

**Le diagnostic précoce du mélanome en médecine générale :
Identification des pratiques actuelles et étude de l'apport de
connaissances théoriques sur la performance diagnostique
et l'attitude thérapeutique des médecins généralistes**

Étude prospective observationnelle quantitative
et revue de la littérature.

Travail réalisé par : Noémie Goublomme

2ème année d'assistanat en médecine générale

Promotrice : Pr Isabelle Tromme

Université Catholique de Louvain

Année scolaire 2019-2020

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier le Pr Tromme et le Dr Harkemanne pour leur disponibilité et leurs précieux conseils. Elles m'ont encouragée, guidée et épaulée tout au long de ce travail. Je leur suis aussi extrêmement reconnaissante de m'avoir initiée à la dermoscopie.

Merci à Monsieur Sawadogo pour son aide et son regard éclairé en analyse statistique.

Merci au Dr Duvieusart, mon maitre de stage, pour la patience, l'écoute, la confiance et le soutien infaillible dont il a fait preuve à mon égard durant deux ans. Merci aussi à Christine, son épouse, pour sa bienveillance, les dîners équilibrés et la souplesse dans mon horaire de travail à certaines périodes de l'année.

Merci à tous les médecins et assistants des GLEM et SLR qui ont accepté de participer à cette étude avec sérieux et enthousiasme, merci aussi pour leur accueil convivial.

Mille mercis à ma famille pour son soutien inconditionnel tout au long de mes études et, plus spécialement, à Joëlle pour sa patience et la relecture efficace de tous mes travaux, à Dédé pour son Excel...lente maîtrise informatique et à Florette pour ses conseils toujours judicieux.

Enfin, un tout tout grand merci à Colin de ne pas avoir été trop présent pour me distraire durant ces derniers mois !

Table des matières

TABLE DES MATIERES	5
1 ABSTRACT.....	6
2 CHOIX DU SUJET.....	8
3 INTRODUCTION	9
4 MATÉRIEL ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	11
4.1 REVUE SYSTÉMATIQUE NON EXHAUSTIVE DE LA LITTÉRATURE	11
4.2 RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	11
4.3 DESIGN DE L'ÉTUDE	12
4.3.1 Formation théorique courte	12
4.3.2 Déroulement des tests.....	13
4.4 DEMANDE D'APPROBATION AU COMITÉ D'ÉTHIQUE	15
4.5 ANALYSE DES DONNÉES	15
5 RÉSULTATS.....	16
5.1 RÉSULTATS DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE NON EXHAUSTIVE DE LA LITTÉRATURE	16
5.2 RÉSULTATS DE L'ÉTUDE PROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE	17
5.2.1 Caractéristiques de la population de l'étude	17
5.2.2 Pratiques actuelles des médecins généralistes face au diagnostic du mélanome	18
5.2.3 Connaissances théoriques en matière de diagnostic du mélanome.....	21
5.2.4 Vignettes cliniques.	26
5.2.4.1 Evolution des bonnes réponses entre les questionnaires 1 et 2	27
5.2.4.2 Evolution des bonnes réponses entre les questionnaires 2 et 3	28
6 DISCUSSION.....	30
6.1 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	30
6.1.1 Pratiques actuelles et connaissances théoriques des médecins généralistes	30
6.1.2 Impact des connaissances théoriques sur la performance diagnostique et l'attitude thérapeutique des médecins généralistes.....	32
6.2 LIMITES ET BIAIS	35
7 CONCLUSION	36
8 BIBLIOGRAPHIE.....	37
9 ANNEXES	42

1 Abstract

Contexte : En Europe, l'incidence du mélanome ne fait qu'augmenter. Diagnostiqué à un stade précoce, le pronostic du mélanome est excellent. Le médecin généraliste, en contact fréquent avec ses patients, pourrait améliorer le dépistage de ce cancer.

Objectifs : Premièrement, identifier les pratiques des médecins généralistes, le degré de satisfaction de ces pratiques ainsi que les obstacles au diagnostic précoce du mélanome. Deuxièmement, lors d'une formation au diagnostic du mélanome pour les médecins généralistes, étudier l'apport de connaissances théoriques sur la performance diagnostique du mélanome et l'attitude thérapeutique.

Méthode : Une formation de 2h en deux parties sur le diagnostic du mélanome est donnée à des médecins généralistes. La première partie est destinée aux méthodes diagnostiques du mélanome et la deuxième à des connaissances théoriques générales sur les lésions cutanées pigmentées. La formation est jalonnée de 3 questionnaires qui testent, sous forme de questions théoriques et de vignettes cliniques, l'évolution du savoir des médecins avant, pendant et après l'exposé.

Résultats : 56 médecins ont participé à cette étude. Il en ressort que 67,9% (IC [57.6 – 78.1]) des participants sont peu à l'aise pour diagnostiquer un mélanome et 60,7% (IC [50.0 – 71.4]) estiment avoir peu de connaissances dans ce domaine. Les principaux obstacles retenus sont le manque de pratique, de formation et la crainte de rassurer à tort. Parmi les 56 participants, le nombre de médecins identifiant correctement $\geq 50\%$ des mélanomes avec une attitude adéquate est passé de 15 (26,8%, IC [7.8 - 27.9]) à 44 (78,6%, IC [67.8 - 89.3] ($p < 0,001$) après la 1ère partie de la formation. Le nombre de médecins généralistes identifiant correctement $\geq 50\%$ des lésions bénignes avec une attitude thérapeutique adéquate n'a augmenté qu'après le 2^{ème} partie de la formation, passant de 8 (14,3%, IC [5.1 - 23.5]) à 50 (89,3%, IC [81.2 – 97.4]) médecins généralistes ($p < 0,001$).

Conclusion : Les médecins généralistes sont des acteurs importants dans le diagnostic précoce du mélanome mais ils doivent être formés à cette pratique. Dans notre formation, l'enseignement des connaissances de base sur les lésions cutanées pigmentées permettent aux médecins généralistes de diagnostiquer plus efficacement les lésions bénignes, ce qui pourrait optimiser les référencement aux dermatologues.

Mots-clés : mélanome, diagnostic, médecine générale, médecins généralistes, formation médicale continue

Indexation : CISP-2 : S77 / CIM-10 C43.9 / Q-CODES : QR32, QS41, QT11, QT23

2 Choix du sujet

Qui dit dernière année d'assistantat, dit réaliser un travail de fin d'études, la dernière étape avant de devenir médecin généraliste à part entière. Un travail de fin d'études, oui, mais quel en serait le sujet ? J'ai toujours eu un attrait particulier pour la dermatologie et intégrer la dermatologie dans ma pratique de médecine générale m'intéresse beaucoup. J'ai donc pensé que réaliser un TFE dans ce domaine pourrait me permettre d'approfondir mes connaissances et de les intégrer à ma pratique. Je me suis rendu compte que je regardais toujours la peau de mes patients lors de l'examen clinique général, mais à la recherche de quoi, comment, pourquoi ? Finalement, j'observe que le patient a des naevi, qu'il y en a des plus foncés, des plus grands, qu'il devrait peut-être aller voir un dermatologue. Est-ce que je ne pourrais pas améliorer cet aspect de ma pratique ?

Je me suis donc mise à faire des recherches sur le diagnostic du mélanome en médecine générale. J'ai alors pu constater que différentes études avaient déjà été réalisées et que le médecin généraliste pouvait avoir un rôle à jouer mais que, souvent, il manquait de connaissances ou de pratique. Ma première idée était de faire une étude qualitative auprès de médecins généralistes afin d'en apprendre plus sur leur pratique du diagnostic du mélanome et d'identifier leurs besoins et obstacles dans cette matière. Lors de mes recherches, j'ai découvert une présentation du Pr Isabelle Tromme (MD, PhD, Clinique du Mélanome, Cliniques universitaires Saint-Luc) sur le « Diagnostic du mélanome par les médecins généralistes ». Je l'ai donc contactée afin de lui présenter mon projet et de lui demander si elle serait d'accord d'en être la promotrice. Elle a répondu positivement à ma demande mais le projet devait être sensiblement revu car cette idée avait déjà été explorée.

Il se trouve justement que le Dr Evelyne Harkemane (Assistante en 4^{ème} année et doctorante en dermatologie aux Cliniques universitaires Saint-Luc) réalise actuellement une thèse sur le sujet « Formation des médecins généralistes au diagnostic du mélanome : développement d'outils et évaluation quantitative et qualitative de ceux-ci ». Nous avons donc réfléchi ensemble à un travail de fin d'études qui pourrait m'apporter des connaissances pratiques à appliquer sur le terrain et qui pourrait aussi aider le Dr Harkemane dans une partie de sa recherche. Nous avons alors opté pour une première partie consacrée aux pratiques actuelles des médecins généralistes en matière de diagnostic précoce du mélanome et une deuxième partie qui tente de démontrer l'apport des connaissances théoriques sur la performance diagnostique et l'attitude thérapeutique des médecins généralistes.

3 Introduction

En Europe, l'incidence du mélanome n'a fait qu'augmenter de façon importante depuis 1950 (1). En Belgique, 3361 nouveaux cas de mélanomes ont été diagnostiqués en 2017 (mélanome *in situ* non compris) (2). Selon une projection du Registre Belge du Cancer, le nombre annuel de nouveaux mélanomes devrait passer de 2925 à 4356 entre 2014 et 2025, soit une augmentation de 49% (3). En 2017, le mélanome était le 6^{ème} cancer le plus fréquent chez les hommes et le 4^{ème} plus fréquent chez les femmes selon le Registre Belge du Cancer (4). L'âge médian du mélanome est d'environ 55 ans, ce qui le place dans les cancers les plus fréquemment diagnostiqués chez les jeunes adultes dans le monde (5,6).

Diagnostiqué à un stade précoce, le mélanome est facilement curable grâce à une exérèse chirurgicale de la lésion, ce qui rend son pronostic excellent (7). Au contraire, s'il est détecté à un stade avancé, le pronostic est beaucoup plus sombre. La détection précoce du mélanome est donc un moyen important pour diminuer la morbidité et la mortalité liées à ce cancer (8).

Le mélanome est un cancer détectable de façon non invasive via un simple examen visuel de la peau. Le médecin généraliste, qui est amené à examiner de manière régulière l'ensemble de ses patients, a donc une place de choix pour mener ce dépistage (9). Plusieurs études ont montré que les médecins généralistes avaient un rôle clé à jouer dans le diagnostic précoce du mélanome (10,11). Cependant, les études montrent aussi que les médecins généralistes doivent être informés et formés au diagnostic du mélanome pour améliorer leurs performances diagnostiques qui s'avèrent suboptimales. (12–14).

Des formations ont déjà été mises au point pour former les médecins généralistes (15,16). Ces programmes de formations proposant des outils de diagnostic clinique (à l'œil nu) tels que la règle ABCD (17), le signe du vilain petit canard (18) ou la reconnaissance globale (19), parfois accompagnés d'une formation en dermoscopie, ont été testés et ont montré des résultats positifs (15,20,21). Les programmes de formation enseignant à la fois des outils de diagnostic clinique et des connaissances théoriques de base sur les lésions cutanées pigmentées sont moins fréquents (22–24). L'impact de ces connaissances théoriques de base afin d'améliorer la précision diagnostique des médecins généralistes pour le mélanome n'a, à notre connaissance, pas été étudié jusqu'à présent.

Deux objectifs sont visés dans ce travail au moyen d'une étude prospective observationnelle quantitative :

- Identifier les pratiques habituelles des médecins généralistes belges francophones, le degré de satisfaction de ces pratiques ainsi que les obstacles au diagnostic précoce du mélanome.
- Etudier l'apport des connaissances théoriques sur la performance diagnostique du mélanome et l'attitude thérapeutique lors d'une formation au diagnostic du mélanome pour les médecins généralistes.

4 Matériel et méthodologie de recherche

4.1 Revue systématique non exhaustive de la littérature

La revue de la littérature a été réalisée entre le 15 novembre 2019 et le 29 mars 2020. Les recherches se sont concentrées sur les bases de données suivantes : MedLine via Pubmed, Cochrane Library, TripDatabase et Lissa. Les bibliographies des articles retenus ont également été investiguées. Une revue de la littérature avait été réalisée en 2017, lors d'un précédent mémoire à l'UCL, « Evaluation de la perception des médecins généralistes belges francophones d'une formation sur le diagnostic du mélanome » par le Dr Gembala (25). Sur conseil du Pr Tromme, la bibliographie de ce mémoire a été analysée et les articles pertinents ont été retenus.

Mots-clés (MeSH) utilisés : melanoma, diagnosis, general practice, general practitioner, family practice, primary care physician. Les mots-clés ont été combinés entre eux (AND/OR), en anglais et en français.

4.2 Recrutement des participants

Des médecins généralistes et assistants au sein de « groupes locaux d'évaluation médicale » (GLEM) et séminaires loco-régionaux (SLR, séminaires pour les assistants en médecine générale organisés par l'UCL) ont été insérés dans l'étude. Ceux-ci ont été recrutés via des responsables de GLEM des provinces du Hainaut, de Namur et du Brabant-Wallon ainsi que des responsables des SLR de l'UCL. Ces derniers ont été contactés par e-mail (Annexe 1) pour organiser une formation au diagnostic du mélanome pour les médecins généralistes lors de leur GLEM ou SLR dans le cadre d'un travail de fin d'études en médecine générale.

