de la lésion diagnostiquée. Une lésion inférieure à 1 mm permet une survie à 10 ans d'environ 92%, contre 50% lorsque la lésion dépasse 4 mm. (18)(19)(20) C'est pourquoi le diagnostic précoce du mélanome est un enjeu majeur.

L'âge médian au moment du diagnostic est d'environ 58 ans pour les femmes et 60 ans pour les hommes. La mise en place d'un dépistage de masse organisé -comme pour le cancer du sein- n'a pas prouvé son efficacité pour réduire la mortalité et la morbidité du mélanome.(21)(22) Un tel programme de dépistage serait par ailleurs coûteux, de sorte que les décideurs le considèrent non rentable.(23)(24) Le dépistage ciblé serait une alternative, mais impose d'identifier une population à risque élevé. Pour ce faire, différentes études ont été réalisées. (25)(26)(27)(28)

Le SAMScore est un auto-questionnaire basé sur l'identification de sept facteurs de risque, initialement sélectionnés à partir d'une revue de la littérature.(29)(30)(31) (cf. figure 8).

Questionnaire

Quel âge avez-vous ?

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

1. Il existe 6 phototypes :

Phototype I : peau très claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité à bronzer avec coups de soleils constants après une exposition solaire.

Phototype II : peau claire, cheveux clairs ou châains, yeux clairs (bleus ou verts), coups de soleil fréquents.

Phototype III : peau légèrement mate, cheveux châains ou bruns, yeux bruns, parfois clairs.

Phototype IV : peau mate, cheveux foncés, yeux foncés.

Phototype V : peau brun foncée, cheveux noirs, yeux noirs.

Phototype VI : peau noire, cheveux noirs, yeux noirs.

Vous classeriez-vous en phototype I ou II ?

☐ oui ☐ non

2. Avez-vous des tâches de rousseur ?

☐ oui ☐ non

3. Avez-vous approximativement plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des 2 bras (du poignet à l'épaule) ?

☐ oui ☐ non

4. Au cours de votre enfance ou votre adolescence, avez-vous déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques, brûlures solaires) ?

☐ oui ☐ non

5. Avez-vous vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen Orient, DOM-TOM, Sud des USA, Australie,...)

☐ oui ☐ non

6. Avez-vous déjà eu au cours de votre vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau se développant aux dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau) ?

☐ oui ☐ non

7. Un membre de votre famille proche (parents, enfants ou frères et sœurs) a-t-il déjà eu un mélanome ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

SAMScore (Self-Assesment of Melanoma Risk Score)

Vous êtes à risque élevé (SAMScore positif) si vous êtes au moins dans une de ces 3 situations :

■ Vous avez répondu **oui** à **au moins 3 des 7 questions**

■ Vous avez **moins de 60 ans** et **plus de 20 grains de beauté** sur l'ensemble des 2 bras (du poignet à l'épaule).

■ Vous avez **60 ans ou plus** et **des tâches de rousseur**.

Figure 8: Questionnaire SAMScore

La présence d'un naevus atypique n'a pas été intégrée dans ce score comme un facteur de risque, car l'étude de Carli P. montrait que les patients se trompent dans l'identification de ces naevi.(32)

La création du SAMScore a reposé sur plusieurs études. Une première étude a montré que cet auto questionnaire était facile d'utilisation, qu'il était fiable et qu'il s'agissait d'un bon outil d'identification des facteurs de risque, préalable à l'examen par un expert (le médecin

généraliste dans ce cas).(33) Une deuxième étude a permis de valider l'algorithme correspondant à ce score, à partir des différents facteurs de risque identifiés par le patient lui-même, de façon à définir le niveau de risque du patient (risque élevé ou non).(34) Les règles utilisées pour caractériser un patient à risque élevé sont rapportées dans la figure 8. Enfin, une dernière étude a été réalisée afin de valider une stratégie de dépistage ciblé reposant sur l'utilisation de ce score.(35) Cette étude a permis de détecter 10 mélanomes sur 2404 patients à haut risque identifiés par le SAMScore. Ce score permettrait donc de diagnostiquer une lésion en dépistant 11 fois moins de patients quand ils sont précédemment identifiés à haut risque.

Différentes études concluent que le dépistage des lésions cutanées pouvait être plus performant en soins primaires.(35)(10)(11) La création de maisons de santé pourrait constituer une opportunité pour la mise en place d'actions de santé publique et de dépistage.(6) S'agissant du dépistage du mélanome, très peu de patients réaliseraient des auto-examens cutanés.(36) Dès lors, la pratique du dépistage de lésions cutanées suspectes est aujourd'hui largement dévolue au médecin généraliste. Cependant, d'autres professionnels de santé ont aussi accès à la peau dans les maisons de santé. Dès lors, tous les professionnels de santé pourraient participer à l'identification et à la sensibilisation des patients à risque élevé de mélanome.(37)

L'objectif de cette étude était de tester la faisabilité d'une action de prévention pluri-professionnelle portant sur le dépistage ciblé du mélanome. L'action consistait pour les professionnels d'une maison de santé à identifier les patients à haut risque de mélanome parmi les patients les ayant consultés et à les orienter vers le médecin généraliste.

2. Méthode

2.1. Design

Il s'agissait d'une recherche-action expérimentant la faisabilité d'un dépistage du mélanome en maison de santé pluri professionnelle.

L'étude a été réalisée sur une semaine du lundi 22 au vendredi 26 octobre 2012. L'ensemble des 23 professionnels de la maison de santé de Clisson ont été invités à participer : 5 médecins généralistes, 4 chirurgiens-dentistes, 1 diététicienne, 1 infirmière diplômée d'état, 8

kinésithérapeutes, 2 ostéopathes, 3 orthophonistes, 2 pédicures-podologues et 2 biologistes. La population cible correspondait à l'ensemble des patients consultant les différents professionnels. Etaient inclus tous les patients de plus de 18 ans et exclus, les patients déjà suivis par un dermatologue.

2.2. Déroulement

Lors d'un temps préalable, nous avons réalisé une réunion d'information au sein de la MSP avec 2 objectifs : premièrement, présenter le projet d'étude et obtenir l'adhésion des participants ; deuxièmement, former et sensibiliser les professionnels au problème du mélanome, son dépistage et son diagnostic. Cette réunion a été réalisée avec le support CD rom « Vigie cancer » conçu par le réseau mélanome ouest pour la formation.(17)

Par la suite, nous avons fourni à chaque professionnel présent une plaquette de synthèse rappelant les règles ABCDE et les caractéristiques d'un mélanome (Cf. figure 9). Un deuxième temps d'information individuel a été organisé lors de la remise des supports, les professionnels absents lors de la première réunion ont pu bénéficier d'explications et obtenir à leur tour la plaquette de synthèse.

Prévention mélanome

Qu'est-ce qui doit vous alerter ?

5 lettres qui peuvent vous aider à repérer un grain de beauté qui doit être montré

Méthode ABCDE
Une façon pour être jugé comme suspecte si elle présente un ou plusieurs des critères ABCDE ou tout autre anomalie.

	Grain de beauté	Mélanome
A symétrie	Plutôt rond et symétrique	Asymétrique
B ords	Réguliers et géométriques	Ir réguliers et dentelés
C ouleur	Une seule	Hétérogène (brun clair au noir foncé)
D iamètre	Petite taille (< à 6 mm)	Grande taille (> à 6 mm)
E volution	N'a bougé pas	Enlargit dans sa taille, change sa couleur ou son aspect

N'oubliez jamais :
 > Tout grain de beauté qui se modifie
 > Tout grain de beauté qui apparaît et grossit vite doit être montré à votre médecin, cela peut vous sauver la vie

Le coup d'œil qui peut vous **sauver la vie**

LA ROCHE-POSAY

Les grains de beauté que vous **DEVEZ MONTRER** à un médecin !
11 grains de beauté qui doivent être montrés car ce sont des mélanomes

Si vous avez beaucoup de grains de beauté. Sachez que vous avez plus de risque d'avoir un mélanome.

Toute tache brune dont la couleur ou la forme se modifie doit être montrée

Figure 9 : Plaquette de synthèse rappelant les règles ABCDE et les caractéristiques d'un mélanome

Les supports de l'étude étaient les suivants : une affiche à disposer en salle d'attente (cf. figure 10), un questionnaire validé de dépistage : le SAMScore (figure 8), des coupons destinés aux patients à risque élevé ou porteurs d'une lésion observée par le professionnel. Ces coupons ont été confectionnés avec du papier carbone pour permettre un retour chez le médecin traitant avec récupération des données (cf. figure 10). Ils étaient constitués de 2 zones : une contenant les éléments d'identification du patient (3 premières lettres du prénom, 3 premières lettres du nom), l'autre les 2 cases à cocher selon les situations, à savoir, patient à risque élevé de mélanome, et/ou grain de beauté à contrôler. La dénomination grain de beauté a été choisie en raison de l'utilisation par des professionnels très divers avec parfois une formation médicale limitée.

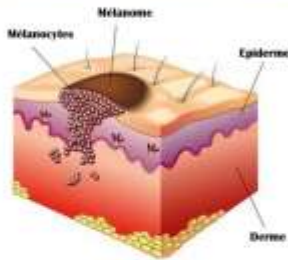
Des dépliants d'informations concernant la protection solaire et le dépistage étaient finalement mis à disposition dans les salles d'attente des professionnels.

Les professionnels devaient disposer les supports de façon à encourager les patients à remplir les questionnaires. Le remplissage des questionnaires du SAMScore était basé sur la participation volontaire des patients consultant les professionnels. Certains professionnels tels que les dentistes, bénéficiaient de la présence d'une secrétaire et d'assistantes permettant une incitation directe des patients à remplir les questionnaires. Chez les biologistes, le recrutement a été un peu différent puisque seuls les patients vus par le biologiste ont été incités à participer.

Une fois les questionnaires remplis par le patient, le professionnel devait vérifier le niveau de risque du patient, puis lors de sa consultation, rechercher des lésions sur la partie de peau concernée par l'exercice de sa fonction (par exemple, le visage et la bouche pour les dentistes, le pied pour les podologues). La consigne a été donnée aux professionnels de ne pas réaliser d'examen supplémentaire et de ne pas faire déshabiller leurs patients davantage qu'à l'accoutumé.

Suite à leur formation, ils devaient signaler s'ils apercevaient une lésion suspecte. Pour les patients à risque élevé ou porteurs d'une lésion suspecte, un coupon était alors remis. La partie rose était donnée au patient avec consigne de consulter son médecin traitant pour un examen cutané complet, et la partie blanche en papier carbone contenant le double des informations était conservée par le professionnel et agrafée au questionnaire.

Semaine de dépistage du mélanome



Madame, Monsieur,

Nous réalisons cette semaine une **étude** pour améliorer le **dépistage du mélanome (cancer de la peau)**.

Nous vous proposons de nous aider en remplissant un questionnaire « **le samscore** » que vous trouverez en salle d'attente.

Si vous avez **plus de 18 ans**, et que vous n'êtes **pas suivi par un dermatologue régulièrement**.

Ce questionnaire vous permettra **d'évaluer si vous avez un risque élevé de mélanome.**

Il est **anonyme**.

Donnez ensuite le questionnaire au professionnel que vous consultez ce jour, **il vous expliquera la suite de la prise en charge.**

Merci pour votre participation

Figure 10 : Affiche utilisée pour le dépistage

2.3. Recueil des données

Seules les 3 premières lettres du nom et du prénom étaient indiquées sur les coupons afin de pouvoir recouper les coupons roses et blancs. L'anonymat ainsi conservé se voulait encourageant pour la participation des patients. Des bannettes comportant une chemise par jour avaient été distribuées aux professionnels, ainsi, ils inséraient au fur et à mesure leurs questionnaires plus ou moins les coupons dans la chemise correspondante. Il leur a également été demandé d'inscrire le nom des médecins traitants des patients sur les coupons et de notifier le nombre de patients vus par jour sur chaque chemise. L'ensemble des bannettes a été récupéré en fin de semaine afin de comptabiliser les résultats. Tous les médecins dont les noms figuraient sur les coupons ont été appelés la semaine suivant l'étude afin de leur expliquer l'étude réalisée à la MSP (Maison de santé pluri professionnelle), et de leur demander de conserver les coupons réponse. Ils ont ensuite été rappelés à un mois pour récupérer les coupons (par le biais des 3 lettres d'identification des noms et prénoms).

NOM (3 PREMIÈRES LETTRES) :

PRÉNOM (3 PREMIÈRES LETTRES) :

☐ **PATIENT À RISQUE ÉLEVÉ**

☐ **ÉLÉMENTS À VÉRIFIER SUR LA PEAU**

Figure 11: Modèle de coupon

2.4. Critères de jugement

Les critères de jugement principaux étaient la participation des professionnels, la participation des patients. Un recueil informel de l'adhésion des patients et des professionnels a été secondairement exploité pour identifier les problèmes rencontrés, les avantages et les freins de la procédure.

3. Résultats

3.1. Participation des professionnels et des patients

- Accueil par les professionnels

La réunion préalable à l'étude a eu lieu le mardi 25 septembre entre 14 et 15h. Onze professionnels y ont participé (6 kinésithérapeutes, 2 dentistes, 1 biologiste, 1 diététicienne et 1 infirmière diplômée d'état (IDE)). Le CD rom « Vigie cancer » a été présenté, suivi d'un diaporama présentant l'étude. La plupart des professionnels présents se sont montrés très intéressés et ont posé beaucoup de questions, notamment les kinésithérapeutes. Les podologues, absents lors de la réunion, mais croisés la veille de l'intervention se sont montrés eux aussi intéressés par le projet.