Les formations ont été données dans les GLEM et SLR des responsables qui ont répondu positivement et ont proposé des dates compatibles avec nos disponibilités. Ainsi, un GLEM à Namur, un GLEM à Mons et deux SLR à Bruxelles ont été retenus. Un GLEM à Charleroi a d'abord été organisé comme test mais les résultats n'ont pas été retenus car la formation a été modifiée par la suite en vue de l'améliorer.

4.3 Design de l'étude

L'étude a été réalisée au moyen de questionnaires et d'une formation théorique d'environ 2h sur le diagnostic précoce du mélanome en médecine générale.

4.3.1 Formation théorique courte

La formation théorique courte a été élaborée par le Pr Tromme et le Dr Harkemanne. L'exposé a été présenté par le Dr Harkemanne grâce à un support PowerPoint. La présentation se composait de 2 parties :

La première partie présentait 3 méthodes de diagnostic clinique (à l'œil nu) du mélanome, illustrées de nombreuses photos cliniques de mélanomes uniquement. Les méthodes diagnostiques abordées sont la méthode « ABCD » (17), la méthode du « vilain petit canard » (18), la méthode de la reconnaissance globale (19). La méthode ABCD présente les caractéristiques cliniques de la plupart des mélanomes avancés, à savoir : A pour l'asymétrie de la lésion, B pour les bords irréguliers, C pour la présence de plusieurs couleurs différentes au sein de la lésion et D pour le diamètre supérieur à 6mm (17). La méthode du « vilain petit canard » se base sur le fait que souvent, chez un individu donné, les naevi ont tous tendance à avoir le même aspect clinique. Dès lors, un naevus qui présente un aspect clinique différent de tous les autres devrait être considéré comme suspect de malignité (18). La méthode de la reconnaissance globale vise à développer une reconnaissance intuitive du mélanome basée sur une formation par l'image. Cette méthode suggère que, si un individu voit un grand nombre de mélanomes, il aura tendance à reconnaître plus facilement un mélanome (19).

La deuxième partie présentait des notions théoriques de base sur les lésions cutanées pigmentées (mélanome et autres lésions pigmentées bénignes) : les diagnostics différentiels du mélanome, l'âge à partir duquel une nouvelle lésion ou une modification sont suspectes, les localisations préférentielles du mélanome par rapport au sexe, les facteurs de risques et l'identification des patients à risque, les critères anamnestiques étant des signes d'alarmes de mélanomes, les cinétiques des différents mélanomes, les urgences à référencer au dermatologue. Toutes ces notions étaient illustrées au moyen de photos cliniques de lésions cutanées pigmentées bénignes et malignes.

4.3.2 Déroulement des tests

L'étude comprenait 3 questionnaires, tous anonymisés au moyen d'un pseudonyme. Le pseudonyme était déterminé par la date en 2 chiffres du jour d'anniversaire des participants et les initiales de leur mère. (Exemple : date de naissance : 30/12/1992, mère : Marie Dupont ; pseudonyme : 30MD). Le même pseudonyme a été utilisé par les médecins pour les 3 questionnaires. Les 3 questionnaires ont été soumis aux participants via l'application Wooclap qui est un système de votes interactifs permettant de répondre aux questions en direct via un smartphone. Les participants qui n'avaient pas de smartphone ont reçu exactement les mêmes questionnaires, au même moment, en format papier.

- Le premier questionnaire a été donné aux participants avant la présentation. Il comportait 3 parties :
 - Enquête (Annexe 2) : Recueil des caractéristiques de la population de l'échantillon (âge, sexe, milieu de pratique, mode de pratique, fonction) et questions abordant leur pratique actuelle en matière de diagnostic précoce du mélanome, le degré de satisfaction de cette pratique et de leur connaissance dans ce domaine. Leurs besoins et obstacles au diagnostic précoce du mélanome étaient aussi été investigués. Ces questions étaient fermées, à choix multiples avec une ou plusieurs réponses possibles.
 - Questions à choix multiples (Annexe 3) : Questions abordant les notions théoriques qui étaient présentées dans la deuxième partie de la formation. Pour les questions à plusieurs réponses, le résultat était considéré comme correct si le participant cochant toutes les réponses correctes.
 - Vignettes cliniques (Annexe 4) à l'aide de clichés de lésions cutanées. Les clichés ont été projetés en couleurs aux participants. Les médecins devaient décider s'il s'agissait d'une lésion bénigne, maligne ou suspecte et devaient choisir l'attitude thérapeutique adéquate à adopter (rassurer le patient, référer à un dermatologue pour un second avis, suivi par lui-même ou par un dermatologue, excision de la lésion par lui-même ou un dermatologue). Certaines combinaisons auraient pu en pratique être

considérées comme correctes (exemple : lésion suspecte et référer), mais ont été considérées comme fausses dans cette étude. En effet, le but était qu'au fil de la formation, l'acuité diagnostique et l'attitude des participants se précisent en « bénin ou malin » et « rassurer ou exciser ». Aussi, pour que la réponse soit considérée comme correcte, le diagnostic et l'attitude thérapeutique devaient être corrects. Les 16 vignettes cliniques comprenaient 5 mélanomes : trois mélanomes à extension superficielle, un mélanome nodulaire, un lentigo malin (mélanome de Dubreuilh) et dix lésions pigmentées bénignes : deux naevus typiques, deux kératoses séborrhéiques, un naevus typique irrité, un naevus de Sutton, un naevus congénital, un lentigo solaire, un naevus bleu, un hématome sous-unguéal et un hématome sous-corné. Tous ces clichés étaient accompagnés d'une brève histoire clinique incluant l'âge et le sexe du patient, la localisation et l'évolution de la lésion.

- Le deuxième questionnaire a été proposé après la première partie de l'exposé consacrée aux méthodes diagnostiques et aux clichés de mélanomes. Il reprend exactement les mêmes vignettes cliniques (Annexe 4) du premier questionnaire.
- Le troisième questionnaire a été proposé après la deuxième partie de l'exposé qui aborde les notions théoriques relatives aux mélanomes et aux lésions cutanées pigmentées en général. Ce troisième questionnaire comprend les mêmes QCM sur les connaissances théoriques (Annexe 3) et les mêmes vignettes cliniques (Annexe 4) qu'au premier questionnaire.

4.4 Demande d’approbation au comité d’éthique

Une demande d’avis au comité d’éthique a été introduite étant donné qu’il y avait des clichés cliniques de patients dans la présentation et les questionnaires. Un avis favorable a été émis (Annexe 5).

Remarques à propos des clichés de la présentation et des vignettes cliniques :

Les images proviennent de la bibliothèque d’images cliniques de lésions cutanées du Service de Dermatologie des Cliniques universitaires Saint-Luc. Toutes les photos sont anonymisées. Sur aucun cliché, il n’est possible de reconnaître le patient : les yeux sont cachés, les tatouages et autres signes distinctifs sont bannis.

Toutes les images sont des images de lésions cutanées des patients de la consultation du Service de Dermatologie des Cliniques universitaires Saint-Luc. Tous ces patients ont donné un consentement écrit à la prise de ces clichés et à leur utilisation à des fins de recherche et d’enseignement (Annexe 6. Consentement patient « Droit à l’image-Service de Dermatologie-Saint-Luc »).

4.5 Analyse des données

Les données recueillies grâce aux différents questionnaires ont été encodées dans Excel. Les parties des questionnaires concernant les caractéristiques de la population de l’échantillon, les pratiques actuelles des médecins généralistes (Annexe 2) et leurs connaissances théoriques (Annexe 3) ont été analysées de manière descriptive. Ces données discontinues sont exprimées en nombres et en pourcentages avec leurs intervalles de confiance (niveau de confiance à 95%).

Les réponses aux vignettes cliniques des 3 questionnaires ont également été encodées dans Excel. Ces analyses statistiques ont été réalisées par un statisticien, Monsieur Sawadogo de l’unité de support statistique de l’Institut Roi Albert II à Bruxelles, via le logiciel SAS (SAS© 9.4, SAS Institute Inc., U.S.A). Le test de discordance de Mc Nemar a été utilisé pour comparer les proportions de bonnes réponses des participants entre les différents questionnaires. Tous les tests ont été considérés comme significatifs pour une valeur $p < 0,05$.

5 Résultats

5.1 Résultats de la revue systématique non exhaustive de la littérature

Le nombre de publications trouvées représente le nombre brut de résultats avec les mots clés introduits dans les moteurs de recherches. Les recherches ont été effectuées dans l'ordre du tableau 1. Les publications qui étaient retrouvées plusieurs fois dans les différents moteurs de recherches n'ont été retenues qu'une seule fois.

Sur base des titres et des abstracts, les publications les plus pertinentes ont été retenues et lues intégralement. Les notions jugées pertinentes ont été intégrées dans l'introduction et la discussion de ce travail. Les résultats de la revue systématique non exhaustive de la littérature sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Résultats de la revue systématique non exhaustive de la littérature

Moteur de recherches et mots-clés	Publications trouvées	Publications retenues
Mémoire « Evaluation de la perception des médecins généralistes belges francophones d'une formation sur le diagnostic du mélanome » (25)	50	16
Pubmed via medline (melanoma[MeSH Terms]) AND (diagnosis[MeSH Terms]) + filter : (("general practice"[MH] OR ("primary care physician"[TW] OR "general practitioner"[TW] OR "family doctor"[TW] OR "general practice"[TW] OR "primary care practitioner"[TW] OR "practice, general"[TW])))	174	8
Cochrane Library Melanoma [MeSH] and diagnosis [MeSH]		
Cochrane Reviews	14	2
Trials	770	2
Tripdatabase (title:melanoma) (diagnosis and general practice or general practitioner or family practice or primary care)		
Systematic reviews	44	0
Controlled trials	56	1
Primary Research	406	1
Lissa ((mélanome.tl) OU (mélanome.mc)) ET ((médecine générale.tl) OU (médecine générale.mc) OU (médecins généralistes.tl) OU (médecins généralistes.mc) OU (médecins de famille.tl) OU (médecins de famille.mc) OU (médecine de famille.tl) OU (médecine de famille.mc))	28	1

5.2 Résultats de l'étude prospective observationnelle

5.2.1 Caractéristiques de la population de l'étude

Cinquante-six médecins généralistes ont participé à la formation et ont répondu aux différents questionnaires. Cet échantillon comprend 29 (52%) médecins généralistes confirmés et 27 (48%) assistant(e)s en médecine générale toutes années d'assistantat confondues. La tranche d'âge la plus représentée est celle des moins de 30 ans, elle compte 30 médecins (54%). La tranche d'âge 30-50 ans compte 17 médecins (30%) et celle de 50-60 ans, 9 médecins (16%). La tranche d'âge des plus de 65 ans n'est pas représentée. Un plus grand nombre de femmes a participé à cette étude, 34 femmes (61%) pour 22 hommes (39%). Le sexe ratio hommes/femmes est de 0,56. La plupart des médecins exerçaient en milieu urbain, 43 (77%) médecins en milieu urbain, 2 (3%) en milieu rural et 11 (20%) en milieu semi-rural. La pratique en groupe est plus représentée que la pratique en solo, 35 (63%) médecins pratiquent en groupe et 21 (37%) en solo. Seulement 2 (4%) des médecins avaient déjà participé à une formation sur le diagnostic précoce du mélanome.

Tableau 2: Caractéristiques de la population de l'étude

Caractéristiques de la population de l'étude		
	n	%
Total	56	
Age		
< 30 ans	30	54
30 – 50 ans	17	30
50 – 65 ans	9	16
> 65 ans	0	0
Sexe		
Homme	22	39
Femme	34	61
Milieu d'exercice		
Urbain	43	77
Rural	2	3
Semi-rural	11	20
Mode de pratique		
Solo	21	37
En groupe	35	63
Fonction		
Médecin généraliste	29	52
Assistant-e 1 ^{ère} année	15	27
Assistant-e 2 ^{ème} année	10	18
Assistant-e 3 ^{ème} année	2	3
Formation spécifique en diagnostic du mélanome (dermoscopie ou autres)		
Oui	2	4
Non	54	96

5.2.2 Pratiques actuelles des médecins généralistes face au diagnostic du mélanome

Les résultats de l'enquête sur les pratiques actuelles (Annexe 2) des médecins généralistes face au diagnostic du mélanome sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous.

Tous les pourcentages ont été calculés avec un N total de 56 (nombre de médecins participants). Dans ce tableau, les réponses dites non valables signifient que le participant n'a pas donné de réponse à la question.

Tableau 3: Résultats des questions sur les pratiques actuelles des médecins généralistes en matière de diagnostic du mélanome

	n (%)	IC (95%)
N total	56	
1. Vous sentez-vous à l'aise pour diagnostiquer un mélanome ?		
Très à l'aise	0 (0)	[0.0 – 0.0]
Relativement à l'aise	10 (17.9)	[9.4 – 26.3]
Peu à l'aise	38 (67.9)	[57.6 – 78.1]
Pas à l'aise du tout	8 (14.3)	[6.6 – 22.0]
2. Connaissez-vous la méthode ABCD pour dépister un mélanome ?		
Oui	18 (32.1)	[21.9 – 42.4]
Non	11 (19.6)	[10.9 – 28.4]
En partie	27 (48.2)	[37.2 – 59.2]
3. Connaissez-vous la méthode du « vilain petit canard » pour dépister un mélanome ?		
Oui	20 (35.7)	[25.2 – 46.2]
Non	35 (62.5)	[51.9 – 73.1]
Réponse non valable	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
4. Comment évaluez-vous vos connaissances en matière de diagnostic du mélanome ?		
Très bonnes connaissances	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Relativement bonnes connaissances	21 (37.5)	[26.9 – 48.1]
Peu de connaissances	34 (60.7)	[50.0 – 71.4]
Pas de connaissances	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Réponses non valables	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
5. Est-ce que vous ressentez le besoin d'approfondir vos connaissances en matière de diagnostic du mélanome ?		
Fortement besoin	37 (66.1)	[55.7 – 76.5]
Relativement besoin	18 (32.1)	[21.9 – 42.4]

Pas vraiment besoin	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
Pas besoin du tout	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]

6. Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans le diagnostic précoce du mélanome ?