Les supports ont été distribués les 17 octobre et 18 octobre 2012 à chaque professionnel. Lors de la distribution du matériel, un temps a été pris avec chaque professionnel pour redéfinir les objectifs de l'étude et vérifier si tout avait bien été compris.

L'étude a eu lieu la semaine du 22 au 26 octobre 2012. Deux orthophonistes ont refusé de participer. Vingt professionnels sur les 23 de la MSP ont accepté de participer: 4 chirurgiens-dentistes, 1 diététicienne, 1 IDE, 7 kinésithérapeutes, 2 ostéopathes, 1 orthophoniste, 2 pédicures-podologues et 2 biologistes. Seize ont recruté des patients : 2 biologistes, 6 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, 1 ostéopathe, 1 IDE, 1 diététicienne, et 4 dentistes.

- Participation des patients

Quatre cent vingt-six questionnaires ont été remplis par ces 16 professionnels.

Vingt-cinq questionnaires ont été exclus en raison de leur caractère incomplet ou de la présence d'un critère d'exclusion. Quatre cent un questionnaires ont été analysés. (cf. figure 12)

La population se composait de 259 femmes et 141 hommes (1 non renseigné), soit 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes. La moyenne d'âge était de 50,31 ans, avec des âges extrêmes entre 18 et 85 ans.

Les caractéristiques des 401 patients en termes de facteur de risque sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1: Répartition des facteurs de risque dans la population incluse

Facteur de risque	Population totale	Patients à haut risque
Phototype I ou II ¹	36,5% (144/395), 6MD	58,7% (84/143), 3MD
Ephélides ²	28% (112/400), 1MD	53,4% (78/146)
Naevi > 20 bras ³	29,5% (118/400), 1MD	73,8% (107/145), 1MD
Coup soleil enfance ⁴	40,9% (164/401)	59,6% (87/146)
> 1an dans pays fort ensoleillement ⁵	6,5% (26/400), 1MD	4,1% (6/145), 1MD
ATCD personnel ⁶	2% (8/400), 1MD	3,4% (5/145), 1MD
ATCD familial ⁷	7,2% (29/400), 1MD, 78 NSP	13,1% (19/145), 1MD, 30 NSP

MD : missing data NSP : ne sait pas

¹ patients présentant un phototype I (peau très claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité à bronzer avec coups de soleils constants après une exposition solaire.) ou un phototype II (peau claire, cheveux clairs ou châains, yeux clairs (bleus ou verts), coups de soleil fréquents)

² présence d'éphélides (= tâches de rousseur)

³ présence d'approximativement plus de 20 grains de beauté sur l'ensemble des 2 bras (du poignet à l'épaule)

⁴ antécédent de coups de soleil sévères (rouges et très douloureux avec cloques, brûlures solaires) au cours de l'enfance ou l'adolescence

⁵ patients ayant vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen Orient, DOM-TOM, Sud des USA, Australie...)

⁶ antécédent personnel de mélanome chez le patient

⁷ antécédent familial (chez parents, enfants, frères, sœurs) de mélanome

La majorité des patients recrutés provenaient des dentistes et des kinésithérapeutes (cf. tableau 2) : 182 questionnaires et 49 coupons pour les kinésithérapeutes, 140 questionnaires et 44 coupons pour les dentistes. Les biologistes avaient fait remplir 58 questionnaires et avaient délivré 9 coupons.

Tableau 2 Répartition des questionnaires et coupons selon les professionnels

Professionnel	Nombre de questionnaires remplis	Nombre de questionnaires exclus	Nombre de questionnaire validés	Nombre de coupons donnés
Podologue 1	0	0	0	0
Podologue 2	0	0	0	0
Biologiste 1 + 2	73	15	58	9
Kiné 1	31	2	29	9
Kiné 2	0	0	0	0
Kiné 3	47	0	47	12
Kiné 4	36	1	35	11
Kiné 5	38	0	38	13
Kiné 6	16	1	15	3
Kiné 7	18	0	18	1
Orthophoniste	9	1	8	0
Ostéopathe 1	0	0	0	0
Ostéopathe 2	6	0	6	0
IDE	4	0	4	1
Diététicienne	3	0	3	1
Dentiste 1	38	0	38	11
Dentiste 2	61	3	58	25
Dentiste 3	15	1	14	4
Dentiste 4	31	1	30	4
TOTAUX	426	25	401	104

3.2. Observance de la stratégie de dépistage : par les professionnels, par les patients

Quatre groupes de patients ont été identifiés.

- 25 patients avaient un risque élevé et une lésion à contrôler. Tous ont reçu un coupon et 4 ont par la suite reconsulté leur médecin traitant.
- 122 patients avaient un risque élevé de mélanome, sans lésion à contrôler. Parmi eux, 64 patients ont reçu un coupon et 9 ont reconsulté.
- 8 patients n'avaient pas de risque élevé mais présentaient une lésion à contrôler. 8 coupons ont été distribués et un patient a reconsulté.
- 247 patients n'avaient pas de risque élevé et pas de lésion. Quatre ont reçu un coupon et 2 ont reconsulté. (cf. figure 12)