Rôle important	48 (85.7)	[78.0 – 93.4]
Rôle relativement important	8 (14.3)	[6.6 – 22.0]
Rôle peu important	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Aucun rôle	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]

7. Examinez-vous la peau de vos patients à la recherche de lésions cutanées suspectes ?

Oui chez tous mes patients quand je pratique l'examen clinique habituel	15 (26.8)	[17.1 – 36.5]
Oui chez mes patients avec des facteurs de risque	13 (23.2)	[13.9 – 32.5]
Seulement si le patient vient pour ce motif	26 (46.4)	[35.5 – 57.4]
Jamais	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]

8. Utilisez-vous un dermatoscope pour examiner des lésions cutanées suspectes ?

Toujours	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Parfois	4 (7.1)	[1.5 – 12.8]
Jamais, je n'ai pas de dermatoscope	52 (92.9)	[87.2 – 98.5]

9. Si vous n'avez pas de dermatoscope, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

Manque de connaissances en dermatoscopie	43 (76.8)	[67.5 – 86.1]
Pas assez d'utilité en pratique de tous les jours	12 (21.4)	[12.4 – 30.4]
Coût élevé	19 (33.9)	[23.5 – 44.3]
Peu d'intérêt en médecine générale	4 (7.1)	[1.5 – 12.8]
Manque de formation ou d'outils pour se former	33 (58.9)	[48.1 – 69.7]

10. Quels sont pour vous les obstacles au diagnostic précoce du mélanome en médecine générale ? (Plusieurs réponses possibles)

Connaissances théoriques insuffisantes	23 (41.1)	[30.3 – 51.9]
Manque de pratique	40 (71.4)	[61.5 – 81.4]
Manque de temps en consultation	23 (41.1)	[30.3 – 51.9]
Gêne de déshabiller entièrement les patients	21 (37.5)	[26.9 – 48.1]

Crainte de rassurer à tort	29 (51.8)	[40.8 – 62.8]
Crainte d’alarmer le patient pour une lésion bénigne	6 (10.7)	[3.9 – 17.5]
Crainte d’envoyer le patient chez un dermatologue pour une lésion bénigne	3 (5.4)	[0.4 – 10.3]
Manque d’intérêt de votre part	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
Manque d’intérêt de la part des patients	12 (21.4)	[12.4 – 30.4]
Manque de formations ou d’ateliers pratiques	37 (66.1)	[55.7 – 76.5]
Peu de contact avec les dermatologues	21 (37.5)	[26.9 – 48.1]
Les patients se rendent directement chez le dermatologue	21 (37.5)	[26.9 – 48.1]

11. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le diagnostic précoce du mélanome en médecine générale ? (Plusieurs réponses possibles)

E-learning	38 (67.9)	[57.6 – 78.1]
Formation en dermoscopie	48 (85.7)	[78.0 – 93.4]
Formation théorique courte	28 (50.0)	[39.0 – 61.0]
Contact facilité avec des dermatologues	30 (53.6)	[42.6 – 64.5]
Télé-dermatologie	32 (57.1)	[46.3 – 68.0]

Face au diagnostic du mélanome, 38 (67,9%, IC [57,6 - 78,1]) participants se sentent peu à l’aise. Trente-quatre (60,7%, IC [50,0 - 71,4]) participants estiment avoir peu de connaissances en matière de diagnostic du mélanome. Le besoin d’approfondir leurs connaissances dans ce domaine est fortement ressenti pour 37 (66,1%, IC [55,7 – 76,5]) médecins. Le rôle que le médecin généraliste a à jouer dans le diagnostic précoce du mélanome est considéré comme important pour 48 (85,7%, IC [78,0 – 93,4]) participants.

Les participants examinent la peau de leurs patients à la recherche de lésions cutanées suspectes, seulement si le patient vient pour ce motif pour 26 (46,4%, IC [35,5 – 57,4]) d’entre eux. Cinquante-deux (92,9%, IC [87,2 – 98,5]) médecins n’utilisent jamais de dermoscope.

Pour les obstacles au diagnostic précoce du mélanome en médecine générale (les participants pouvaient cocher plusieurs réponses), 40 (71,4%, IC [61,5 – 81,4]) médecins ont relevé le manque de pratique, 37 (66,1%, IC [55,7 – 76,5]) le manque de formations ou d’ateliers pratiques et 29 (51,8%, IC [40,8 – 62,8]) la crainte de rassurer à tort. La figure 1 ci-dessous, reprend la répartition des réponses pour cette question.

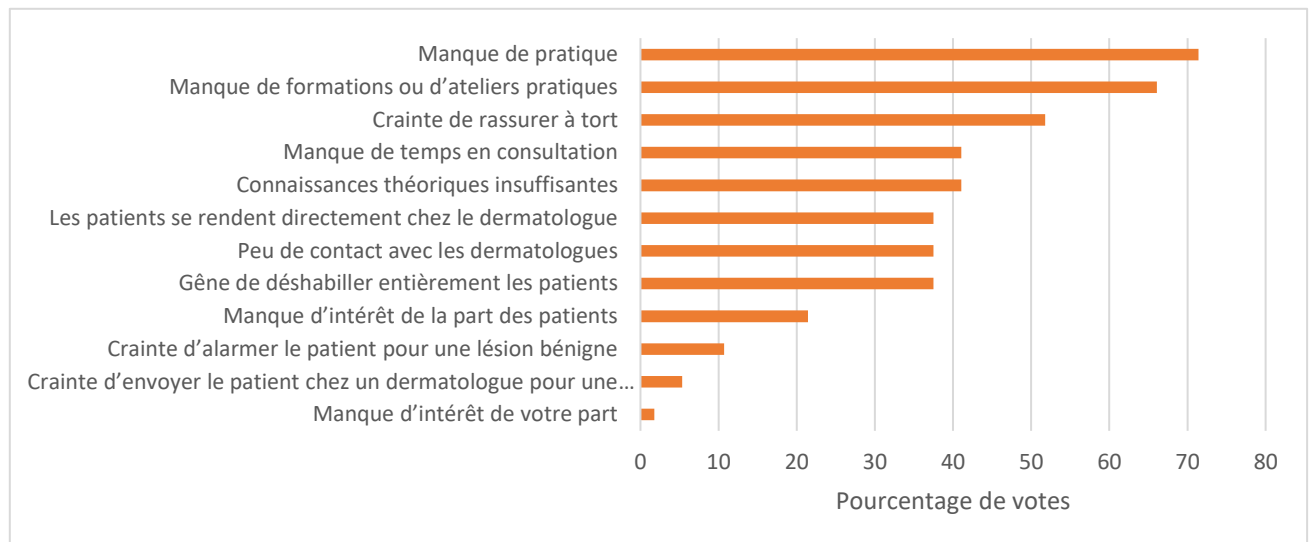


Figure 1: Obstacles au diagnostic précoce du mélanome en médecine générale

La suggestion pour améliorer le diagnostic du mélanome en médecine générale qui a eu le plus de succès est la formation en dermoscopie, sélectionnée par 48 (85,7%, IC [78,0 – 93,4]) médecins.

5.2.3 Connaissances théoriques en matière de diagnostic du mélanome.

Les connaissances théoriques en matière de diagnostic du mélanome ont été testées par des QCM identiques (Annexe 3) lors du questionnaire 1 avant la formation et lors du questionnaire 3 en fin de formation. Les résultats de ces QCM aux deux questionnaires sont présentés dans le tableau 4 ci-dessous.

Tous les pourcentages ont été calculés avec un N total de 56 (nombre de médecins participants). Dans ce tableau, les réponses dites non valables signifient que le participant n'a pas donné de réponse à la question. Les bonnes réponses aux questions sont précédées d'un symbole vert.

Tableau 4 : Résultats des questions sur les connaissances théoriques en matière de diagnostic du mélanome des médecins généralistes aux questionnaires 1 et 3

	Questionnaire 1		Questionnaire 3	
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)
N total	56 (100)		56 (100)	
1. A partir de quel âge toute nouvelle lésion doit être considérée comme suspecte?				
> 15 ans	22 (39.3)	[28.6 – 50.0]	2 (3.6)	[0.0 – 7.7]
> 30 ans	18 (32.1)	[21.9 – 42.4]	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
✓ > 45 ans	16 (28.6)	[18.6 – 38.5]	53 (94.6)	[89.7 – 99.6]
> 60 ans	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
2. Quelle est la localisation préférentielle du mélanome chez la femme?				
Dos	14 (25.0)	[15.5 – 34.5]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Visage	14 (25.0)	[15.5 – 34.5]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Membres supérieurs	7 (12.5)	[5.2 – 19.8]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
✓ Membres inférieurs	21 (37.5)	[26.9 – 48.1]	56 (100.0)	[100 – 100]
3. Lesquels de ces critères anamnestiques sont des signes d'alarme de mélanome ?				
Prurit	10 (17.9)	[9.4 – 26.3]	2 (3.6)	[0.0 – 7.7]
✓ Saignement spontané	43 (76.8)	[67.5 – 86.1]	50 (89.3)	[82.5 – 96.1]
Lésion en relief (non nodulaire)	15 (26.8)	[17.1 – 36.5]	8 (14.3)	[6.6 – 22.0]
✓ Evolution (modification de la lésion)	54 (96.4)	[92.3 -100]	54 (96.4)	[92.3 – 100]
Anxiété	2 (3.6)	[0.0 – 7.7]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
✓ Apparition de novo	42 (75.0)	[65.5 – 84.5]	50 (89.3)	[82.5 – 96.1]
Irritation exogène	6 (10.7)	[3.9 – 17.5]	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
Réponses non valables	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
4. Le degré d'urgence pour la prise en charge d'une suspicion de mélanome dépend de :				
✓ L'ulcération de la lésion	45 (80.4)	[71.6 – 89.1]	53 (94.6)	[89.7 – 99.6]
L'âge du patient	26 (46.4)	[35.5 – 57.4]	3 (5.4)	[0.4 – 10.3]
✓ Le caractère nodulaire ou plan de la lésion	21 (37.5)	[26.9 – 48.1]	50 (89.3)	[82.5 – 96.1]
La localisation de la lésion	32 (57.1)	[46.3 – 68.0]	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
La taille de la lésion	47 (83.9)	[75.9 – 92.0]	4 (7.1)	[1.5 – 12.8]
La couleur de la lésion	29 (51.8)	[40.8 – 62.8]	2 (3.6)	[0.0 – 7.7]
5. Laquelle de ces lésions évolue le plus rapidement ?				
✓ Mélanome nodulaire	12 (21.4)	[12.4 – 30.4]	50 (89.3)	[82.5 – 96.1]
Mélanome plan (SSM)	13 (23.2)	[13.9 – 32.5]	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
Mélanome de Dubreuilh	17 (30.4)	[20.3 – 40.5]	5 (8.9)	[2.7 – 15.2]
Mélanome Achromique	13 (23.2)	[13.9 – 32.5]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]

Réponses non valables	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
-----------------------	---------	-------------	---------	-------------

6. Parmi les patients suivants, lequel est le plus à risque de développer un mélanome en général ?

Homme >50 ans vivant seul	5 (8.9)	[2.7 – 15.2]	13 (23.2)	[13.9 – 32.5]
Patient bronzé toute l'année	5 (8.9)	[2.7 – 15.2]	2 (3.6)	[0.0 – 7.7]
Patient n'appliquant jamais de crème solaire	15 (26.8)	[17.1 – 36.5]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Patient dont le père et la tante ont présenté un mélanome aux âges respectifs de 75 et 72 ans	3 (5.4)	[0.4 – 1.3]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
✓ Patient présentant de nombreux naevus > 100 dont des naevus atypiques (irréguliers) et ou de grande taille (>5 mm)	27 (48.2)	[37.2 – 59.2]	40 (71.4)	[61.5 – 81.4]
Réponses non valables	1 (1.8)	[1.1 – 4.7]	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]

7. Parmi les patients suivants, lequel est le plus à risque de développer un mélanome avancé ?

✓ Homme >50 ans vivant seul	20 (35.7)	[25.2 – 46.2]	53 (94.6)	[89.7 – 99.6]
Patient bronzé toute l'année	5 (8.9)	[2.7 – 15.2]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Patient n'appliquant jamais de crème solaire	6 (10.7)	[3.9 – 17.5]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Patient dont le père et la tante ont présenté un mélanome aux âges respectifs de 75 et 72 ans	5 (8.9)	[2.7 – 15.2]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Patient présentant de nombreux naevus > 100 dont des naevus atypiques (irréguliers) et ou de grande taille (>5 mm)	19 (33.9)	[23.5 – 44.3]	2 (3.6)	[0.0 – 7.7]
Réponses non valables	1 (1.8)	[1.1 – 4.7]	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]

8. Quels sont les facteurs de risque majeurs du mélanome?

✓ Antécédent personnel de mélanome	49 (87.5)	[80.2 – 94.8]	55 (98.2)	[95.3 – 100]
Phototypes clairs I et II	28 (50.0)	[39.0 – 61.0]	19 (33.9)	[23.5 – 44.3]
✓ Héliodermie majeure (exposition solaire intense, bancs solaires intenses)	39 (69.6)	[59.5 – 79.7]	44 (78.6)	[69.6 – 87.6]

✓ Syndrome des naevus atypiques (>100 naevus et taille >5mm)	23 (41.1)	[30.3 – 51.9]	48 (85.7)	[78.0 – 93.4]
Naevus dans une zone de frottement	6 (10.7)	[3.9 – 17.5]	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]
✓ Antécédents familiaux au 1er degré de mélanome (<50ans)	36 (64.3)	[53.8 – 74.8]	52 (92.9)	[87.2 – 98.5]
Réponses non valables	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]

9. Quel est le facteur pronostic de survie à 5 ans du mélanome?

Taille de la tumeur au niveau clinique	1 (1.8)	[0.0 – 4.7]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
✓ Indice de Breslow (profondeur de la tumeur au niveau histologique)	45 (80.4)	[71.6 – 89.1]	56 (100.0)	[100- 100]
Localisation de la tumeur	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Sous-type histologique de la tumeur	7 (12.5)	[5.2 – 19.8]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]
Réponses non valables	3 (5.4)	[0.4 – 10.3]	0 (0.0)	[0.0 – 0.0]

L'âge à partir duquel toute lésion doit être considérée comme suspecte (>45 ans) est connu par 16 (28,6%, IC [18,6 – 38,5]) participants au questionnaire 1 et par 53 (94,6%, IC [89,7 – 99,6]) participants au questionnaire 3.