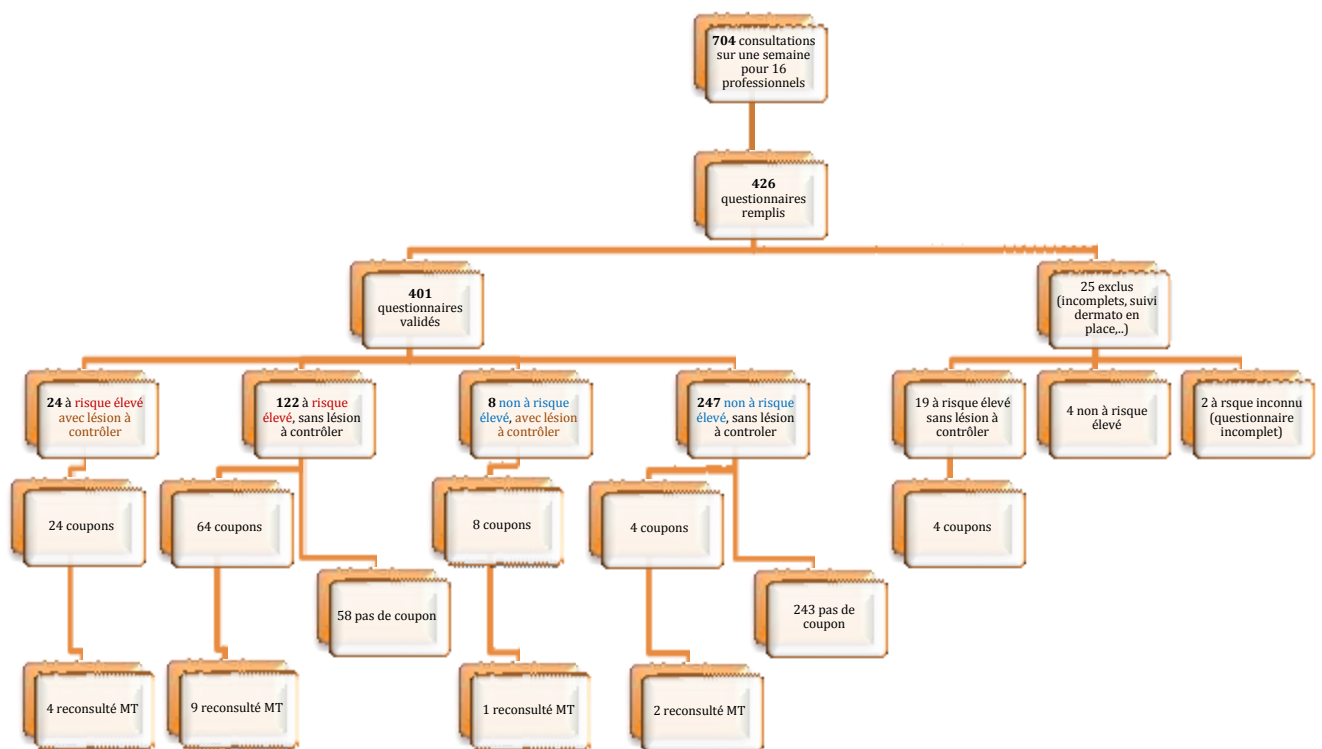


Figure 12: Organigramme des résultats de l'étude

Au total, 146 patients étaient à risque élevé sur 401 soit 36 %. Avec les 8 patients sans risque élevé mais présentant une lésion à contrôler, 154 patients étaient potentiellement éligibles pour recevoir un coupon.

Parmi eux, 96 ont reçu un coupon soit 62%. Sur ces 96 patients ayant reçu un coupon, 16 ont par la suite reconsulté leur médecin traitant un mois plus tard.

3.3. Parcours de soin des patients

Il concerne la répartition des médecins traitants d'une population consultant des professionnels médicaux et paramédicaux dans une même maison de santé. La population étudiée correspond aux 104 patients ayant reçu un coupon car pour eux seuls, le nom du médecin traitant était inscrit afin de pouvoir récupérer les coupons. Ils correspondent aux 100 patients éligibles pour notre étude ayant reçu un coupon ainsi qu'aux 4 patients exclus de l'étude ayant reçu un coupon. Dans cette population, 23 coupons ne renseignaient pas le nom du médecin traitant, et 1 patient n'avait pas de médecin traitant, ce qui réduit notre population d'étude à 80 patients. La moyenne d'âge de ces 80 patients est de 48,7 ans, avec 57 femmes pour 23 hommes. Vingt-six de ces patients ont leur médecin traitant à la MSP, soit 1/3. Parmi les 2/3 restant, 7 ont leur médecin à Clisson et les 47 autres ont des médecins traitant répartis sur 3 départements : la Vendée, la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire. (cf. tableau 3).

Le plus éloigné exerce à Saint-Michel-Chef-Chef dans la Loire-Atlantique, son patient venait consulter un kinésithérapeute. Globalement, sur ce tableau, on observe que les professions qui recrutent des patients les plus éloignés géographiquement sont les biologistes, les dentistes et les kinésithérapeutes, soit les 3 principales professions ayant recruté des patients.

Tableau 3: Répartition des médecins traitants et provenance des patients

Ville département	et	Distance de la MSP (km)	Nb de médecin inclus	Nb de patient avec 1 coupon	Adressés /	Nb de patients reconsultant	Adressés /
Clisson (44)		0	7	33	2/biologiste, 15/kiné, 16/dentiste	8	1/biologiste, 5/kiné, 2/dentiste
Gorges (44)		3	2	2	2/dentiste	0	
Gétigné (44)		4,2	3	8	4/kiné, 1/diet, 2/dentiste 1/biologiste	2	2/kiné
Saint hilaire de Clisson (44)		5,1	1	2	2/dentiste	0	
Cugand (85)		5,3	2	4	1/kiné, 3/dentiste	2	2/dentiste
La Bernardière (85)		6,8	1	1	1/dentiste	0	
Mouzillon (44)		6,8	1	6	1/biologiste, 3/kiné, 2/dentiste	3	2/kiné, 1/dentiste
Le Pallet (44)		7,9	1	1	1/kiné	0	
Vallet (44)		9	3	3	1/kiné, 2/dentiste	0	
Maisdon sur sèvre (44)		9,8	1	3	1/biologiste, 2/kiné	0	
Monnières (44)		10	1	3	3/dentiste	0	
Saint Crespin sur Moine (49)		10	1	1	1/dentiste	0	
Boussay (44)		10	2	4	2/biologiste, 1/kiné, 1/dentiste	0	
La Bruffière (85)		12	1	1	1/dentiste	0	
Saint Hilaire de Loulay (85)		13	1	1	1/dentiste	1	1/dentiste
Torfoeu (49)		14	2	2	1/kiné, 1/dentiste	0	
Saint germain sur moine (49)		16	1	1	1/kiné	0	
Le Loroux Bottereau (44)		21	1	1	1/dentiste	0	
Chavagnes en Pailler (85)		28	1	1	1/biologiste	0	
Carquefou (44)		36	1	1	1/kiné	0	
Saint Michel Chef Chef (44)		80	1	1	1/kiné	0	

4. Discussion

4.1. Résumé des principaux résultats

La participation des professionnels est globalement bonne puisque 70% des professionnels ont recruté des patients (16 professionnels sur les 23 de la MSP). Ceux qui ont participé à la réunion ont globalement recruté plus de patients et ont un retour plus favorable. Les dentistes nous ont sollicités plusieurs fois au cours de l'étude pour obtenir des précisions. Les kinésithérapeutes, dentistes et biologistes étaient très satisfaits de cette expérience. Ils rapportaient qu'elle leur avait permis de se rapprocher de leurs patients et les avait globalement stimulés. La participation individuelle de chaque professionnel est cependant assez variable au sein d'un même corps de métier comme cela est visible dans le tableau 2. Il semblerait donc que le temps pris en individuel avec chacun ait son intérêt pour intéresser les professionnels.

En ce qui concerne les médecins généralistes, nous n'avons eu que peu de retour. Les médecins de la maison de santé semblaient satisfaits mais ont dans l'ensemble revu peu de patients. Les autres médecins, joints par téléphone, semblaient trouver l'initiative assez bonne. Seul un médecin a fait part de son agacement, rapportant qu'il trouvait inapproprié que ce soit les paramédicaux qui orientent les patients pour un dépistage, alors même qu'ils ignorent tout de leurs antécédents. Selon lui, cela pouvait parfois être délétère pour des patients anxieux ayant déjà une pathologie lourde. Nous n'avons pas évalué le potentiel anxiogène de notre démarche et certains professionnels ont constaté des refus de participation chez les patients plus âgés par « peur de trouver quelque chose ». Dans la littérature, une étude utilisant le même type de questionnaire avait évalué à seulement 4% , le nombre de participant trouvant le questionnaire stressant.(38) On peut effectivement se questionner sur le rôle et les responsabilités donnés aux paramédicaux lors de cette procédure. Une évaluation du stress produit chez les professionnels et les patients pourrait s'avérer intéressante dans le cadre d'une prochaine étude.

La participation globale des patients semble assez modeste puisque chaque professionnel a fait remplir en moyenne 5 questionnaires par jour à ses patients (426 questionnaires par 16 professionnels sur 5 jours).

L'adhésion des patients que l'on peut évaluer par le nombre de consultations chez le médecin généraliste est modeste. Seuls 16% de nos patients qui ont reçu un coupon ont effectivement

reconsulté leur médecin traitant. Certains patients avaient signalés au professionnel consulté dès la distribution du coupon qu'ils ne reconsulteraient pas. Lors de l'étude de validation du SAMScore, les médecins généralistes adressaient les patients à risque selon le SAMScore au dermatologue, le retour des patients chez le dermatologue était de 43,2%. (35) Notre chiffre très inférieur, est malgré tout, difficilement comparable en raison des différences de méthodologie et d'un recueil de données plus tardif lors de l'étude du Pr Quereux. En revanche nous avons mis en évidence la même proportion de patients à risque élevé (146 sur 401) soit 1/3, et notre population est comparable en terme d'âge et de répartition des sexes (2/3 femmes, moyenne d'âge 50 ans). On observe également que les coupons récupérés provenaient principalement de patients ayant consulté les dentistes et kinésithérapeutes. Il faut vraisemblablement évoquer que ce résultat est lié d'une part au plus grand nombre de coupons distribués par ces mêmes professionnels et d'autre part aux motivations de chaque personne.

Cette étude nous a permis également de mettre en évidence un résultat inattendu : l'absence d'unité géographique quant au réseau des différents professionnels. En effet, la logique aurait voulu que la majorité des patients consultant des paramédicaux de la MSP aient leur médecin traitant dans ce même établissement. En réalité, seul 1/3 des patients a son médecin traitant dans la maison de santé. La majorité consulte donc son médecin traitant ailleurs. La situation géographique particulière de Clisson fait que ces médecins sont répartis dans 3 départements. Les 3 professions recrutant les patients les plus éloignés sont les kinésithérapeutes, les dentistes et les biologistes. On observe que le médecin traitant le plus éloigné exerce à 80 km de Clisson. Ceci explique probablement en partie nos difficultés à récupérer nos données. Nous n'attendions pas une aussi grande proportion de patients consultant hors de Clisson.

4.2. Commentaire des principaux résultats

Faut-il vraiment impliquer tous les professionnels ? Peut être certains n'ont pas vocation à le faire ? Les biologistes sont des pharmaciens et ont donc une même formation théorique proche des médecins avec une sensibilisation au mélanome mais peu d'accès à la peau en pratique. Les autres professionnels ont des cursus différents, on retrouve néanmoins des traces de formation concernant le mélanome pour les kinésithérapeutes, dentistes, podologues et infirmières.(39)(40)(41)(42) Malgré tout, il semblerait que ces formations soient insuffisantes et inadaptées, comme le montre une étude réalisée en Australie.(43) Les infirmières et kinésithérapeutes ont un accès privilégié à la peau. De même que les podologues et dentistes ont accès à des zones moins explorées par le généraliste habituellement. Plusieurs études

mettent en avant l'intérêt de former les infirmières dans le cadre du dépistage du mélanome.(44)(45) La confiance envers celles-ci serait même plus élevée que celle envers les généralistes selon un sondage réalisé par le groupe pasteur mutualité en avril 2010.(46) Ainsi, les kinésithérapeutes, dentistes, infirmières et podologues ont une meilleure approche du problème du mélanome que les orthophonistes, ostéopathes, biologistes et diététiciennes. Par conséquent, ces dernières professions ont peut-être raison d'avoir peu participé. Ces données sont cohérentes avec nos résultats, excepté en ce qui concerne les biologistes qui ont plus participé qu'on aurait pu l'attendre, et les infirmières et les podologues qui au contraire ont moins participé qu'on l'aurait espéré. Dans le cas des podologues et des infirmières, le problème semble avoir été essentiellement organisationnel avec des difficultés à trouver du temps pour remplir les questionnaires. Il conviendrait de revoir individuellement avec chacun comment les impliquer davantage dans ce type d'étude.

Par ailleurs, nos données confirment la présence de nombreux patients à risque élevé dans la population consultant à la maison de santé et donc l'intérêt de les identifier pour les alerter et les faire examiner par leur médecin traitant. Les données sont plus modestes quant à l'identification de lésions suspectes. Les professionnels ont identifié 32 lésions suspectes sur 401 patients, soit 7%. Parmi elles, 24 lésions appartiennent à des patients classés à haut risque, donc 16,4% des patients à haut risque ont une lésion suspecte identifiée. Ces chiffres restent très inférieurs aux lésions dépistées par un médecin généraliste.(35) L'étude du Pr Quereux avait montré qu'environ 40,2% des patients à haut risque examinés par le généraliste avaient une lésion suspecte. Cependant, les professionnels de la MSP ne sont que très peu formés au dépistage du mélanome dans leur cursus comme nous l'avons évoqué plus haut et le temps de formation inclus dans notre protocole était modeste comparativement aux années de pratique du médecin généraliste. De plus ils avaient pour consigne de ne pas déshabiller les patients afin d'observer ce qui est visible dans le cadre de l'exercice habituel de leur profession, et pour ne pas alourdir leur charge de travail. Leur examen cutané était donc limité. On en conclut donc qu'il est difficile de dépister des lésions, surtout pour des professionnels très peu formés à cela. L'idée serait peut être plutôt d'identifier des personnes à haut risque par le SAMScore et de les sensibiliser.