La localisation préférentielle du mélanome chez la femme est connue par 21 (37,5%, IC [26,9 – 48,1]) médecins au questionnaire 1 et par l'ensemble des médecins au questionnaire 3.

Pour les critères anamnestiques étant des signes d'alarme, les critères corrects ont bien été sélectionnés dans les 2 questionnaires, mais ont souvent été associés à des critères incorrects dans le premier questionnaire.

Le degré d'urgence pour la prise en charge d'une suspicion de mélanome dépend de l'ulcération et du caractère nodulaire de la lésion. L'ulcération de la lésion a été reconnue par 45 (80,4%, IC [71,6 – 89,11]) médecins au questionnaire 1 et par 53 (94,6%, IC [89,7 – 99,6]) au questionnaire 3. Le caractère nodulaire ou plan de la lésion a été relevé par 21 (37,5%, IC [26,9 – 48,1]) participants au questionnaire 1 et par 50 (89,3%, IC [82,5 – 96,1]) au questionnaire 3.

Pour la lésion évoluant le plus rapidement, 12 (21,4%, IC [12,4 – 30,4]) médecins ont bien répondu le mélanome nodulaire au questionnaire 1 et 50 (89,3%, IC [82,5 – 96,1]) au questionnaire 3.

L'homme de plus de 50 ans vivant seul, a été bien reconnu comme le plus à risque de développer un mélanome avancé par 20 (35,7%, IC [25,2 – 46,2]) médecins au questionnaire 1 et par 53 (94,6%, IC [89,7 – 99,6]) au questionnaire 3.

Pour les facteurs de risques majeurs du mélanome, l'antécédent personnel de mélanome et l'héliodermie majeure étaient bien reconnues comme facteurs de risques majeurs dans les deux questionnaires. Le syndrome des naevus atypiques par 23 (41,1%, IC [30,3 – 51,9]) au questionnaire 1 et par 48 (85,7%, IC [78,0 – 93,4]) au questionnaire 3, les antécédents familiaux au 1^{er} degré de mélanome (<50ans) par 36 (64,3%, IC [53,8 – 74,8]) au questionnaire 1 et par 52 (92,9%, IC [87,2 – 98,5]) au questionnaire 3.

L'indice de Breslow comme facteur pronostique de survie à 5 ans du mélanome est connu par 45 (80%) médecins au questionnaire 1 et par l'ensemble des médecins au questionnaire 3.

Pour toutes les questions sur les connaissances théoriques, le nombre de bonnes réponses augmente du questionnaire 1 au questionnaire 3, comme l'illustre la Figure 2.

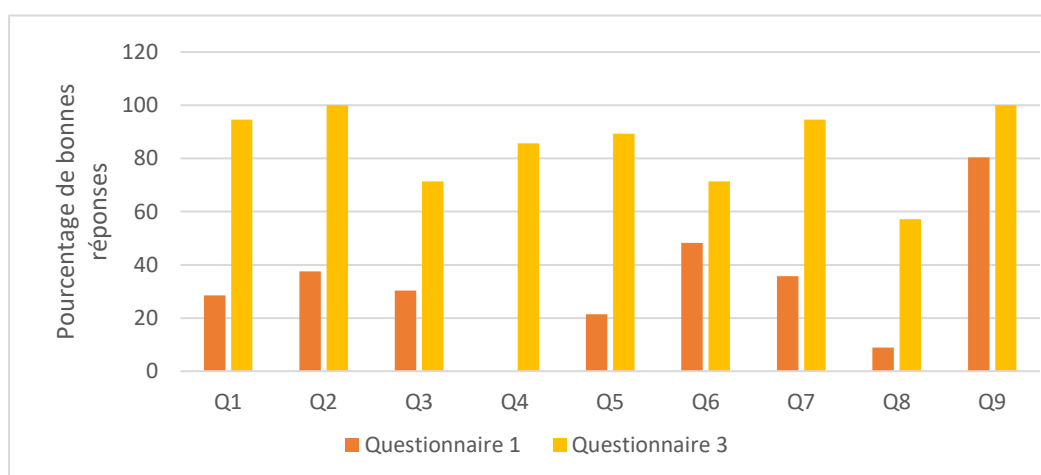


Figure 2: Evolution des bonnes réponses pour chaque question sur les connaissances théoriques en matière de diagnostic du mélanome entre les questionnaires 1 et 3

5.2.4 Vignettes cliniques.

La partie « vignettes cliniques » est composée de 16 clichés (Annexe 4) présentant des lésions bénignes et malignes. Le tableau 5 ci-dessous reprend, dans l'ordre du questionnaire, les diagnostics des 16 clichés et les réponses considérées comme correctes.

Tableau 5: Réponses considérées comme correctes pour les vignettes cliniques

	Diagnostics	Type de lésion	Attitude thérapeutique
Q1	Naevus de Sutton	Bénigne	Rassurer
Q2	Kératose séborrhéique (1)	Bénigne	Rassurer
Q3	Naevus congénital	Bénigne	Rassurer
Q4	Naevus plantaire	Bénigne	Rassurer
Q5	Mélanome nodulaire	Maligne	Excision
Q6	Naevus irrité	Bénigne	Rassurer / Suivi
Q7	Mélanome de Dubreuilh	Maligne	Excision / Référer
Q8	Hématome sous-unguéal	Bénigne	Rassurer
Q9	Kératose séborrhéique (2)	Bénigne	Rassurer
Q10	Hématome sous corné	Bénigne	Rassurer
Q11	Lentigo solaire	Bénigne	Rassurer
Q12	Mélanome plan au niveau de la jambe	Malin	Excision
Q13	Naevus bénin	Bénigne	Rassurer / Suivi
Q14	Naevus bleu	Bénigne	Rassurer
Q15	Mélanome au niveau du dos (« vilain petit canard »)	Malin	Excision
Q16	Mélanome au niveau de la fesse	Malin	Excision

L'évolution des bonnes réponses pour chaque question au fil des questionnaires est représentée par la Figure 3 ci-dessous. Les questions concernant les lésions malignes sont entourées en rouge dans la Figure 3.

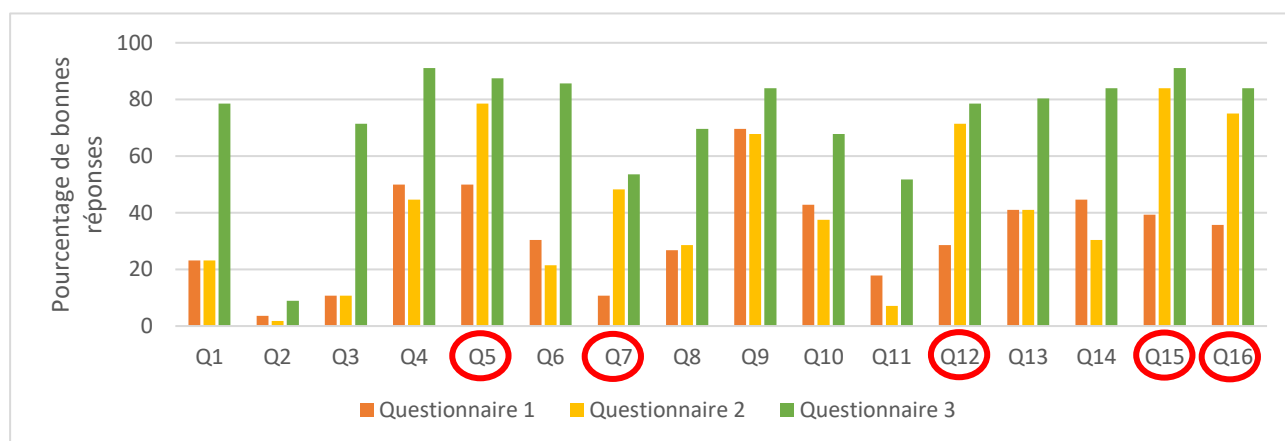


Figure 3: Evolution des bonnes réponses pour chaque question pour les 3 questionnaires

5.2.4.1 Evolution des bonnes réponses entre les questionnaires 1 et 2

Entre les questionnaires 1 et 2, le nombre de bonnes réponses a significativement augmenté pour les 5 clichés illustrant les mélanomes. Pour les lésions bénignes, aucune amélioration significative des bonnes réponses n'a été retrouvée. Le cliché illustrant le naevus bleu (lésion bénigne) montre même une diminution significative des bonnes réponses. Les résultats significatifs sont présentés dans le tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6 : Evolution significative des bonnes réponses entre les questionnaires 1 et 2

Diagnostic	Nombre de bonnes réponses au questionnaire 1		Nombre de bonnes réponses au questionnaire 2		p-valeur
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	
Mélanome nodulaire	28 (50)	[36.9 - 63.1]	44 (78.6)	[67.8 - 89.3]	<0.001
Mélanome de Dubreuilh	6 (10.7)	[2.6 - 18.8]	27 (48.9)	[35.1 - 61.3]	<0.001
Mélanome de la jambe	16 (28.6)	[16.7 - 40.4]	40 (71.4)	[59.6 - 83.3]	<0.001
Mélanome du dos	22 (39.3)	[26.5 - 52.1]	47 (83.9)	[74.3 - 93.5]	<0.001
Mélanome de la fesse	20 (35.7)	[23.2 - 48.3]	42 (75.0)	[63.7 - 86.3]	<0.001
Naevus bleu	25 (44.6)	[31.6 - 57.7]	17 (30.4)	[18.3 - 42.4]	0.033

En regroupant toutes les bonnes réponses pour les mélanomes, on retrouve une augmentation significative de l'ensemble des bonnes réponses entre les 2 questionnaires. En revanche, l'ensemble des bonnes réponses pour les lésions bénignes diminue de façon significative entre les 2 questionnaires. Ces résultats sont illustrés dans le tableau 7 ci-dessous.

Tableau 7 : Evolution significative des bonnes réponses regroupées selon le type de lésion entre les questionnaires 1 et 2

	Nombre total de bonnes réponses au questionnaire 1		Nombre total de bonnes réponses au questionnaire 2		p-valeur
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	
Lésions bénignes	202 (32.8)	[29.1 - 36.5]	176 (28.6)	[66.7 - 73.9]	0.027
Mélanomes	92 (32.9)	[27.4 - 38.4]	200 (71.4)	[74.2 - 83.7]	<0.001
	≥50% de bonnes réponses au questionnaire 1		≥ 50% de bonnes réponses au questionnaire 2		p-valeur
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	
M élanomes	15 (26.8)	[7.8 - 27.9]	44 (78,6)	[67.8 - 89.3]	<0.001
Lésions bénignes	10 (17.9)	[15.2 - 38.4]	8 (14,3)	[5.1 - 23.5]	0.564

5.2.4.2 Evolution des bonnes réponses entre les questionnaires 2 et 3

Entre les questionnaires 2 et 3, le nombre de bonnes réponses a significativement augmenté pour 10 des 11 clichés illustrant les lésions bénignes. La lésion bénigne qui n'a pas connu d'évolution significative des bonnes réponses est le cliché de la première kératose séborrhéique, jugée après coup comme trop difficile à diagnostiquer à l'œil nu sans dermoscopie. Pour les lésions malignes, aucune évolution significative des bonnes réponses n'a été retrouvée excepté pour le mélanome au niveau de la fesse. Les résultats significatifs sont présentés dans le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8 : Evolution significative des bonnes réponses entre les questionnaires 2 et 3

Diagnostic	Nombre de bonnes réponses au questionnaire 2		Nombre de bonnes réponses au questionnaire 3		p-valeur
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	
Naevus de Sutton	13 (23.2)	[12.2 - 34.3]	44 (78.6)	[67.8 - 89.3]	<0.001
Naevus congénital	6 (10.7)	[2.6 - 18.8]	40 (71.4)	[59.6 - 83.3]	<0.001
Naevus plantaire	25 (44.6)	[31.6 - 57.7]	51 (91.1)	[83.6 - 98.5]	<0.001
Naevus irrité	12 (21.4)	[10.7 - 32.2]	48 (85.7)	[76.5 - 94.9]	<0.001
Hématome sous unguéal	16 (28.6)	[16.7 - 40.4]	39 (69.6)	[57.6 - 81.7]	<0.001
Kératose séborrhéique (2)	38 (67.9)	[55.6 - 80.1]	47 (83.9)	[74.3 - 93.5]	0.008
Hématome sous corné	21 (37.5)	[24.8 - 50.2]	38 (67.9)	[55.6 - 80.1]	<0.001
Lentigo solaire	4 (7.1)	[0.4 - 13.9]	29 (51.8)	[38.7 - 64.9]	<0.001
Naevus bénin	23 (41.1)	[28.2 - 54.0]	45 (80.4)	[70.0 - 90.8]	<0.001
Naevus bleu	17 (30.4)	[31.6 - 57.7]	47 (83.9)	[74.3 - 93.5]	<0.001
Mélanome de la fesse	42 (75.0)	[63.7 - 86.3]	47 (83.9)	[74.3 - 93.5]	0.035

En regroupant toutes les bonnes réponses pour les mélanomes, on retrouve une légère augmentation de l'ensemble des bonnes réponses entre les 2 questionnaires. L'ensemble des bonnes réponses pour les lésions bénignes augmente de façon significative entre les 2 questionnaires. Ces résultats sont illustrés dans le tableau 9 ci-dessous.