Enfin, on relève une autre problématique dans ce travail : on peut identifier 154 patients éligibles pour un coupon, seuls 64% en ont effectivement reçu un. A l'inverse quatre patients à bas risque et sans lésion à contrôler ont reçu un coupon. Il y a donc eu des erreurs pour

scorer les patients. Elles correspondent la plupart du temps à des critères de haut risque du SAMScore non pris en compte, à savoir « âge plus un autre facteur de risque ». L’item plus de 20 naevi sur l’ensemble des 2 bras semble par exemple poser quelques problèmes. La littérature rapporte en effet des erreurs dans l’auto évaluation des patients notamment en ce qui concerne le nombre de naevi.(33)(47)(38)(48). Cette hypothèse est étayée par le fait que la répartition des facteurs de risque dans notre population est voisine de celle observée dans les études du SAMScore exceptée pour le nombre de naevi (respectivement 73,8% dans notre population à risque versus 49,1% dans l’étude de validation du SAMScore) et la vie supérieure à un an dans un pays à fort ensoleillement (4,1% dans notre population à risque versus 10,2%).(35) On peut ainsi supposer que le nombre de naevi ait été surévalué par nos patients et que cette case ait souvent été cochée à tort. Si le professionnel a corrigé ces erreurs à l’oral avec le patient sans le mentionner, le recueil de données serait faussé et cela expliquerait une partie des coupons non distribués. Il faut néanmoins considérer avec attention ces erreurs de score, la formation des professionnels sur l’utilisation du SAMScore a probablement été insuffisante.

4.3. Limites

La première limite de notre travail est liée à notre recueil de données. Nous n’avons récupéré que 16% des coupons, mais le recueil a été effectué trop précocement. Lors de la réalisation du protocole de l’étude nous avons convenu 2 choses concernant les différents délais. La première était que la durée du dépistage serait d’une semaine, afin de ne pas alourdir le travail des professionnels. A posteriori cela semble satisfaisant. La deuxième était de réaliser le recueil des coupons à 1 mois. Cependant, lors du recueil des coupons blancs agrafés aux questionnaires, nous avons constaté que beaucoup de médecins n’exerçaient pas au pôle santé. Ainsi, une population importante de médecins généralistes a été prévenue après la réalisation du recueil. De plus les généralistes n’avaient pas eu consigne de conserver les coupons plus d’un mois. Ce délai paraît à posteriori un peu court et on peut supposer qu’un recueil à 3 et 6 mois ait donné plus de retour. Il aurait fallu anticiper davantage et les prévenir en amont de notre semaine de dépistage pour programmer des recueils plus tardifs.

Une deuxième limite facilement identifiable est le grand nombre de données manquantes. Il nous manque tout d’abord le nombre total de patients ayant consulté pendant la semaine à Clisson. Nous l’avons estimé à 704 consultations. Ce chiffre n’est malheureusement pas exploitable car il est basé sur le nombre de consultations journalières déclarées par les professionnels et en cas de donnée non renseignée sur le nombre de questionnaires remplis.

Ainsi il est certainement bien inférieur à la réalité. Nous ne pouvons donc pas conclure quant à l'importance de la participation des patients. Cet élément fait partie des modifications à apporter à notre protocole de réalisation d'étude, où il faudra stipuler clairement que le nombre de patients vus dans la journée doit être notifié. De plus, 23 coupons ne renseignaient pas le nom du médecin traitant soit 22% de données perdues. Ainsi ils n'ont pas été contactés et on peut supposer que certains patients ont bien reconsulté mais ont été perdus de vue. Les chiffres concernant le retour des patients sont donc à interpréter avec prudence. La récupération des données est incomplète, et aucun des médecins généralistes extérieurs à la MSP n'a pu être rencontré.

Cependant, cette étude est malgré tout informative concernant le parcours de soin des patients et les possibilités de dépistage organisé en MSP. L'ensemble de ces erreurs doit nous servir de piste pour améliorer une étude future. Il s'agissait d'une étude pilote, de prétention modeste, visant à mettre en évidence les points forts et les points faibles de ce type de dépistage, en vue d'un travail futur de meilleure qualité scientifique.

4.4. Perspectives de travaux futurs

Plusieurs pistes ont donc été identifiées pour des travaux futurs. Tout d'abord, notre travail semble confirmer que la participation des professionnels est plus élevée lorsqu'ils ont assisté à la réunion. Il faudra donc améliorer l'information des professionnels et leur formation en amont de l'étude aussi bien en ce qui concerne l'utilisation du SAMScore, que l'utilisation des coupons avec le nom du médecin. Cela pourra se faire par la réalisation de plusieurs réunions associées à un temps individuel avec chaque professionnel. Deuxièmement, il faudra anticiper d'avantage l'étendue des médecins généralistes concernés. Il pourrait être envisagé d'envoyer un courrier informatif aux différents médecins des trois départements en amont de l'étude afin de les sensibiliser à notre travail. Nous pourrions également organiser une réunion les conviant tous pour poser leurs questions et discuter autour de ce travail. L'adhésion serait probablement meilleure suite à cela. Il conviendra également d'améliorer le matériel utilisé lors de l'étude : tout d'abord, les coupons réponses en y ajoutant une case « nom du médecin traitant » afin qu'il n'y ait plus d'oublis, ensuite les pochettes de récupération des scores afin que chaque professionnel mentionne le nombre de patients vus dans la journée. Il faudra enfin prolonger la durée de l'étude avec une récupération des données à 3 et 6 mois chez les généralistes. La durée du dépistage en lui-même, une semaine, paraissait assez adaptée. La période de réalisation pourrait aussi être déplacée au printemps, en mai-juin qui paraît plus propice à un dépistage cutané.

Ce travail ouvre également d'autres perspectives de recherche pour identifier notamment les facteurs favorisant la participation des paramédicaux, le degré de confiance des patients envers les différents professionnels, le stress occasionné par une telle procédure chez les patients et chez les professionnels mais également, les déterminants poussant un patient à consulter des professionnels dans plusieurs lieux différents malgré la présence d'une maison de santé pluridisciplinaire à proximité.

5. Conclusion

Pour conclure, ce travail met en évidence la réelle dynamique créée dans une MSP à l'occasion d'une semaine de dépistage proposée aux différents professionnels de santé. La participation a globalement été bonne, et les généralistes semblaient pour la plupart satisfaits de cette initiative. Les résultats obtenus permettent de mettre en évidence l'intérêt que peut avoir une MSP pour créer des actions locales de dépistage. En revanche, les patients ont globalement peu reconsulté. Cette étude a permis également de découvrir qu'un patient ne consulte pas nécessairement tous les professionnels dans un même centre de santé. Plusieurs perspectives d'études futures s'esquissent maintenant afin d'approfondir et d'étayer ces observations. La procédure qui pourrait être préconisée pour réaliser de nouveau ce type de dépistage en maison de santé pluri professionnelle est détaillée en figure 13.