Tableau 9 : Evolution significative des bonnes réponses regroupées selon le type de lésion entre les questionnaires 2 et 3

	Nombre de bonnes réponses au questionnaire 2		Nombre de bonnes réponses au questionnaire 3		p-valeur
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	
Lésions bénignes	176 (28.6)	[25.0 - 32.1]	433 (70.3)	[66.7 - 73.9]	<0.001
Mélanomes	200 (71.4)	[66.1 - 76.7]	221 (78.9)	[74.2 - 83.7]	<0.001

	≥ 50% de bonnes réponses au questionnaire 2		≥ 50% de bonnes réponses au questionnaire 3		<i>p</i>-valeur
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	
Lésions bénignes	8 (14.3)	[5.1 - 23.5]	50 (89.3)	[81.2 – 97.4]	<i><0.001</i>
Mélanomes	44 (78.6)	[67.8 - 89.3]	52 (92.9)	[86.1 – 99.6]	<i>0.021</i>

L'ensemble des résultats pour les bonnes réponses aux vignettes cliniques au fil des trois questionnaires est repris intégralement dans les Tableaux 10 et 11 (Annexe 7).

6 Discussion

6.1 Interprétation des résultats

6.1.1 Pratiques actuelles et connaissances théoriques des médecins généralistes

Les médecins généralistes sont en première ligne et, de par leur proximité avec la population, pourraient jouer un rôle décisif dans la prévention et le dépistage du mélanome (26).

Cependant, plusieurs études évoquent le manque de confiance des médecins généralistes pour diagnostiquer un mélanome (27–29). Les résultats obtenus dans notre étude vont dans ce sens, avec 67,9% (IC [57,6 – 78,1]) des participants qui se sentent peu à l'aise pour diagnostiquer un mélanome.

La majorité des médecins généralistes de notre étude estiment avoir peu de connaissances en matière de diagnostic du mélanome et ressentent fortement le besoin de les approfondir. La littérature montre en effet que les médecins généralistes ont besoin de formation au diagnostic du mélanome pour améliorer leur performance diagnostique et leur taux de référencement utiles chez le dermatologue (12,30,31). Elle conclut également en un réel intérêt de la part des médecins généralistes à se former au diagnostic du mélanome (15,25,32).

Notre étude montre que 46,4% (IC [35,5 – 57,4]) des participants examinent la peau de leurs patients seulement s'ils viennent pour ce motif et seulement 23,2% (IC [13,9 – 32,5]) le font chez leurs patients présentant des facteurs de risque. Cela rejoint les données retrouvées dans la littérature qui rapporte que les médecins généralistes ne semblent pas souvent faire d'exams cutanés complets chez leurs patients, même chez ceux à haut risque (28,33). D'ailleurs, le dépistage systématique du mélanome dans la population générale n'est pas recommandé en Belgique, comme dans la plupart des pays. Son efficacité pour réduire la mortalité due au mélanome n'a d'ailleurs pas été prouvée (8,34). Par contre, un dépistage ciblé chez les personnes ayant des facteurs de risque semble plus pertinent, le médecin généraliste pourrait y jouer un rôle central notamment dans l'identification et la réalisation de l'examen clinique cutané de ces personnes à risque (27,34,35). Il pourrait alors conseiller un dépistage en milieu spécialisé pour les cas les plus difficiles (syndrome des naevus atypiques).

D'après notre étude, seulement 7,1 % (IC [1,5 – 12,8]) des médecins généralistes utilisent parfois un dermoscope. La revue de la littérature indique que la dermoscopie peut améliorer la précision diagnostique des médecins généralistes pour les lésions cutanées pigmentées par rapport à l'examen à l'œil nu (21,36,37). Elle est dès lors utile pour trier les lésions suspectes

et donc pour réduire le nombre de biopsies et mieux cibler les renvois chez le dermatologue (38). Cependant cette performance diagnostique ne peut être obtenue qu'aux dépends d'une formation en dermoscopie et d'une utilisation fréquente de cette technique (12,39). C'est d'ailleurs ce besoin de formation qui est rapporté comme étant le principal frein à l'utilisation du dermoscope en médecine générale (16,40). Dans notre étude, les deux causes majeures de non-utilisation du dermoscope sont le manque de connaissance en dermoscopie et le manque de formation ou d'outils pour se former. La formation en dermoscopie est suggérée par la plupart des participants comme outil pertinent pour améliorer le diagnostic précoce du mélanome en médecine générale.

Dans notre étude, les 3 obstacles ayant récolté le plus de votes sont le manque de pratique qui pourrait être dû aux autres pathologies plus fréquemment rencontrées en médecine générale, le manque de formations ou d'ateliers pratiques, et la crainte de rassurer à tort qui peut être assimilée au manque de confiance des généralistes pour diagnostiquer le mélanome. Dans la littérature, les principaux obstacles au diagnostic précoce de mélanome en médecine générale sont le manque de temps, le manque de confiance dans l'identification des lésions suspectes et la diversité de la médecine générale qui fait que le médecin généraliste a tendance à se pencher plutôt sur d'autres problèmes de santé en première intention chez leurs patients (13,33). Le manque de formation pour les médecins généralistes dans ce domaine est aussi un frein (41).

A notre connaissance, peu d'autres études ont testé les connaissances théoriques des médecins généralistes avant et directement après une formation. En 1997, Stephenson et al. ont réalisé une étude via un questionnaire pour évaluer les connaissances de base des médecins généralistes sur le mélanome (42). Cette étude a révélé que les médecins généralistes connaissaient bien les facteurs affectant le pronostic du mélanome mais qu'ils éprouvaient des difficultés en ce qui concerne l'histoire clinique, l'examen clinique cutané et les facteurs de risque du mélanome (42). Dans notre étude, seul l'indice de Breslow comme facteur pronostique de survie à 5 ans du mélanome était bien connu avant la formation. Toutes les autres questions n'atteignaient pas les 50% de bonnes réponses lors de ce premier questionnaire. Les autres questions traitant des notions comme l'âge à partir duquel toute nouvelle lésion est suspecte, la localisation préférentielle du mélanome selon le sexe et les critères anamnestiques à considérer comme des signes d'alarmes sont mal connus ou connus seulement en partie par la plupart des médecins généralistes. L'amélioration des résultats au questionnaire post-formation était prévisible étant donné que toutes ces notions ont été abordées lors de la

formation mais elle montre aussi que les participants se sont montrés attentifs lors de la présentation et motivés d'acquérir de nouvelles connaissances dans ce domaine.

6.1.2 Impact des connaissances théoriques sur la performance diagnostique et l'attitude thérapeutique des médecins généralistes

Deux grandes revues systématiques ont été publiées sur les formations des médecins généralistes au diagnostic du mélanome. La première traite des formations à l'œil nu (15) et la deuxième des formations en dermoscopie (16). En général, ces revues retrouvent une amélioration des performances diagnostiques et de l'attitude thérapeutique des médecins généralistes directement après la formation.

Jusqu'à présent, aucune étude n'a été retrouvée dans la revue de la littérature ayant déjà étudié la valeur ajoutée de l'apprentissage des connaissances théoriques sur la performance diagnostique et l'attitude thérapeutique des médecins généralistes en matière de mélanome.

Une formation pour médecins généralistes au diagnostic du mélanome comprenant l'apprentissage des méthodes de diagnostic à l'œil nu du mélanome associé à l'apprentissage des facteurs de risque, des diagnostics différentiels du mélanome ainsi que de la reconnaissance des patients à risque a été suivie d'une campagne de dépistage dans un département français. Cette étude a démontré un impact positif à long terme en situation réelle (43). Cette campagne a en effet réussi à diminuer l'incidence des mélanomes très épais (épaisseur de Breslow ≥ 3 mm) sur une période de 3 ans après la formation des médecins généralistes dans le département. Cependant, la contribution respective de l'apprentissage des méthodes diagnostiques d'une part, et des connaissances théoriques de base et des diagnostics différentiels d'autre part, dans le succès de cette étude n'a pas été rapportée.

Dans notre étude, nous avons pu confirmer qu'enseigner des méthodes de diagnostic à l'œil nu (règle ABCD, la règle du « vilain petit canard » et la méthode de reconnaissance globale), illustrées uniquement de clichés de mélanomes (1^{ère} partie de la formation) améliore de façon significative la capacité des médecins généralistes à identifier un mélanome et à adopter une attitude thérapeutique d'excision pour ces lésions. En effet, l'ensemble des bonnes réponses pour les lésions malignes est passé de 32,9% à 71,4% ($p < 0,001$) et le nombre de participants identifiant correctement $\geq 50\%$ des mélanomes avec une attitude thérapeutique adéquate est passé de 15/56 (26,8%) à 44/56 (78,6%) ($p < 0,001$), après la 1^{ère} partie de la formation. A titre d'exemple, dans nos vignettes cliniques, un cliché illustre la règle du vilain

petit canard; les réponses se partageaient entre malin et suspect avant la formation. Après le rappel de cette règle, les participants ont pu trancher que la lésion était maligne et qu'il fallait l'exciser.

Par contre, la capacité des médecins généralistes à reconnaître les lésions bénignes ne s'est pas améliorée après la première partie de la formation. L'ensemble des bonnes réponses pour les lésions bénignes a même plutôt diminué de 32,8% à 28,6% ($p = 0,027$). Cette tendance peut être expliquée par le fait que beaucoup de lésions bénignes peuvent être asymétriques avec des bords irréguliers, de différentes couleurs et d'un diamètre $\geq 6\text{mm}$ et répondre ainsi aux critères de la règle ABCD. Par exemple, pour le naevus bleu, les bonnes réponses ont significativement diminué après l'enseignement des méthodes diagnostiques. En effet, le naevus bleu peut présenter un aspect très foncé et nodulaire qui peut être pris pour un signe de mélanome, et beaucoup de mélanomes noirs ont un reflet bleuté en raison de la profondeur de la mélanine.

La capacité des médecins généralistes à reconnaître les lésions bénignes s'est tout de même significativement améliorée après la deuxième partie de la formation. Le nombre total de bonnes réponses est passé respectivement de 28,6% avant la formation à 70,3% après la formation ($p < 0,001$). Le nombre de médecins généralistes identifiant correctement $\geq 50\%$ des lésions bénignes avec une attitude thérapeutique adéquate est passé de 10/56 (17,9%) à 50/56 (89,3%) ($p < 0,001$).

Pour l'ensemble des lésions malignes, l'amélioration des bonnes réponses après la deuxième partie de la formation est moins marquée mais est tout de même significative. Avant et après la deuxième partie de la formation, le nombre total de bonnes réponses est passé respectivement de 71,4% à 78,9% ($p < 0,001$) et le nombre de médecins généralistes identifiant correctement $\geq 50\%$ des lésions malignes avec une attitude thérapeutique adéquate est passée de 44/56 (78,6%) à 52/56 (92,9%) ($p = 0,021$).

Ces résultats démontrent que les connaissances théoriques permettent aux médecins généralistes d'être plus confiants en matière de diagnostic de mélanome. Avoir en tête les connaissances théoriques de base enseignées lors de cette formation apprend aux médecins généralistes à recueillir et utiliser les critères anamnestiques tels que l'âge du patient, la localisation de la lésion et l'histoire d'évolutivité de la lésion afin de trancher plus aisément entre la nature maligne et bénigne et l'attitude thérapeutique adéquate à adopter pour des lésions difficiles à classer avec le seul examen à l'œil nu. Mais les connaissances théoriques

augmentent surtout leur capacité à détecter les lésions bénignes. Le fait d'avoir vu des clichés cliniques des différentes lésions pigmentées bénignes les plus courantes ainsi que leurs caractéristiques lors de la 2^{ème} partie de la formation leur a permis de reconnaître plus facilement les lésions bénignes. Ainsi, après la 2^{ème} partie de la formation, les participants ont pu reconnaître facilement le naevus de Sutton ayant vu des images cliniques de ce grain de beauté particulier et ayant appris que le halo clair homogène de dépigmentation autour du naevus est sa caractéristique principale. L'évolution relativement stable est aussi une notion importante pour les lésions bénignes et aide les médecins généralistes à préciser leur diagnostic. Cette capacité à reconnaître les lésions bénignes, acquise grâce aux connaissances de base, permettra aux médecins généralistes sans aucun doute de référer plus adéquatement leur patient chez le dermatologue dans leur pratique quotidienne. Ce désengorgement de leurs consultations n'en sera que bénéfique et permettra la prise en charge plus précoce des patients atteints de mélanome dans les centres de soins spécialisés.