1. Objectifs : proposer un dépistage ciblé du mélanome en MSP intégrant l'ensemble des professionnels de santé
2. Population : adultes de plus de 18 ans consultant les professionnels de santé, non suivis sur le plan cutané par un médecin
3. Acteurs : les différents professionnels exerçant dans la MSP
4. Durée : 1 semaine, à réaliser plutôt au printemps
5. Supports : affiche à visée informative en salle d'attente, questionnaire validé : SAMScore en salle d'attente, coupon remis aux patients à risque élevé ou porteurs d'une lésion suspecte.
6. Protocole de déroulement de l'étude :
 - a) chez les professionnels de santé, questionnaires remis au patient par la secrétaire ou l'assistante en salle d'attente ou le cas échéant par le professionnel lui-même en début de consultation.
 - b) remplissage du questionnaire en salle d'attente ou avec le professionnel en début de consultation, dans les 2 cas le professionnel vérifie la validité des réponses du patient et corrige si besoin, puis calcule avec lui son niveau de risque
 - c) puis temps de consultation adapté au motif du patient, au cours duquel le professionnel observe la peau à laquelle il a accès afin d'identifier une lésion suspecte
 - d) en fin de consultation, pour les patients à risque élevé et/ou porteurs d'une lésion, remise d'un coupon en cochant la case concernée, double gardé avec le questionnaire
 - e) Explication donnée par le professionnel au patient, en cas de remise de coupon, du niveau de risque ou de la présence d'une lésion suspecte justifiant un dépistage par un médecin généraliste, avec conseil de le consulter
 - f) Puis récupération en fin de semaine de l'ensemble des questionnaires et double des coupons chez les professionnels pour relever les données
 - g) récupération des coupons chez les généralistes à 3mois puis 6 mois.
7. Etape préliminaire à l'étude avec conception du matériel : travail sur le visuel d'une affiche permettant d'attirer l'attention des patients, utilisation du SAMScore dont la validité est prouvée, création de coupons sur lesquels figurent les 3 premières lettres du nom, prénom, le nom du médecin traitant et les cases à cocher lorsque le patient est à risque élevé et/ou possède une lésion suspecte, prévoir des pochettes de récupération pour chaque jour de la semaine pour les professionnels sur lesquelles doivent figurer le nombre de patients vus dans la journée
8. Etape préliminaire à l'étude avec plusieurs réunions (plusieurs dates proposées) permettant à tous les professionnels de la MSP de participer une ou plusieurs fois, avec pour objectif de présenter l'étude et ses objectifs, le matériel utilisé (affiches, SAMScore, coupons) et de former les professionnels brièvement sur le mélanome. Une plaquette récapitulative des règles ABCDE est donnée à la fin de chaque session. Proposition d'un temps individuel avec les professionnels non disponibles.
9. Etape préliminaire à l'étude : conception d'un courrier ou mail à adresser à l'ensemble des généralistes de la région expliquant l'étude réalisée et leur participation avec la nécessité de conserver les coupons. Proposer également 2 dates de réunion d'informations et de discussion autour de l'étude avec un coupon réponse pour présence ou absence.

Figure 13 : Procédure préconisée de dépistage du mélanome en maison de santé pluri professionnelle

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Breton-Lervouvillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2013 [Internet]. Conseil National de l'ordre des médecins; 2013 [cité 9 sept 2013]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas__national_2013.pdf
2. Dormont B, Samson AL. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes: les inégalités entre générations. *Econ Stat.* 2008;414(1):3-30.
3. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Rev Française Aff Sociales.* 1 mars 2005;n°1(1):17-33.
4. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale.* déc 2004;33(22):1569-74.
5. Lesieur A. Les centres de santé municipaux, passé, présent et perspectives [Internet]. 2003 [cité 11 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.formationcitoyennete.org/IMG/pdf/A.Lesieur.pdf>
6. Durand G. Les maisons de santé : beaucoup de bruit pour quelque chose. *Rev Prescrire.* juill 2012;32(346):614-9.
7. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en ontario et au quebec: quels enseignements pour la France? *Quest Déconomie Santé.* 2007;127:8p.
8. Evrard I, Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Baudier F. Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale. *Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009 INPES.* 2011;214-37.
9. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Quest D'économie Santé.* 2010;157:6p.
10. Geller AC, O'Riordan DL, Oliveria SA, Valvo S, Teich M, Halpern AC. Overcoming obstacles to skin cancer examinations and prevention counseling for high-risk patients: results of a national survey of primary care physicians. *J Am Board Fam Pr Am Board Fam Pr.* déc 2004;17(6):416-23.
11. Valachis A, Mauri D, Karampoiki V, Polyzos NP, Cortinovis I, Koukourakis G, et al. Time-trend of melanoma screening practice by primary care physicians: a meta-regression analysis. *Ups J Med Sci.* 2009;114(1):32-40.

12. Budowski M, Gay B. Comment former les futurs généralistes? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. *Rev Exerc.* 2005;75:142-4.
13. Thuret A. Encadré-L'épidémiologie du mélanome cutané en France et en Europe. *Bull Épidémiologique Hebd.* (18 19):213-4.
14. Remontet L, Estève J, Bouvier A-M, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz F, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* févr 2003;51(1 Pt 1):3-30.
15. Grange F. Épidémiologie du mélanome cutané: données descriptives en France et en Europe. *Ann Dermatol Vénéréologie.* déc 2005;132(12 Pt 1):975-82.
16. Institut de Veille Sanitaire (InVS). Estimations régionales de l'incidence par cancer entre 1980 et 2005 [Internet]. INVS. 2009 [cité 10 sept 2013]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/estimations_regionales_1980_2005/default.htm
17. Quéréux G. Apport d'un réseau de soins dans la prévention du mélanome [Thèse de doctorat]. [Nantes-Angers, France]: École doctorale 502 Biologie-Santé; 2009.
18. Balch CM, Gershenwald JE, Soong S-J, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 déc 2009;27(36):6199-206.
19. Büttner P, Garbe C, Bertz J, Burg G, d'Hoedt B, Drepper H, et al. Primary cutaneous melanoma. Optimized cutoff points of tumor thickness and importance of Clark's level for prognostic classification. *Cancer.* 15 mai 1995;75(10):2499-506.
20. McKinnon JG, Yu XQ, McCarthy WH, Thompson JF. Prognosis for patients with thin cutaneous melanoma: long-term survival data from New South Wales Central Cancer Registry and the Sydney Melanoma Unit. *Cancer.* 15 sept 2003;98(6):1223-31.
21. Wolff T, Tai E, Miller T. Screening for skin cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 3 févr 2009;150(3):194-8.
22. Williams HA, Fritschi L, Beauchamp C, Katris P. Evaluating the usefulness of self-reported risk factors in a skin cancer screening program. *Melanoma Res.* août 2006;16(4):341-5.
23. Losina E, Walensky RP, Geller A, Beddingfield FC 3rd, Wolf LL, Gilchrest BA, et al. Visual screening for malignant melanoma: a cost-effectiveness analysis. *Arch Dermatol.* janv 2007;143(1):21-8.
24. Wilson JM, Jungner YG. [Principles and practice of mass screening for disease]. *Boletín Of Sanit Panam Pan Am Sanit Bur.* oct 1968;65(4):281-393.
25. Jackson A, Wilkinson C, Ranger M, Pill R, August P. Can primary prevention or selective screening for melanoma be more precisely targeted through general practice? *A*