6.2 Limites et biais

Cette étude présente plusieurs limites et biais.

D'abord, la petite taille de l'échantillon est une limite et ne représente pas exactement la population de médecins généralistes en Belgique Francophone (44). On retrouve également un biais de sélection avec des participants qui n'ont pas été recrutés de manière tout à fait aléatoire. Cependant, l'échantillon comprend une certaine diversité de participants. Seule la catégorie d'âge des plus de 65 ans n'est pas représentée.

Ensuite, un biais méthodologique peut être présent dans cette étude. En effet, les questionnaires se sont succédés en 2h de temps, les résultats reflètent alors surtout la mémoire à court terme des participants et ne donnent pas de notions sur la durabilité à long terme de ces nouvelles connaissances acquises.

De plus, les vignettes cliniques ne représentaient pas forcément la réalité de la médecine générale. Un ensemble subjectif de 16 images cliniques a été montré aux médecins généralistes. La proportion de mélanomes était évidemment plus élevée que dans la pratique quotidienne de ces médecins. Cependant, cela s'avérerait nécessaire pour déterminer si plusieurs types cliniques de mélanomes étaient correctement diagnostiqués par les médecins généralistes. Le fait de procéder à un test de connaissances sur vignettes cliniques tente de placer les médecins en situation la plus réaliste possible. Néanmoins, dans la pratique réelle, les médecins doivent faire face à la difficulté de devoir recueillir eux-mêmes les informations anamnestiques.

Enfin, un biais de mesure a pu être induit par l'utilisation de l'application Wooclap. L'utilisation de Wooclap a parfois déstabilisé les participants n'ayant pas l'habitude d'utiliser cette technique. En effet, les participants perdaient parfois leur connexion, oubliaient de répondre ou oubliaient de valider leur réponse. Quelques réponses ont dès lors été manquées, bien qu'il y en ait eu relativement peu. Celles-ci sont représentées dans les différents tableaux de résultats par les « réponses non valables ».

7 **Conclusion**

Les médecins généralistes occupent une place de choix dans le diagnostic précoce du mélanome. Ce domaine a pourtant une place limitée dans leur pratique actuelle. Néanmoins, les médecins généralistes semblent intéressés d'approfondir leurs connaissances et de se former. Mais les obstacles restent nombreux, les principaux étant le manque de temps et de formations, la concurrence des pathologies plus fréquentes en médecine générale et, surtout, le manque de confiance des médecins généralistes dans l'identification des lésions suspectes de mélanome. Vu l'incidence croissante de ce cancer de la peau, la sensibilisation et la formation des médecins généralistes sont importantes.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus sur la formation la plus appropriée pour améliorer la performance diagnostique des médecins généralistes face au mélanome. Mais l'impact des formations déjà effectuées dans d'autres études est positif. Par ailleurs, des recherches sont en cours pour élaborer de nouveaux outils d'enseignement pour rendre les médecins généralistes plus performants dans leur pratique quotidienne et ce, à long terme.

La formation donnée aux médecins généralistes dans le cadre de cette étude a permis d'améliorer leur performance diagnostique et leur attitude thérapeutique face au mélanome. D'abord, la performance diagnostique des médecins généralistes pour le mélanome s'est améliorée grâce à la première partie de la formation abordant les techniques de diagnostic à l'œil nu (méthode ABCD, méthode du « vilain petit canard », méthode de la reconnaissance globale). Ensuite, leur capacité à détecter les lésions bénignes et leur acuité pour diagnostiquer le mélanome se sont améliorées suite à la deuxième partie de la formation qui rappelait des notions théoriques de base sur les lésions cutanées pigmentées.

En conclusion, les méthodes diagnostiques à l'œil nu aident les médecins généralistes à augmenter leur acuité diagnostique pour le mélanome et donc à référer à juste titre chez le dermatologue. Nous avons pu également démontrer que les connaissances théoriques, souvent absentes des formations, aident les médecins généralistes à augmenter leur acuité diagnostique pour les lésions cutanées pigmentées bénignes et ainsi à rassurer les patients plutôt que de référer chez le dermatologue. L'apprentissage de ces connaissances théoriques est ainsi complémentaire aux méthodes diagnostiques à l'œil nu et pourrait avoir un réel intérêt dans la pratique des médecins généralistes. Dans le futur, des essais cliniques seraient intéressants pour évaluer les connaissances et la performance diagnostique des participants à plus long terme et l'impact de la formation dans la pratique clinique quotidienne.

8 **Bibliographie**

1. Grange F. Épidémiologie du mélanome cutané : données descriptives en France et en Europe. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* [Internet]. déc 2005 [cité 19 janv 2020];132(12):975-82. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0151963805795600>
2. Belgian Cancer Registry. Cancer Fact Sheet Malignant Melanoma 2017 [Internet]. [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: https://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2017/Cancer_Fact_Sheet_MalignantMelanoma_2017.pdf
3. Belgian Cancer Registry. Cancer. Incidence Projections in Belgium 2015 to 2025. [Internet]. [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: https://kankerregister.org/media/docs/publications/IncidenceProj2015-2025_finaal_171120.pdf.
4. Belgian Cancer Registry. Cancer Burden in Belgium. [Internet]. [cité 14 avril 2020]. Disponible sur: <http://kankerregister.org/media/docs/CancerBurdenfeb2020reduced.pdf>.
5. Matthews N, Li W-Q, Qureshi A, Weinstock MA, Eunyoung C. Cutaneous melanoma: etiology and therapy [Internet]. Codon Publications. Ward WH, Farma JM, éditeurs. 2017 [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481860/>
6. Garbe C, Leiter U. Melanoma epidemiology and trends. *Clinics in Dermatology* [Internet]. janv 2009 [cité 19 janv 2020];27(1):3-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738081X08001788>
7. Petrie T, Samatham R, Witkowski AM, Esteva A, Leachman SA. Melanoma Early Detection: Big Data, Bigger Picture. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. janv 2019 [cité 14 avr 2020];139(1):25-30. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X18323546>
8. Johansson M, Brodersen J, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for reducing morbidity and mortality in malignant melanoma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 [cité 22 déc 2019];(6). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.gateway2.cdih.be/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012352.pub2/full/fr?highlightAbstract=general%7Cpractis%7Cpractise%7Cpractice%7Cpractic%7Cdiagnost%7Cwithdrawn%7Cmelanoma%7Cdiagnostic%7Cmelanom>
9. Geller AC, Koh HK, Miller DR, Clapp RW, Mercer MB, Lew RA. Use of health services before the diagnosis of melanoma: Implications for early detection and screening. *J Gen Intern Med* [Internet]. mars 1992 [cité 14 avr 2020];7(2):154-7. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF02598004>
10. Grange F, Barbe C, Mas L, Granel-Brocard F, Lipsker D, Aubin F, et al. The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France. *British Journal of Dermatology* [Internet]. déc 2012 [cité 21 janv 2020];167(6):1351-9. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2133.2012.11178.x>

11. Buckley D, McMonagle C. Melanoma in primary care. The role of the general practitioner. *Ir J Med Sci* [Internet]. sept 2014 [cité 21 janv 2020];183(3):363-8. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11845-013-1021-z>
12. Rijsingen M, Hanssen S, Groenewoud J, Wilt G, Gerritsen M. Referrals by General Practitioners for Suspicious Skin Lesions: The Urgency of Training. *Acta Derm Venerol* [Internet]. 2014 [cité 5 janv 2020];94(2):138-41. Disponible sur: <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-1752>
13. Oliveria SA, Heneghan MK, Cushman LF, Ughetta EA, Halpern AC. Skin Cancer Screening by Dermatologists, Family Practitioners, and Internists: Barriers and Facilitating Factors. *Arch Dermatol* [Internet]. 17 janv 2011 [cité 5 janv 2020];147(1):39. Disponible sur: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archdermatol.2010.414>
14. Durbec F, Vitry, Granel-Brocard, et al. The Role of Circumstances of Diagnosis and Access to Dermatological Care in Early Diagnosis of Cutaneous Melanoma: A Population-Based Study in France. *Yearbook of Dermatology and Dermatologic Surgery* [Internet]. janv 2011 [cité 14 avr 2020];2011:418-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0093361910000584>
15. INFORMED (INternet curriculum FOR Melanoma Early Detection) Group, Goulart JM, Quigley EA, Dusza S, Jewell ST, Alexander G, et al. Skin Cancer Education for Primary Care Physicians: A Systematic Review of Published Evaluated Interventions. *J GEN INTERN MED* [Internet]. sept 2011 [cité 5 janv 2020];26(9):1027-35. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-011-1692-y>
16. Fee JA, McGrady FP, Rosendahl C, Hart ND. Training Primary Care Physicians in Dermoscopy for Skin Cancer Detection: a Scoping Review. *J Canc Educ* [Internet]. 2 déc 2019 [cité 29 mars 2020]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s13187-019-01647-7>
17. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW. Early Detection of Malignant Melanoma: The Role of Physician Examination and Self-Examination of the Skin. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* [Internet]. 1 mai 1985 [cité 14 avr 2020];35(3):130-51. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.3322/canjclin.35.3.130>
18. Gachon J, Beaulieu P, Sei JF, Gouvernet J, Claudel JP, Lemaitre M, et al. First Prospective Study of the Recognition Process of Melanoma in Dermatological Practice. *Arch Dermatol* [Internet]. 1 avr 2005 [cité 14 avr 2020];141(4). Disponible sur: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archderm.141.4.434>
19. Girardi, S., Gaudy, C., Gouvernet, J., Teston, J., Richard, M. A., & Grob, J.-J. (2006). Superiority of a cognitive education with photographs over ABCD criteria in the education of the general population to the early detection of melanoma: A randomized study. *International Journal of Cancer*, 118(9), 2276–2280. doi:10.1002/ijc.21351.
20. Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, Sera F, Corona R, Alsina M, et al. Dermoscopy Improves Accuracy of Primary Care Physicians to Triage Lesions Suggestive of Skin Cancer. *JCO* [Internet]. 20 avr 2006 [cité 5 janv 2020];24(12):1877-82. Disponible sur: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2005.05.0864>

21. Koelink CJL, Vermeulen KM, Kollen BJ, de Bock GH, Dekker JH, Jonkman MF, et al. Diagnostic accuracy and cost-effectiveness of dermoscopy in primary care: a cluster randomized clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. nov 2014 [cité 5 janv 2020];28(11):1442-9. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/jdv.12306>
22. Eide MJ, Asgari MM, Fletcher SW, Geller AC, Halpern AC, Shaikh WR, et al. Effects on Skills and Practice from a Web-Based Skin Cancer Course for Primary Care Providers. *The Journal of the American Board of Family Medicine* [Internet]. 1 nov 2013 [cité 21 janv 2020];26(6):648-57. Disponible sur: <http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2013.06.130108>
23. Peuvrel L, Quereux G, Jumbou O, Sassolas B, Lequeux Y, Dreno B. Impact of a campaign to train general practitioners in screening for melanoma: *European Journal of Cancer Prevention* [Internet]. juin 2009 [cité 21 janv 2020];18(3):225-9. Disponible sur: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00008469-200906000-00010>
24. Beecher SM, Keogh C, Healy C. Dedicated general practitioner education sessions can improve diagnostic capabilities and may have a positive effect on referral patterns for common skin lesions. *Ir J Med Sci* [Internet]. nov 2018 [cité 5 janv 2020];187(4):959-63. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11845-018-1788-z>
25. Gembala O. Evaluation de la perception des médecins généralistes belges francophones d'une formation sur le diagnostic du mélanome [Mémoire]. [Woluwé]: Université catholique de Louvain; 2018.
26. Duarte AF, da Costa-Pereira A, Del-Marmol V, Correia O. Are General Physicians Prepared for Struggling Skin Cancer?—Cross-Sectional Study. *J Canc Educ* [Internet]. avr 2018 [cité 21 janv 2020];33(2):321-4. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s13187-016-1078-2>
27. Zimmerlé V, Laurent E, Tauveron V, Maruani A, Le Bidre E, Samimi M, et al. Évaluation des connaissances et de la prise en charge du mélanome par des médecins généralistes d'un département à très faible densité médicale. *Ann Dermatol Venereol* [Internet]. déc 2017 [cité 25 déc 2019];144(12, Supplement):S309-S309. Disponible sur: https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EL_S0151963817308785
28. Friedman KP, Whitaker-Worth DL, Grin C, Grant-Kels JM. Melanoma Screening Behavior Among Primary Care Physicians. nov 2004;74:7. Disponible sur: <https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/074050305.pdf>
29. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert J-M. Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions. *Journal of the American Academy of Dermatology* [Internet]. juin 2001 [cité 31 mars 2020];44(6):979-86. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962201302931>
30. Youl PH, Raasch BA, Janda M, Aitken JF. The effect of an educational programme to improve the skills of general practitioners in diagnosing melanocytic/pigmented lesions. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. juill 2007 [cité 29 mars 2020];32(4):365-70. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2230.2007.02414.x>

31. Tran H, Chen K, Lim AC, Jabbour J, Shumack S. Assessing diagnostic skill in dermatology: A comparison between general practitioners and dermatologists. *Australas J Dermatol* [Internet]. nov 2005 [cité 30 mars 2020];46(4):230-4. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-0960.2005.00189.x>
32. Jiang AJ, Eide MJ, Alexander GL, Altschuler A, Asgari MM, Geller AC, et al. Providers' Experiences with a Melanoma Web-Based Course: a Discussion on Barriers and Intentions. *J Canc Educ* [Internet]. juin 2017 [cité 29 mars 2020];32(2):272-9. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s13187-015-0910-4>
33. Kirsner RS, Mukherjee S, Federman DG. Skirt cancer screening in primary care: Prevalence and barriers. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 41(4), 564-566 [Internet]. :3. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(99\)80053-X](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(99)80053-X)
34. Rat C, Grimault C, Quereux G, Dagorne M, Gaultier A, Khammari A, et al. Proposal for an annual skin examination by a general practitioner for patients at high risk for melanoma: a French cohort study. *BMJ Open* [Internet]. juill 2015 [cité 29 mars 2020];5(7). Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/7/e007471.full.pdf>
35. Haute Autorité de Santé. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané ». 2012. <http://www.has-sante.fr/>.
36. Menzies SW, Emery J, Staples M, Davies S, McAvoy B, Fletcher J, et al. Impact of dermoscopy and short-term sequential digital dermoscopy imaging for the management of pigmented lesions in primary care: a sequential intervention trial. *British Journal of Dermatology* [Internet]. déc 2009 [cité 1 avr 2020];161(6):1270-7. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2133.2009.09374.x>
37. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *British Journal of Dermatology* [Internet]. juin 2008 [cité 30 mars 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2133.2008.08713.x>
38. Herschorn A. Dermoscopy for melanoma detection in family practice. *Can Fam Physician* [Internet]. juill 2012;58(7):740-5, e372-378. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395510/>
39. Chappuis P, Duru G, Marchal O, Girier P, Dalle S, Thomas L. Dermoscopy, a useful tool for general practitioners in melanoma screening: a nationwide survey. *Br J Dermatol* [Internet]. oct 2016 [cité 5 janv 2020];175(4):744-50. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/bjd.14495>
40. Jones O, Jurascheck L, van Melle M, Hickman S, Burrows N, Hall P, et al. Dermoscopy for melanoma detection and triage in primary care: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. août 2019 [cité 29 mars 2020];9(8):e027529. Disponible sur: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-027529>

41. Weinstock MA. Cutaneous melanoma: public health approach to early detection. *Dermatol Ther* [Internet]. janv 2006 [cité 21 janv 2020];19(1):26-31. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1529-8019.2005.00053.x>
42. Stephenson A, From L, Cohen A, Tipping J. Family physicians' knowledge of malignant melanoma. *Journal of the American Academy of Dermatology* [Internet]. déc 1997 [cité 31 mars 2020];37(6):953-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962297700719>
43. Grange F, Woronoff AS, Bera R, Colomb M, Lavole B, Fournier E, et al. Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. *Br J Dermatol* [Internet]. janv 2014 [cité 5 janv 2020];170(1):123-9. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/bjd.12585>
44. AVIQ. Médecine générale : Cadastre wallon des médecins généralistes. 2016 [cité 5 mai 2020] Disponible sur : <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>.

9 Annexes

Annexe 1

Bonjour,

Je suis assistante en dernière année de médecine générale dans un cabinet de la région de Charleroi (Farciennes).

Dans le cadre de mon TFE, je vous propose une formation théorique courte sur le diagnostic précoce du mélanome. La formation est axée sur la pratique en médecine générale.

En effet, au vu de l'augmentation incessante de ce type de cancer, il me paraît intéressant que les médecins généralistes et assistants soient informés et sensibilisés à cette problématique.

L'exposé a été réalisé en collaboration avec le Pr Isabelle Tromme (MD, PhD, Clinique du Mélanome, Cliniques universitaires Saint-Luc) et est présenté par le Dr Harkemanne (Doctorante en dermatologie aux Cliniques universitaires Saint-Luc). La présentation est précédée d'un questionnaire afin de récolter des données sur la pratique et les connaissances théoriques des médecins généralistes à ce sujet. Pendant l'exposé un deuxième questionnaire est proposé. A l'issue de la présentation, un dernier questionnaire plus interactif est à nouveau proposé aux participants en même temps qu'une séance de questions-réponses. L'ensemble dure environ 2h et convient parfaitement pour un GLEM ou une présentation lors d'un SLR.

Si vous êtes intéressé par cette proposition de GLEM ou pour un SLR en janvier ou février, n'hésitez pas à me contacter rapidement pour en savoir plus et/ou fixer une date.

D'avance, un tout grand merci !

Cordialement,

Noémie Goublomme

Rue Carlo Henin 17

6240 Farciennes

0495/188177

noemie.goublomme@student.uclouvain.be

Annexe 2

Pseudonyme (jour de votre date de naissance en 2 chiffres + initiales de votre mère) :

Exemple : date de naissance 30/12/1992 – mère : Marie Dupont > Pseudonyme: 30MD

Âge ☐ <30 ans ☐ 30 – 50 ans ☐ 50 – 65 ans ☐ > 65ans

Sexe ☐ M ☐ F

Milieu d'exercice ☐ Urbain ☐ Rural ☐ Semi-rural

Mode de pratique ☐ En solo ☐ En groupe

Fonction ☐ Médecin généraliste ☐ Assistant(e) en médecine générale (1^{ère} année)

☐ Assistant(e) en médecine générale (2^{ème} année) ☐ Assistant(e) en médecine générale (3^{ème} année)

Formation spécifique en diagnostic du mélanome (dermoscopie ou autres) ☐ oui ☐ non

Votre pratique

1. Vous sentez-vous à l'aise pour diagnostiquer un mélanome ?
 - ☐ très à l'aise
 - ☐ relativement à l'aise
 - ☐ peu à l'aise
 - ☐ pas à l'aise du tout
2. Connaissez-vous la méthode ABCD pour dépister un mélanome ?
 - ☐ oui ☐ non ☐ en partie
3. Connaissez-vous la méthode du « vilain petit canard » pour dépister un mélanome ?
 - ☐ oui ☐ non
4. Comment évaluez-vous vos connaissances en matière de diagnostic du mélanome ?
 - ☐ très bonnes connaissances
 - ☐ relativement bonnes connaissances
 - ☐ peu de connaissances
 - ☐ pas de connaissances
5. Est-ce que vous ressentez le besoin d'approfondir vos connaissances en matière de diagnostic du mélanome ?
 - ☐ fortement besoin
 - ☐ relativement besoin
 - ☐ peu besoin
 - ☐ pas besoin du tout

6. Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans le diagnostic précoce du mélanome ?
- ☐ rôle important
 - ☐ rôle relativement important
 - ☐ rôle peu important
 - ☐ aucun rôle
7. Examinez-vous la peau de vos patients à la recherche de lésions cutanées suspectes ?
- ☐ oui chez tous mes patients quand je pratique l'examen clinique habituel
 - ☐ oui chez mes patients avec des facteurs de risque
 - ☐ seulement si le patient vient pour ce motif
 - ☐ jamais
8. Utilisez-vous un dermatoscope pour examiner des lésions cutanées suspectes ?
- ☐ toujours
 - ☐ parfois
 - ☐ jamais, je n'ai pas de dermatoscope
9. Si vous n'avez pas de dermatoscope, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)
- ☐ manque de connaissances en dermoscopie
 - ☐ pas assez d'utilité en pratique de tous les jours
 - ☐ coût élevé
 - ☐ peu d'intérêt en médecine générale
 - ☐ manque de formation ou d'outils pour se former
10. Quels sont pour vous les obstacles au diagnostic précoce du mélanome en médecine générale ? (Plusieurs réponses possibles)
- ☐ connaissances théoriques insuffisantes
 - ☐ manque de pratique
 - ☐ manque de temps en consultation
 - ☐ gêne de déshabiller entièrement les patients
 - ☐ crainte de rassurer à tort
 - ☐ crainte d'alarmer le patient pour une lésion bénigne
 - ☐ crainte d'envoyer le patient chez un dermatologue pour une lésion bénigne
 - ☐ manque d'intérêt de votre part
 - ☐ manque d'intérêt de la part des patients
 - ☐ manque de formations ou d'ateliers pratiques
 - ☐ peu de contact avec les dermatologues
 - ☐ les patients se rendent directement chez le dermatologue
11. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le diagnostic précoce du mélanome en médecine générale ? (Plusieurs réponses possibles)
- ☐ e-learning
 - ☐ formation en dermoscopie
 - ☐ formation théorique courte
 - ☐ contact facilité avec des dermatologues
 - ☐ télé-dermatologie

Annexe 3

QCM connaissances théoriques

1. A partir de quel âge toute nouvelle lésion doit être considérée comme suspecte ?
(UNE seule réponse possible)
 - ☐ > 15 ans
 - ☐ > 30 ans
 - ☐ > 45 ans
 - ☐ > 60 ans

2. Quelle est la localisation préférentielle du mélanome chez la femme ? (UNE seule réponse possible)
 - ☐ dos
 - ☐ visage
 - ☐ membres supérieurs
 - ☐ membres inférieurs

3. Lesquels de ces critères anamnestiques sont des signes d'alarme de mélanomes ?
(Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ prurit
 - ☐ saignement spontané
 - ☐ lésion en relief (non nodulaire)
 - ☐ évolution (modification de la lésion)
 - ☐ anxiété
 - ☐ apparition de novo
 - ☐ irritation exogène

4. Le degré d'urgence pour la prise en charge d'une suspicion de mélanome dépend de :
(Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ l'ulcération de la lésion
 - ☐ l'âge du patient
 - ☐ le caractère nodulaire ou plan de la lésion
 - ☐ la localisation de la lésion
 - ☐ la taille de la lésion
 - ☐ la couleur de la lésion

5. Laquelle de ces lésions évolue le plus rapidement ? (UNE seule réponse possible)
 - ☐ mélanome nodulaire
 - ☐ mélanome plan (SSM)
 - ☐ mélanome de Dubreuilh
 - ☐ mélanome achromique

6. Parmi les patients suivants, lequel est le plus à risque de développer un mélanome EN GÉNÉRAL? (UNE seule réponse possible)
- ☐ homme >50 ans vivant seul
 - ☐ patient bronzé toute l'année
 - ☐ patient n'appliquant jamais de crème solaire
 - ☐ patient dont le père et la tante ont présenté un mélanome aux âges respectifs de 75 et 72 ans
 - ☐ patient présentant de nombreux naevus >100 dont des naevus atypiques (irréguliers) et ou de grande taille (>5mm)
7. Parmi les patients suivants, lequel est le plus à risque de développer un mélanome AVANCÉ ? (UNE seule réponse possible)
- ☐ homme >50 ans vivant seul
 - ☐ patient bronzé toute l'année
 - ☐ patient n'appliquant jamais de crème solaire
 - ☐ patient dont le père et la tante ont présenté un mélanome aux âges respectifs de 75 et 72 ans
 - ☐ patient présentant de nombreux naevus >100 dont des naevus atypiques (irréguliers) et ou de grande taille (>5mm)
8. Quels sont les facteurs de risque majeurs du mélanome ?
- ☐ antécédent personnel de mélanome
 - ☐ phototypes clairs I et II
 - ☐ héliodermie majeure (exposition solaire intense, bords solaires intenses)
 - ☐ syndrome des naevus atypiques (>100 naevus et taille > 5mm)
 - ☐ naevus au niveau d'une zone de frottement
 - ☐ antécédents familiaux au 1^{er} degré de mélanome (< 50ans)
9. Quel est le facteur de pronostic de survie à 5 ans du mélanome ? (UNE seule réponse possible)
- ☐ taille de la tumeur au niveau clinique
 - ☐ indice de Breslow (profondeur de la tumeur au niveau histologique)
 - ☐ localisation de la tumeur
 - ☐ sous-type histologique de la tumeur

Annexe 4

Vignettes cliniques (clichés projetés)

1/ Femme 23ans, lésion au niveau du dos, présente depuis 4 ans, stable.



Cette lésion est :

☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

2/ Homme 70ans, lésion au niveau de l'abdomen, présente depuis 3 ans, stable.



Cette lésion est :

☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

3/ Homme 37ans, lésion au niveau de la main, présente depuis l'enfance mais frottement fréquent.