- prospective study to validate a self administered risk score. *BMJ*. 3 janv 1998;316(7124):34-38; discussion 38-39.
26. Harbauer A, Binder M, Pehamberger H, Wolff K, Kittler H. Validity of an unsupervised self-administered questionnaire for self-assessment of melanoma risk. *Melanoma Res*. oct 2003;13(5):537-42.
 27. Masri GD, Clark WH Jr, Guerry D 4th, Halpern A, Thompson CJ, Elder DE. Screening and surveillance of patients at high risk for malignant melanoma result in detection of earlier disease. *J Am Acad Dermatol*. juin 1990;22(6 Pt 1):1042-48.
 28. Eiser JR, Pendry L, Greaves CJ, Melia J, Harland C, Moss S. Is targeted early detection for melanoma feasible? Self assessments of risk and attitudes to screening. *J Med Screen*. 2000;7(4):199-202.
 29. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. janv 2005;41(1):28-44.
 30. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. janv 2005;41(1):45-60.
 31. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. sept 2005;41(14):2040-59.
 32. Carli P, De Giorgi V, Nardini P, Mannone F, Palli D, Giannotti B. Melanoma detection rate and concordance between self-skin examination and clinical evaluation in patients attending a pigmented lesion clinic in Italy. *Br J Dermatol*. févr 2002;146(2):261-6.
 33. Quéreux G, Nguyen J-M, Volteau C, Lequeux Y, Dréno B. Creation and test of a questionnaire for self-assessment of melanoma risk factors. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. janv 2010;19(1):48-54.
 34. Quéreux G, Moyse D, Lequeux Y, Jumbou O, Brocard A, Antonioli D, et al. Development of an individual score for melanoma risk. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. mai 2011;20(3):217-24.
 35. Quéreux G, N'guyen J-M, Cary M, Jumbou O, Lequeux Y, Dréno B. Validation of the Self-Assessment of Melanoma Risk Score for a melanoma-targeted screening. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. nov 2012;21(6):588-95.
 36. Weinstock MA, Martin RA, Risica PM, Berwick M, Lasater T, Rakowski W, et al. Thorough skin examination for the early detection of melanoma. *Am J Prev Med*. oct 1999;17(3):169-175.
 37. Grob J-J, Gaudy C. Dépistage du mélanome : Réflexions pour une approche différente. *Rev Prat*. 57(13):1397-400.

38. Melia J, Harland C, Moss S, Eiser JR, Pendry L. Feasibility of targeted early detection for melanoma: a population-based screening study. *Br J Cancer*. mai 2000;82(9):1605-9.
39. Simonnet J. Approches diagnostiques et thérapeutiques des mélanomes. *Rev Podol*. oct 2011;7(41):9-16.
40. Chassang H. Cancer de la peau: Partenariat CNO et INca. [Internet]. Cons. Natl. Ordre Masseurs-Kinésithérapeutes. 2009 [cité 30 août 2013]. Disponible sur: <http://www.kinesitherapeutes.info/omkr80/spip.php?article1453>
41. Kutcher MJ, Rubenstein D. Fifteen inches from cancer: early recognition of facial lesions by the dentist. *Compend Contin Educ Dent Jamesburg NJ* 1995. déc 2004;25(12):939-942, 946, 948 passim; quiz 959, 973.
42. Johnson JF 2nd, Taybos GM. The evaluation of sun-induced skin changes by the dentist. *Quintessence Int Berl Ger* 1985. avr 1987;18(4):273-6.
43. O'Connor L, Walker BF, Watts C. The early detection and prevention of skin cancer by complementary health professionals. *COMSIG Rev*. 1 juill 1994;3(2):54-60.
44. Maguire-Eisen M, Frost C. Knowledge of malignant melanoma and how it relates to clinical practice among nurse practitioners and dermatology and oncology nurses. *Cancer Nurs*. déc 1994;17(6):457-63.
45. Oliveria SA, Nehal KS, Christos PJ, Sharma N, Tromberg JS, Halpern AC. Using nurse practitioners for skin cancer screening: A pilot study. *Am J Prev Med*. oct 2001;21(3):214-17.
46. Groupe Pasteur Mutualité (GPM). Baromètre de confiance des professionnels de santé [Internet]. 2010 [cité 30 août 2013]. Disponible sur: [http://www.leciss.org/sites/default/files/100525_Barometre-Viavoice-confiance-professionnels de sante-avril 2010.pdf](http://www.leciss.org/sites/default/files/100525_Barometre-Viavoice-confiance-professionnels%20de%20sante-avril%202010.pdf)
47. Little P, Keefe M, White J. Self screening for risk of melanoma: validity of self mole counting by patients in a single general practice. *BMJ*. 8 avr 1995;310(6984):912-6.
48. Richtig E, Santigli E, Fink-Puches R, Weger W, Hofmann-Wellenhof R. Assessing melanoma risk factors: how closely do patients and doctors agree? *Public Health*. déc 2008;122(12):1433-9.

RÉSUMÉ

NOM : Moumein

PRENOM : Stéphanie

Titre de thèse : Etude pilote d'un dépistage du mélanome en maison de santé pluri professionnelle

Le mélanome, cancer grave et fréquent dont l'incidence continue d'augmenter, est dépisté par les médecins mais d'autres professionnels ont également accès à la peau. L'objectif était de tester la faisabilité d'une action de prévention pluri-professionnelle portant sur le dépistage ciblé du mélanome. Pendant une semaine, les professionnels médicaux et paramédicaux de la MSP de Clisson étaient chargés de dépister les patients à risque élevé à l'aide d'un questionnaire validé (le SAMScore). Puis ils donnaient un coupon aux patients à risque élevé ou porteurs d'une lésion suspecte pour aller consulter leur médecin traitant. Vingt-trois professionnels ont participé à l'étude. Seize d'entre eux ont recruté 401 patients. Cent quatre ont reçu un coupon. Après un mois, 16 patients avaient reconsulté leur médecin traitant. La majorité des professionnels ont participé. En revanche, les patients ont peu reconsulté, et parfois assez loin du pôle santé. Le parcours de soin des patients ne s'inscrit pas dans un même lieu.

Mots clés

Mélanome, dépistage, maison de santé, pluri professionnel, SAMScore, parcours de soin