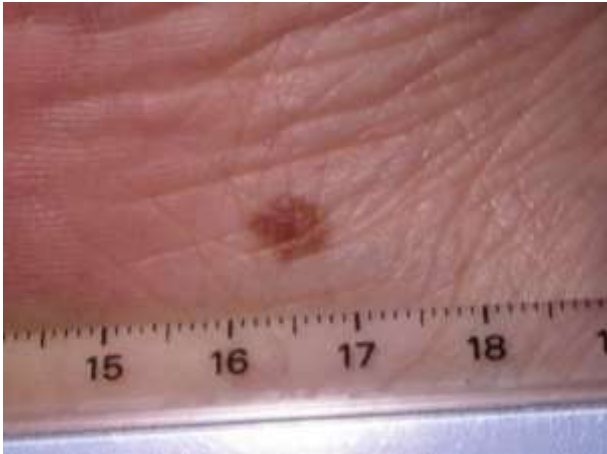
Cette lésion est :

☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

4/ Homme 38ans, lésion au niveau de la plante du pied, présente depuis toujours.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

5/ Homme 66 ans, lésion au niveau du dos, tâche noire apparue il y a 2ans, nodule apparu il y a 3 mois.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

6/ Femme 30 ans, lésion au niveau de l'épaule, présente depuis 10 ans, érythème apparu suite à grattage.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

7/ Femme 75 ans, lésion au niveau du visage, apparue il y a 10 ans, s'étend lentement.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

8/ Homme 50 ans, lésion au niveau du gros orteil, apparue il y a 1 mois.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

9/ Homme 65ans, lésion au niveau du dos, présente depuis 4 ans.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

10/ Homme 25 ans, lésion au niveau du talon, apparue il y a 2 semaines, sportif.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

11/ Femme 68 ans, lésion au niveau de la joue apparue il y a plus de 2 ans et qui a foncé cet été.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

12/ Femme 76 ans, lésion au niveau de la jambe remarquée par sa fille cet été, la lésion n'était pas là l'été passé.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

13/ Femme 26 ans, lésion au niveau de l'abdomen, apparue il y a 2 ans, grandit lentement.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

14/ Femme 38 ans, lésion au niveau du bras, présente depuis de nombreuses années, stable.



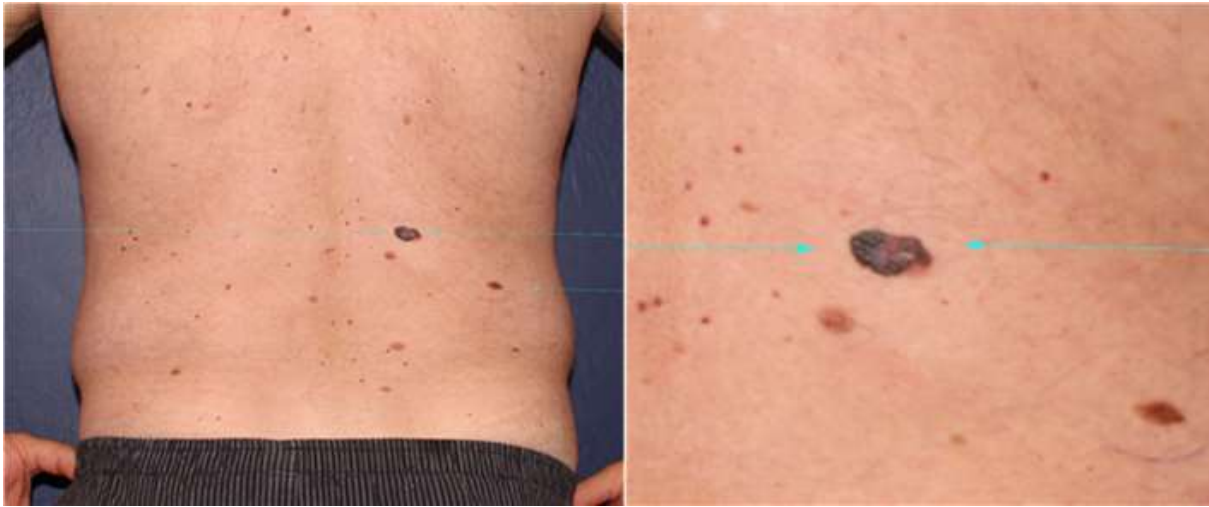
Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

15/ Patient de 55ans, lésion au niveau du dos, apparition récente.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

16/ Femme 46 ans, lésion au niveau de la fesse, apparue récemment, palpable et qui prend du volume.



Cette lésion est :

- ☐ bénigne ☐ maligne ☐ suspecte

Quelle est votre attitude ?

- ☐ Rassurer le patient
☐ Second avis chez un dermatologue
☐ Suivi de l'évolution de la lésion par vous ou un dermatologue
☐ Exérèse de la lésion par vous ou un dermatologue

Annexe 5



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 24 février 2020

A l'investigateur responsable:

Dr Isabelle TROMME

Dermatologie

Cliniques universitaires Saint-Luc

A l'étudiant :

Noemie.goublomme@student.uclouvain.be

AVIS FAVORABLE DEFINITIF

Concerne : 2020/11FEV/079

Intitulé : Le diagnostic précoce du mélanome en médecine générale : Identifications des pratiques actuelles, degré de satisfaction de ces pratiques et étude de l'apport de connaissances théoriques sur la performance diagnostique des médecins généralistes (noemie.go)

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL, a pris connaissance de votre projet de mémoire. Nous avons examiné l'ensemble des documents.

Nous donnons un avis favorable.

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL vous recommande de prendre les mesures nécessaires pour le respect de la confidentialité des données médicales par leur anonymisation et de prévoir la destruction des enregistrements des focus groupes à la fin de l'étude.

Cette étude ne tombe pas sous le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne nécessite pas d'assurance particulière.

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Mme I. de HEMPTINNE
Membre

Prof. J.-M. MALOTEAUX
Président

 SAINT-LUC UCL BRUXELLES	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	 UCLouvain
CEHF-FORM-006-7.0		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 15/01/2020

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)	
▪ Président ▪ Vice-présidents ▪ Secrétaire ▪ Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL ▪ Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Ethicien ▪ Juriste ▪ Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale ▪ Psychologue ▪ Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Méthodologiste ▪ Collaborateurs Scientifiques, PhD ▪ Représentants Volontaires Sains	▪ Jean-Marie MALOTEAUX, Docteur en médecine ▪ Véronique DUVEILLER, Pharmacien ▪ Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste ▪ Yves HUMBLET, Docteur en médecine ▪ Marie-Chantal LIESSE - Infirmière ▪ Martine BERLIERE ▪ Yves HORSMANS ▪ Laurent HOUTEKIE ▪ Luc ROEGIERS ▪ Jean-Bernard OTTE¹ ▪ Bénédicte BRICHARD¹ ▪ Isabelle SCHEERS¹ ▪ Dominique LATINNE¹ ▪ Christiane VERMYLEN¹ ▪ Dominique LAMY ▪ Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)¹ ▪ Eric GAZIAUX ▪ Geneviève SCHAMPS ▪ Cécile COUPEZ ▪ Claire DETIENNE¹ ▪ Carine VANDEUREN - Assistante sociale, représentante des patients* ▪ Guibert TERLINDEN¹ ▪ Pascale de PIERPONT¹ ▪ Séverine HALLEUX¹ ▪ Niko SPEYBROECK ▪ Isabelle de HEMPTINNE¹ ▪ Anne GABRIEL¹ ▪ Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUT¹

¹ : Invité

* Membre remplaçant comme représentante des patients : Aurélie Carlier

Annexe 6

Consentement patient « Droit à l'image »

Département de Médecine Interne
Service de Dermatologie



Etiquette patient	☐ Patient
	☐ Représentant légal

Cher·e Patient·e,

Afin de vous apporter des soins de qualité, le service de dermatologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc veille à utiliser les techniques les mieux adaptées, ce qui inclut le recours à la photographie clinique.

En effet, les documents photographiques qui sont saisis et inclus dans votre dossier médical permettent de documenter de façon objective :

- L'état initial des lésions ou de la situation pour laquelle vous consultez et sollicitez une prise en charge ;
- L'évolution de la situation avec le temps et selon le/les traitement(s) appliqué(s).

Le présent formulaire vise à recueillir votre consentement e vue de procéder éventuellement à la prise de photographies cliniques et/ou dermoscopiques dans le cadre de vos soins et des missions d'un hôpital académique également dédié à la recherche et à l'enseignement.

Les images pertinentes en liaison avec votre affection seront intégrées dans votre dossier médical. Vous conservez le droit à la rectification/au retrait de ces images à tout moment.

Ces images pourront également être utilisées de façon totalement anonyme à des fins pédagogique et scientifique. Enfin, votre anonymat serait alors garanti et tout signe permettant de vous reconnaître serait masqué.

Je, soussigné·e, _____ autorise les Cliniques Universitaires Saint-Luc :

- A procéder à la réalisation de photographies cliniques et/ou dermoscopiques dans le cadre de ma prise en charge thérapeutique
- A conserver et à traiter à des fins d'enseignement et/ou de recherche ces enregistrements, tout en assurant mon anonymat.

Ce présent consentement reste valable pour tout futur suivi dans notre service SAUF en cas de notification d'un souhait de modification de votre part.

Fait à Bruxelles, le ____ / ____ / _____,

(Signature du patient ou de son représentant légal)

Note au personnel : ce document doit être indexé dans le dossier patient au niveau « Dermatologie », type « Formulaire de consentement », « Consentement patient » (confidentialité médico-administrative)

Annexe 7

Tableau 10: Evolution des bonnes réponses aux vignettes cliniques pour les 3 questionnaires pour chaque vignette

	Médecins généralistes ayant correctement répondu							
Diagnostics	Questionnaire 1		Questionnaire 2		Questionnaire 3		p-valeur	
Mélanomes	n (%)	95 CI	n (%)	95 CI	n (%)	95 CI	1 ^{er} au 2 ^{ème} questionnaire	2 ^{ème} au 3 ^{ème} questionnaire
Mélanome de la jambe	16 (28.6)	[16.7 - 40.4]	40 (71.4)	[59.6 - 83.3]	44 (78.6)	[67.8 - 89.3]	< 0.001	0.166
Mélanome du dos	22 (39.3)	[26.5 - 52.1]	47 (83.9)	[74.3 - 93.5]	51 (91.1)	[83.6 - 98.5]	< 0.001	0.096
Mélanome de la fesse	20 (35.7)	[23.2 - 48.3]	42 (75.0)	[63.7 - 86.3]	47 (83.9)	[74.3 - 93.5]	< 0.001	0.035
Mélanome nodulaire	28 (50)	[36.9 - 63.1]	44 (78.6)	[67.8 - 89.3]	49 (87.5)	[78.8 - 96.2]	< 0.001	0.083
Mélanome de Dubreuilh	6 (10.7)	[2.6 - 18.8]	27 (48.2)	[35.1 - 61.3]	30 (53.6)	[40.5 - 66.6]	< 0.001	0.317
Lésions bénignes								
Naevus plantaire	28 (50)	[36.9 _ 63.1]	25 (44.6)	[31.6 - 57.7]	51 (91.1)	[83.6 - 98.5]	0.549	< 0.001
Naevus typique bénin	23 (41.1)	[28.2 - 54.0]	23 (41.1)	[28.2 - 54.0]	45 (80.4)	[70.0 - 90.8]	0.999	< 0.001
Naevus irrité	17 (30.4)	[18.3 - 42.4]	12 (21.4)	[10.7 - 32.2]	48 (85.7)	[76.5 - 94.9]	0.225	< 0.001
Naevus congénital	6 (10.7)	[2.6 - 18.8]	6 (10.7)	[2.6 - 18.8]	40 (71.4)	[59.6 - 83.3]	0.999	< 0.001
Nevus bleu	25 (44.6)	[31.6 - 57.7]	17 (30.4)	[18.3 - 42.4]	47 (83.9)	[74.3 - 93.5]	0.033	< 0.001
Naevus de Sutton	13 (23.2)	[12.2 - 34.3]	13 (23.2)	[12.2 - 34.3]	44 (78.6)	[67.8 - 89.3]	0.999	< 0.001
Kératose séborrhéique 1	2 (3.6)	[0.0 - 8.4]	1 (1.8)	[0.0 - 5.3]	5 (8.9)	[1.5 - 16.4]	0,317	0,102

Kératose séborrhéique 2	39 (69.6)	[57.6 - 81.7]	38 (67.9)	[55.6 - 80.1]	47 (83.9)	[74.3 - 93.5]	0.763	0.008
Lentigo solaire	10 (17.9)	[7.8 - 27.9]	4 (7.1)	[0.4 - 13.9]	29 (51.8)	[38.7 - 64.9]	0.058	< 0.001
Hématome sous-unguéal	15 (26.8°)	[15.2 - 38.4]	16 (28.6)	[16.7 - 40.4]	39 (69.6)	[57.6 - 81.7]	0.655	< 0.001
Hématome sous-corné	24 (42.9)	[29.9 - 55.8]	21 (37.5)	[24.8 - 50.2]	38 (67.9)	[55.6 - 80.1]	0.467	< 0.001

Tableau 11: Evolution des bonnes réponses aux vignettes au fil des 3 questionnaires selon le type de lésions

Type de lésions	≥ 50 % réponses correctes (n=56)						p-valeur	
	Questionnaire 1		Questionnaire 2		Questionnaire 3		1 ^{er} au 2 ^{ème} questionnaire	2 ^{ème} au 3 ^{ème} questionnaire
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)		
Lésions bénignes	10 (17.9)	[7.8 - 27.9]	8 (14.3)	[5.1 - 23.5]	50 (89.3)	[81.2 - 97.4]	0.564	< 0.001
Mélanomes	15 (26.8)	[15.2 - 38.4]	44 (78.6)	[67.8 - 89.3]	52 (92.9)	[86.1 - 99.6]	< 0.001	0.021
	Nombre total de bonnes réponses						p-valeur	
	Questionnaire 1		Questionnaire 2		Questionnaire 3		1 ^{er} au 2 ^{ème} questionnaire	2 ^{ème} au 3 ^{ème} questionnaire
	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)	n (%)	IC (95%)		
Lésions bénignes	202 (32.8)	[29.1 - 36.5]	176 (28.6)	[25.0 - 32.1]	433 (70.3)	[66.7 - 73.9]	0.027	<0.001
Mélanomes	92 (32.9)	[27.4 - 38.4]	200 (71.4)	[66.1 - 76.7]	221 (78.9)	[74.2 - 83.7]	<0.001	<0.001

